

Bibliothèque numérique

medic@

L'Odontologie

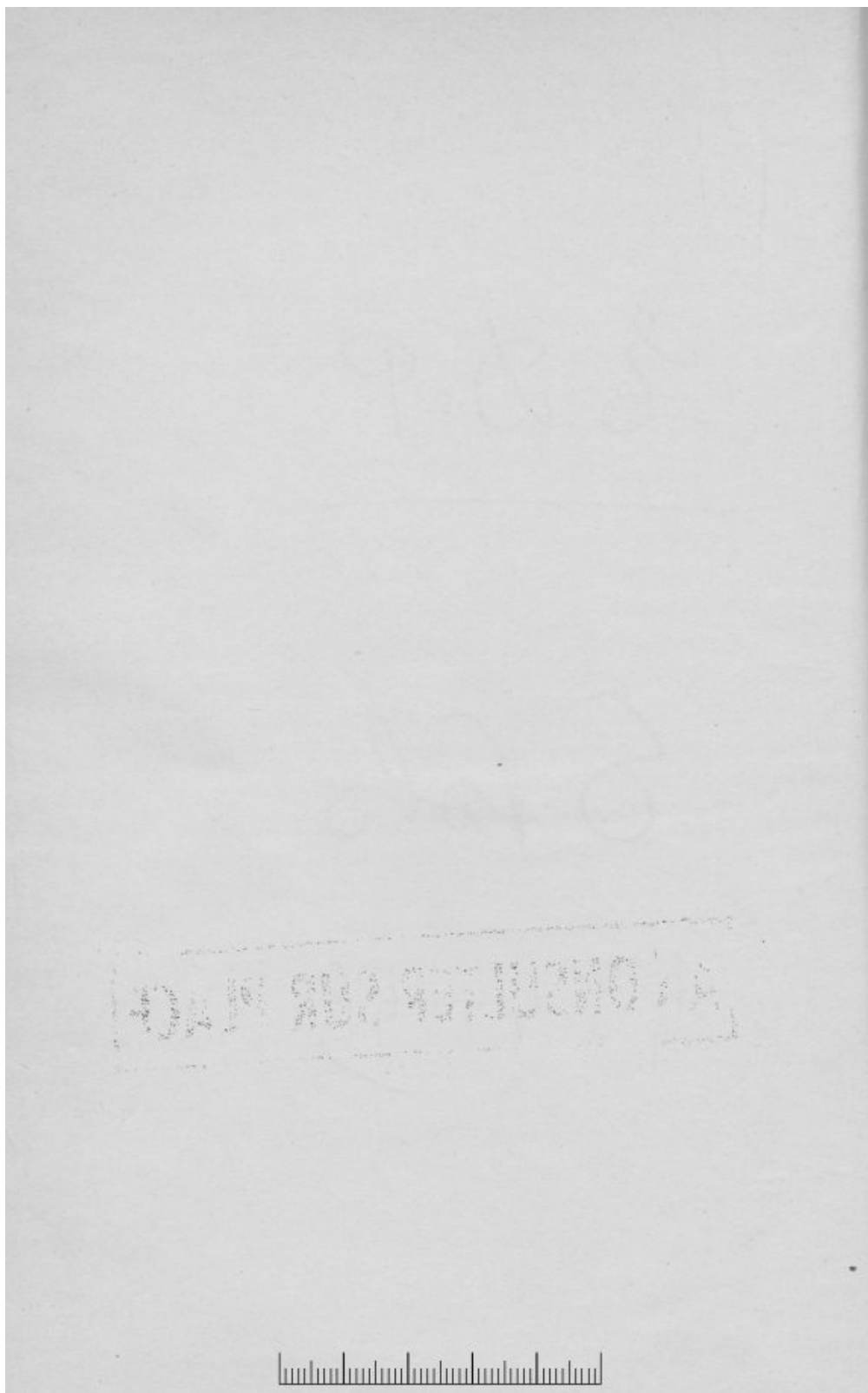
t. 81-82-83. - Paris, 1943-1945.

Cote : PF92



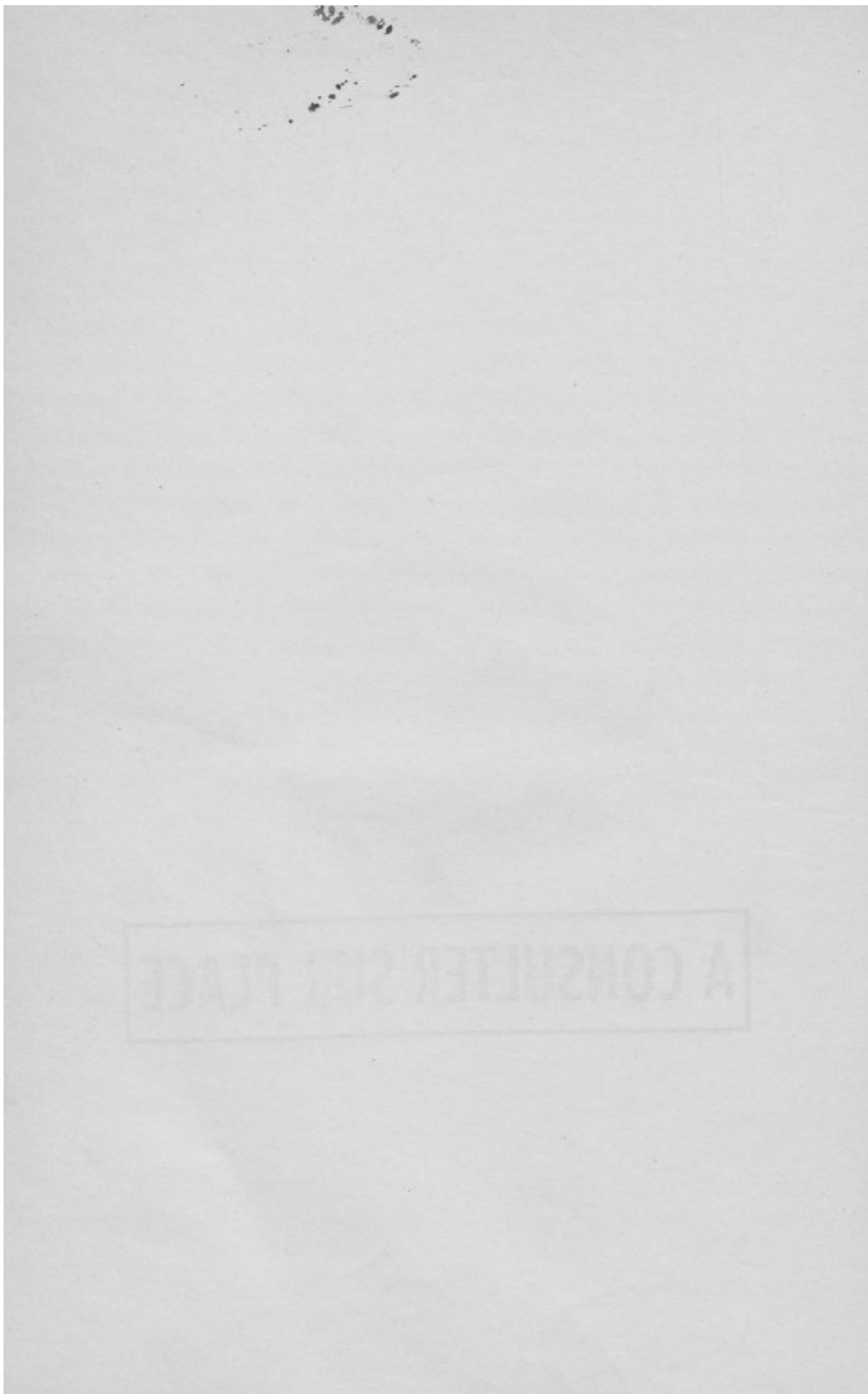
Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé (Paris)

Adresse permanente : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?PF092x1943-1945>



L'ONGERIE

A CONSULTER SUR PLACE





L'ODONTOLOGIE

REVUE MENSUELLE

DIRIGÉE DE 1881 A 1896 PAR PAUL DUBOIS
DE 1896 A 1923 PAR CHARLES GODON
ET DE 1923 A 1940 PAR MAURICE ROY

Secrétaire de la Rédaction, Administrateur
Pierre LOISIER
Professeur sup. à l'Ecole Dentaire de Paris

Directeur et Rédacteur en Che
A. AUDY
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Au sujet de l'orthopédie dento-faciale précoce, par F. Brochère.....	2
REVUE DES LIVRES ET DES REVUES.....	8
SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES	
Société d'Odontologie de Paris (Séance du 15 décembre 1942).....	11
— (Séance du 5 janvier 1943).....	11
RÉUNIONS ET CONGRÈS.....	12
HYGIÈNE.....	13
COMMUNIQUÉS DE LA SECTION DENTAIRE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS DE LA SEINE.....	13
COMMUNIQUÉS DE LA SECTION DENTAIRE DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS.....	14
NOUVELLES.....	15
Fiches Bibliographiques.....	16

ÉDITIONS DE LA SOCIÉTÉ RÉGIONALE D'IMPRIMERIE
MAURICE DORMANN, ÉDITEUR

RÉDACTION ET ADMINISTRATION : 45, rue de la Tour-d'Auvergne, PARIS (9^e)
Compte Chèques Postaux 277.93 Paris Téléphone : Trudaine 74-86 et 74-87

Abonnements : France.. 100 fr. par an. — le numéro : 12 francs.
Etranger 120 fr. par an. Pays ayant accepté une réduction de 50 % sur les affranchissements des périodiques. Le numéro : 14 fr.
Pour les autres pays : 130 fr. par an. Le numéro 16 fr.



TRAVAUX ORIGINAUX

AU SUJET DE L'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE PRÉCOCE

Par F. BROCHÈRE,
Chirurgien-Dentiste

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris,
le 24 novembre 1942).

616.716.8 089.23

Il est un fait indiscutable : c'est qu'un très grand nombre d'enfants qui auraient besoin d'un traitement orthopédique au niveau de leurs maxillaires, ne sont pas traités.

Cette observation a été faite maintes fois, de grands efforts ont été tentés. Les résultats acquis, si méritoires que soient les réalisations individuelles sont, cependant, proportionnellement infimes.

En 1937, la Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale qui avait entendu de M. Tacail un rapport extrêmement constructif à ce sujet, s'était, par son intermédiaire, livrée à une vaste enquête auprès de nombreux orthodontistes du monde entier. Cette enquête révéla que, dans tous les pays, la besogne à faire était immense. M. Tacail estime, dans le livre qu'il a publié (1) à cette occasion, que 40 % des enfants seraient (avec un caractère de gravité variable) justiciables de traitements orthodontiques.

Pourquoi en est-il ainsi dans tous les pays du monde ?

La cause de l'importance du nombre de malformations maxillo-faciales est, sans nul doute, la dégénérescence du système masticatoire. Et celle-ci revient primitivement à travers tous les pays du globe à l'utilisation du feu pour attendrir les aliments, à l'emploi du fer pour découper, écorcer, fendre.

Et si l'on considère le temps qu'il a fallu pour atteindre à ce degré la dégénérescence depuis l'homme de Cro-Magnon, il apparaît assez chimérique d'espérer remonter la pente.

Dans les pays où abondent les grandes cités de multiples causes s'ajoutent encore, contre lesquelles on peut lutter cette fois, syphilis, tuberculose, alcoolisme. Enfin, de mauvaises habitudes doivent faire l'objet d'une lutte jamais ralentie de notre part : suçage du pouce ou des doigts, mauvaise hygiène respiratoire, tachyphagie, etc...

Mais l'importance des malformations dento-faciales étant ce qu'elle est, comment se fait-il qu'il n'y soit pas davantage porté remède, — puisque le remède existe —, dans l'immense majorité des cas.

(1) *Prophylaxie Odonto-Orthodontique* (Point de vue Social). M. Tacail et M^{me} Tacail-Liger.

IGNORANCE. — Les familles, les médecins mêmes quelquefois, n'accordent pas une suffisante importance à ces malformations. Une plaque de pelade alerte la famille, une béance des maxillaires ne l'inquiète pas. on s'y habitue. L'élément esthétique prime tout si « cela ne se voit pas trop », l'élément fonctionnel est négligé, et c'est un fait connu, qu'on est plus souvent consulté pour effectuer des « redressements » à des fillettes qu'à des garçons.

Ici un nouvel espoir est né avec l'inspection dentaire scolaire, grâce à laquelle seront décelées bien des malformations qui, autrement, seraient demeurées méconnues. Mais le dépistage des cas effectué, il reste à les traiter.

MANQUE D'ENTHOUSIASME de la part des praticiens non spécialisés. — Peut-être les familles qui manifestent des velléités de faire traiter leurs enfants du point de vue orthodontique, ne rencontrent-elles pas toujours l'accueil qu'elles devraient trouver auprès de leur dentiste habituel. C'est que celui-ci, fréquemment, considère ces traitements comme pleins d'aléas, longs d'exécution et, pour tout dire, moins payants que les interventions courantes. Il en résulte ou bien que les honoraires demandés pour couvrir le risque durée, se révèlent trop élevés pour la famille, ou bien le praticien qui n'est pas intimement sûr des résultats de son action n'ose pas demander une indemnité suffisante et, ne couvrant pas ses frais dans ces sortes de travaux, les abandonne. D'où ces réponses évasives et contradictoires où l'on affirme à l'un qu'il est trop tôt, à l'autre qu'il est trop tard pour intervenir.

MÉTHODES TROP COMPLIQUÉES. — A cela il y a une raison profonde, on a trop fait de l'orthodontie une épreuve de virtuosité. Les spécialistes orthodontistes, dans leurs recherches pour plus de perfection, se sont habitués à parler, à écrire pour eux, entre eux. Ils ont, par une classification et une terminologie trop compliquées, par des appareillages trop délicats à établir et à régler, découragé beaucoup de bonnes volontés. Les praticiens non spécialisés, absorbés par des nécessités plus impérieuses, ont abandonné cette branche de leur activité, arrivant à la considérer comme du ressort exclusif des spécialistes. Et la masse des enfants qui auraient pu bénéficier de leur action, ne pouvant pour diverses raisons atteindre ces rares spécialistes, demeurent sans soins.

Loin de nous la pensée de reprocher aux orthodontistes entraînés et leur virtuosité et leur souci de plus de perfection, mais il faudrait que leur expérience, leurs recherches, conduisent à des résultats dont, en définitive, tous puissent bénéficier.

Le grand effort social qu'il faut faire dans ce domaine doit, pour être largement appliqué, admettre, au moins pour ses débuts, des notions plus simples. De là, la nécessité de revenir à la conception essentielle de l'orthopédie dento-faciale : *favoriser le développement normal de l'étage inférieur de la face en vue d'une meilleure santé générale, d'une meilleure respiration, d'une meilleure mastication.* En deuxième lieu, améliorer l'esthétique autant que possible, mais sans que cet objectif, — important sans doute —, fasse négliger le but premier qui est fonctionnel.

Pour la santé de milliers d'enfants, il faut pour agir vite et en attendant mieux, des méthodes sûres et simples, efficaces pour l'essentiel.

Il faut des appareils robustes pour des enfants vivant dans une ambiance de travaux de force, des méthodes peu exigeantes ne demandant qu'un minimum de déplacements, n'apportant qu'un minimum de trouble pour ménager des enfants et des familles qui apprécient mal encore l'importance des traitements entrepris. Il faut enfin des techniques simples à l'usage des praticiens qui ne peuvent consacrer à ces interventions qu'une portion limitée de leur activité.

Or ces appareils, ces méthodes, ces techniques existent. M. Beauregardt

dont l'autorité en la matière est indiscutable, a fait récemment, ici même, une relation des résultats obtenus pendant le début de cette guerre dans le service d'orthodontie de cette Ecole. Les résultats ont été excellents malgré la simplicité des moyens mis en œuvre, en utilisant des appareils amovibles à plaque.

Rappelons — selon lui — les avantages qu'il a reconnus aux méthodes utilisant les appareillages mobiles.

Ces appareils sont faciles d'exécution, ils sont robustes et faciles à transformer, leur action est quasi automatique.

Leur efficacité est indiscutable, leur surveillance moins tyrannique. Leur action est particulièrement précieuse quand on veut obtenir une poussée à point d'appui alvéolaire.

Leur entretien sous le rapport de l'hygiène est aisé et en cas de malpropreté leur nocivité est restreinte. Les séances de mise en place, de réglage ne sont pas pénibles.

Ces appareils mobiles présentent bien aussi des inconvénients. On leur reproche leur encombrement en bouche, mais on peut réduire ces encombrements, et les porteurs d'appareils de prothèse (qui n'ont pas les mêmes facultés d'adaptation que les enfants) s'y habituent bien.

On a dit qu'ils étaient moins actifs que les appareils fixes, ce n'est pas sûr, mais ce qui est certain c'est qu'ils sont moins malfaisants quand ils sont déréglés que ne peuvent l'être des arcs, parce que l'enfant peut enlever ses plaques.

Là, d'ailleurs, réside le plus gros inconvénient des appareils mobiles : l'incertitude du port continu. Pour obvier à ce risque, il faut d'abord intéresser l'enfant au travail qu'on lui fait en lui expliquant le comment et le pourquoi, il faut réduire au minimum la gêne que les appareils déterminent, au besoin user d'autorité en lui démontrant que le traitement sera d'autant plus long qu'il sera plus irrégulièrement appliqué.

Mais le meilleur moyen pour faire régulièrement porter ces appareils à plaque serait évidemment que les enfants puissent les porter sans presque s'en apercevoir.

APPAREILLAGES A PORT DISCONTINU. — Nous avons déjà eu l'occasion, ici même, de dire très brièvement les résultats qu'on pouvait attendre, dans certains cas et chez les jeunes enfants, d'appareils d'orthodontie à plaques, portés seulement la nuit.

On sait que la grande majorité des malformations dento-faciales nécessitent pour leur correction une phase première de dilatation (90 % des cas selon Izard). Nous avons alors pensé qu'il n'était pas logique de laisser s'ossifier, se consolider des atrésies constatables dès la première enfance. Il nous est apparu qu'une légère sollicitation pourrait peut-être avoir une action suffisante si elle était appliquée très tôt et d'une manière continue durant le temps de son application. C'est ainsi que nous en sommes arrivés à faire porter à de jeunes enfants, la nuit seulement, des appareils à poussée continue. Autrement dit, au lieu de faire porter toujours des appareils dont l'action est intermittente, faire porter d'une manière intermittente des appareils qui, durant ce temps ont une action continue et mettre à profit la discrétion de ces appareillages pour les appliquer à de jeunes enfants qui supporteraient mal un encombrement buccal permanent.

L'idée d'une action précoce n'est pas nouvelle. G. Villain avait fait éditer des affiches de propagande illustrant l'intérêt d'une action orthopédique aussi précoce que possible.

L'atrésie maxillaire existe déjà à 6 ans, elle se révèle parfois beaucoup plus tôt. Bogues, aux Etats-Unis, commençait à 4 ans, il prétendait obtenir

en quelques semaines des résultats qu'il lui aurait fallu plusieurs mois à obtenir après 6 ans.

Selon Izard, trois facteurs sont nécessaires à la déformation des maxillaires :

- a) modification de la fonction des maxillaires ;
- b) malléabilité particulière du tissu osseux ;
- c) action défavorable durable et prolongée.

Ces éléments défavorables peuvent être annulés ou même retournés en notre faveur : la fonction des maxillaires peut être respectée puisque l'enfant a la bouche libre le jour ; la malléabilité du tissu osseux favorise notre action ; les actions défavorables, durables, prolongées, sont compensées par les nôtres également durables et prolongées.

Ces causes de malformations ayant leurs effets principaux de 2 à 6 ans, notre action présente à ce moment une double efficacité contre l'effet déjà, contre les causes encore.

Avec des appareils à porter la nuit seulement, nous pouvons agir dès 4-5 ans, avant même la poussée de la dent de 6 ans, durant au moins 10 heures sur 24 et sans gêne aucune pour l'enfant, tant son sommeil est profond. On peut agir ainsi, plus tard au moins jusqu'à 10 ans, les résultats seront seulement moins rapides. Mais dans les deux cas, la migration mésiale de la dent de 6 ans ne sera pas gênée, puisqu'elle ne commence qu'après la chute des molaires de lait.

En ce qui concerne maintenant l'intensité de l'action à exercer, il serait nuisible ici de déclencher des forces considérables, les maxillaires de ces enfants sont comme des sacs de billes, bourrés de germes en évolution. L'effort de dilatation sera doux mais prolongé, il devra être assez étendu pour que les dents de lait, les germes de dents permanentes et les parois alvéolaires se déplacent en même temps, sans rien bousculer et c'est là que l'action de la plaque (force à surface d'application étendue) se révèle excellente.

Frey a montré que la forme même de la langue suffisait à déformer les maxillaires. A plus forte raison nous faudra-t-il ne développer que de faibles forces, puisque nous agissons selon la tendance naturelle à la dilatation. On aide les maxillaires à se développer, comme on aide au développement de la cage thoracique par des exercices respiratoires, et à la faveur de cette douce impulsion des malpositions dentaires pourront même disparaître d'elles-mêmes, grâce à la tendance constante qu'a la nature à tirer le meilleur parti des choses.

De plus, par cette action précoce, on engage une lutte immédiate contre les déformations palatines et nasales, contre la respiration buccale, contre le déséquilibre musculaire. En traitant la lésion, on combat du même coup les éléments extérieurs d'aggravation.

Il reste entendu, au surplus, que les traitements des régions connexes (ablation de végétations, etc...), à caractère général bienfaisant, ne pourront que renforcer notre action.

TECHNIQUE D'EXÉCUTION. — Quels caractères particuliers devront présenter les appareils que nous aurons à placer :

A) *Ils seront à poussée continue* : les enfants porteront de 10 à 12 heures par jour des appareils qui, durant ce temps, travailleront sans interruption.

Plusieurs systèmes d'expansion à poussée continue peuvent être choisis. Dans les cas pour lesquels une expansion générale doit être obtenue, on pourra réunir les deux moitiés de la plaque fendue par des écarteurs à

double glissière, qu'un élastique fait se tendre. Quand il s'agira d'élargir au maximum la région prémolaire, les deux moitiés de la plaque pourront être réunies par une charnière postérieure, et l'action d'écartement obtenue par la détente d'un ressort d'acier de profil variable. Toutes ces trouvailles d'efficace simplicité qu'étaient les appareils de Coffin avec ses ressorts en S multiples, de Jackson, et d'autres, peuvent avec des variantes, être appliqués ici, pourvu que l'effort qu'ils déterminent soit entraîné par une action élastique, douce et continue.

Rien n'empêche non plus de combiner l'action des arcs vestibulaires avec celle des appareils fendus, on peut ainsi, dans les cas de suçage de pouce en particulier, lingualer les incisives en même temps qu'on vestibule prémolaires et molaires.

Quand on utilisera des barres transversales d'écartement, celles-ci seront, — compte tenu des nécessités du point d'application des forces, — dérobées au maximum pour gêner le moins possible l'enfant. Pour les écarteurs du bas spécialement, on pourra, pour ces appareils de nuit, les placer littéralement sur le plancher de la bouche, ce qui soulagera la langue d'autant.

B) *Leur tenue en bouche devra être parfaite.* — On ne peut pas compter sur les forces de l'occlusion pour maintenir les appareils en place, puisque durant le repos la bouche est le plus souvent mi-close, ils doivent tenir fermement seuls. Au surplus, si l'enfant a le sommeil agité, la langue ne doit pas pouvoir avec trop de facilité faire sauter les appareils hors de la bouche. On les retrouverait autrement dans le lit, ce qui n'est pas bien grave, mais — pour le moins — n'accélère pas notre action.

Il est d'autant plus facile ici de chercher des points d'appui vestibulaires que les fils passant par dessus les faces triturantes des molaires peuvent impunément gêner l'occlusion, puisque ces appareils ne sont pas conservés durant les repas.

On en profitera donc pour multiplier les points d'appui afin d'assurer une tenue sans défaillance et de répartir entre le plus grand nombre de dents possible les efforts de maintien.

Le système qui nous a donné le plus de satisfaction est celui représenté par un arc, allant vestibulairement de la dernière molaire à la canine, arc qui se profile en forme de feuille de lierre en face des espaces interdentaires. La remarquable rotondité des dents de lait et même le peu de longueur habituelle de la dent de 6 ans, permettent toujours de trouver sous le point de contact, en déprimant à peine la languette interdentaire, un point d'appui satisfaisant.

C) *Les ancrages présenteront la moindre saillie possible dans le vestibule :* cela afin de ne pas blesser les joues quand l'enfant dort sur le côté.

En regard de ces quelques précautions, que d'avantages par ailleurs.

L'enfant a la bouche libre le jour. Son élocution n'est pas altérée, nul complexe d'infériorité ne risque d'accroître sa timidité ou nuire au développement de sa personnalité. Le développement général de son système masticateur n'est pas entravé par une gêne quelconque à la mastication. La sollicitation organique naturelle est normalement entretenue par le libre jeu des efforts musculaires, par l'action de la langue et des lèvres.

Dans le domaine pratique, cette action précoce atteint l'enfant à un moment où son activité scolaire est encore assez réduite. Les déplacements pour les réglages de l'appareils sont peu nombreux.

Le praticien, lui aussi, bénéficie de l'espacement des rendez-vous de réglage, et quand l'enfant est assez jeune, un seul appareil peut entraîner la dilatation des deux maxillaires par le seul jeu de l'engrènement des dents,

toujours parce que cet appareillage ne fait que stimuler une potentialité d'expansion qui existe naturellement.

Si l'action d'appareils portés seulement la nuit se révélait insuffisante, le port continu d'appareils du même genre serait réalisé sans difficultés, car l'enfant par une lente accoutumance, aurait appris à les manier, à parler. On peut d'ailleurs, d'une manière transitoire, faire porter ces appareils à la maison le plus longtemps possible en dehors des heures de classes et de repas. Par cela, l'enfant apprend à articuler dans une ambiance favorable à ses tentatives, sans essuyer les moqueries de camarades sans pitié.

Enfin si la dilatation souhaitable a été acquise par le port de nuit et que plus tard un redressement réel des dents s'impose encore, ce redressement sera considérablement facilité et accéléré en ce qu'il pourra se développer sur une architecture osseuse propre à recevoir les dents en bon alignement.

Nous aurions voulu vous apporter à l'appui de cette communication des moulages matérialisant les résultats acquis, mais, pris un peu à court, nous n'avons pu rassembler des modèles aussi démonstratifs que nous l'eussions souhaité. Nous nous réservons de vous en présenter une collection un peu plus tard, si vous le voulez bien.

Qu'il nous soit permis au moins de souhaiter que quelques-uns d'entre-vous essaient cette technique d'application précoce d'appareils à poussée continue portés seulement la nuit. Ils verront combien l'action du non spécialiste est favorisée par cette méthode, ils réaliseront combien l'action souhaitable des orthodontistes scolaires pourrait être simplifiée, par une action précoce, à l'aide d'appareils mobiles.

Mais pour que tous les praticiens puissent efficacement traiter les innombrables enfants, qui ne peuvent espérer qu'en eux, il faudrait encore qu'ils soient en mesure de faire d'abord des diagnostics justes.

Il appartiendrait donc aux spécialistes, selon le vœu de M. Beauregardt d'ailleurs, d'établir en quelques classes schématisées des possibilités de diagnostics-type, logiques et simples, auxquels correspondraient des modèles d'appareils répondant aux besoins essentiels. Chacun ensuite, avec son ingéniosité propre adapterait ces schémas aux cas particuliers, mais la base serait sûre et saine.

Ceci n'empêcherait pas les orthodontistes spécialisés de poursuivre leurs recherches, en clientèle privée, quitte à répandre ensuite les perfectionnements mis au point par eux.

Ainsi par un heureux et symbolique retour des choses, ce ne serait plus l'hôpital qui constituerait le laboratoire d'essais dont bénéficie le cabinet, mais bien le cabinet d'où dériverait les progrès à appliquer en clinique.

REVUE DES LIVRES ET DES REVUES

L'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE

Petit traité rédigé et édité par la Commission d'Education du Comité National d'Hygiène dentaire. (*Publications Sociales Agricoles*, 90, rue Saint-Dominique, Paris, décembre 1942).

Les auteurs de cet intéressant travail ont, en une centaine de pages, présenté et condensé tout ce qui se rapporte à l'hygiène de la bouche et des dents : Hygiène générale, Nutrition, Anatomie et Physiologie, Etude de la carie dentaire et de ses complications, Prophylaxie, les Préjugés en art dentaire, l'Hygiène bucco-dentaire.

Divisé en huit chapitres, l'ouvrage est clair, simple, attrayant à lire, instructif, accessible à tous ; il atteindra certainement son but qui est d'éclairer le public en lui montrant la nécessité d'une bonne hygiène bucco-dentaire et les conséquences, souvent néfastes, d'une négligence condamnable.

Le premier chapitre est consacré à un exposé de l'hygiène générale de l'individu et de la collectivité, car n'oublions pas que la santé de chaque individu intéresse à son tour par ses répercussions toute la collectivité.

L'homme, au point de vue hygiène, a des devoirs non seulement envers lui-même, mais envers la société au milieu de laquelle il vit. De son côté, la société a des devoirs à remplir : enseigner l'hygiène, exiger que ses lois soient respectées.

L'hygiène peut se diviser, d'après les grandes fonctions du corps humain, en hygiène de la respiration, de l'alimentation, du vêtement, du logement, du travail, des sports.

Les auteurs étudient seule l'hygiène de l'alimentation et dans cette partie l'ingestion des aliments : (Bouche et dents, organes de préhension et de mastication).

Le deuxième chapitre traite de la Nutrition et présente l'étude des organes de la nutrition : l'appareil digestif dans son ensemble. Bien entendu les auteurs étudient plus particulièrement la première partie de l'appareil digestif : la bouche et les dents. Ce chapitre se divise donc en plusieurs sous-titres correspondant à l'étude :

- 1° des aliments ;
- 2° de l'appareil digestif en général ;
- 3° de l'anatomie de la bouche ;
- 4° de la physiologie de la bouche.

Le troisième chapitre est un résumé d'anatomie et physiologie dentaire. Il se termine par un exposé de la Dentition : (Formation d'éruption des dents. Eléments d'embryologie).

Le chapitre quatre comprend l'étude de la carie dentaire : maladie des dents. Il débute par la démonstration que la dent subit tout au long de la vie, fait capital, des influences multiples et contraires qui augmentent ou diminuent sa résistance à l'usure ou aux agents de la carie :

- influence de l'hérédité ;
- influence des maladies ;
- influence de l'alimentation.

Les auteurs n'oublient pas, à ce moment, de signaler qu'il est possible d'améliorer largement le capital dentaire d'un individu par une hygiène intelligente de la mère au cours de la grossesse, ainsi que par une alimentation rationnelle et des soins attentifs pendant l'enfance et l'adolescence. Plus tard la lutte contre la carie sera plus aisée ;

nous disposerons d'armes qui nous permettront de lutter contre elle avec efficacité : Hygiène générale, bucco-dentaire, alimentaire ; traitements dentaires éclairés, minutieux, constants et surtout précoces.

Le chapitre cinq est un bref exposé des complications de la carie et des maladies de la bouche : complications locales, complications générales, maladies professionnelles, maladies buccales et manifestations buccales de quelques maladies générales (tuberculose, syphilis, cancer).

Le chapitre six décrit comment on peut conserver une bouche et des dents en bon état, sinon toute sa vie, du moins le plus longtemps possible : c'est la prophylaxie bucco-dentaire. On y voit que la prophylaxie et l'hygiène bucco-dentaire empruntent durant tout le cours de notre vie leurs règles à la fois à la prophylaxie et à l'hygiène locales et générales.

Cette prophylaxie comprendra :

1° La prophylaxie de la carie dentaire :

Préservation et conservation des dents.

2° La prophylaxie orthodontique ou surveillance des phénomènes de dentition.

Le chapitre sept est consacré à l'énumération et à la réfutation des préjugés les plus courants qu'il est permis à tout praticien d'entendre prononcer par la clientèle. Par ailleurs, toute une suite de sages préceptes et de bons conseils sont donnés ; et pour terminer ce chapitre, il est recommandé aux patients d'avoir un dentiste de famille comme ils doivent avoir un médecin de famille et ceci à l'avantage de chacun.

Le huitième et dernier chapitre de ce travail présente l'étude de l'hygiène bucco-dentaire proprement dite et le brossage des dents. Le brossage des dents et sa technique sont décrits minutieusement, car c'est ainsi que l'on entretient ses dents en bon état, que l'on évite de nombreux accidents et enfin l'extraction. Le brossage évite la carie, évite le tartre, raffermi les gencives ; il doit se faire avec une brosse dure et tout dentifrice de votre goût à la condition qu'il ne renferme pas de produits abrasifs, acides ou sucrés. Le brossage de la dent devra avantageusement s'accompagner d'un massage-brossage de la gencive ; rappelons également que la mastication d'aliments résistants, durs, est à conseiller ; pour obtenir un bon organe rien de mieux que de le faire fonctionner.

Enfin l'examen méthodique de la denture par le dentiste permettra de déceler les points de carie, les dépôts de tartre et fera bénéficier le patient d'un traitement précoce et partant plus efficace. Ces préceptes d'hygiène s'appliquent non seulement aux adultes, mais aux enfants ; dès son plus jeune âge l'enfant doit être familiarisé avec l'emploi de la brosse à dent.

Ce petit travail de vulgarisation d'hygiène bucco-dentaire vient à son heure, il s'adresse à tous : éducateurs, hygiénistes, public ; il rendra service à tous les échelons de la société. La gravité de la carie dentaire et de ses complications, les retentissements des affections dentaires sur la santé générale ne sont pas suffisamment connus et ne sont souvent pas considérés à leur valeur. Heureusement l'hygiène buccale et les soins dentaires donnent des satisfactions tangibles.

Les auteurs concluent en exposant qu'en publiant ce petit traité, ils n'ont pas eu d'autre ambition que de contribuer pour une modeste part à éclairer une jeunesse qui aura besoin de toutes ses forces pour accomplir les rudes tâches qui l'attendent.

P. V.

OLIVIERI (J.). — **De l'emploi des appuis crâniens dans les traumatismes de l'étage moyen de la face** (Thèse de Paris, 1941, éditée chez Foulon, Paris).

L'ouvrage débute par l'historique très détaillé de ces appuis ; vient ensuite la description des types d'appuis crâniens actuellement existants et utilisés en pratique.

L'auteur décrit enfin leurs principales indications dans la thérapeutique du traumatisme de l'étage moyen de la face :

1° Réduction et contention des fractures du maxillaire supérieur, de l'os malaire, des os propres du nez.

2° Le faux prognathisme traumatique.

3° L'appareillage des édentés.

4° Les pertes de substance étendues.

P. V.

THIBAUT (R.). — **Aspergillose cervicale d'origine dentaire** (*Revue de Stomat.*, Paris, Mai 1942).

L'auteur présente une malade qui est depuis plus d'un an atteinte d'une affection dont l'évolution clinique est en tous points comparable à l'actinomyose. C'est d'ailleurs le diagnostic qui avait été porté primitivement et seul l'examen de laboratoire a montré qu'un agent pathogène différent était en cause, un *aspergillus* nettement reconnaissable à son mycélium ramifié présentant des conidiophores terminés par une tête renflée en massue portant des chaînettes de conifés.

Observation et traitement.

En plus du traitement classique à l'iodure de potassium à la dose journalière de cinq grammes, on procéda à un traitement radiothérapique. Amélioration importante. Cette observation démontre l'efficacité du traitement radiothérapique dans la cure des lésions mycosiques.

P. V.

EULER et EICHLER. — **Lésions du système dentaire sous l'action du Fluor** (*Deutsche Zahn. Munch. Kieferheilk.*, n° 1, 1942) (Analyse *Revue de Stomat.*, Paris, mai 1942).

Le Fluor est aussi bien nocif pour le système dentaire en grande quantité qu'en petite quantité. Mais les auteurs n'étudient ici que l'hyperfluorose. Les troubles causés par l'hyperfluorose sont beaucoup plus importants que ceux provoqués par l'hypo-fluorose et ils sont produits aussi bien par le Fluor anorganique (fluorure de sodium) que par le Fluor organique (tyrosine fluorée).

Chez les rats l'hyperfluorose provoque des lésions dentaires classiques : usure rapide de la dent allant jusqu'à la dénudation de la pulpe par ramollissement de la substance dure de la dent, fractures spontanées des dents ; au niveau de l'os maxillaire et du rebord alvéolaire, se produisent des phénomènes de destruction osseuse, ou alors des phénomènes d'opposition d'os néoformé et parfois une destruction tissulaire intégrale, ceci plus fréquemment au niveau des molaires qu'au niveau des incisives.

Il n'a pas été possible de prouver qu'il y avait formation de fluorure de calcium ; il n'a pas été possible non plus de voir des rapports entre l'hyperfluorose et la carence en vitamine C, cependant il semble que l'hyperfluorose s'accompagne de troubles dans l'assimilation de la vitamine C.

P. V.

AVIS TRÈS IMPORTANT

En raison des gros sacrifices que les circonstances présentes imposent à notre journal, autorisé sans publicité et privé ainsi de sa principale ressource, le Comité de Rédaction de L'ODONTOLOGIE serait reconnaissant à tous les membres du Groupement de l'Ecole Dentaire de Paris et de l'Association Générale des Dentistes de France d'une part, et aux Abonnés d'autre part, de vouloir bien faire parvenir aussi rapidement que possible à la Trésorerie le montant de leur cotisation ou de leur abonnement pour 1943, soit : 100 francs.

Les envois peuvent être faits soit par chèque bancaire, soit par mandat-poste ou virement au Compte de Chèques Postaux : Ecole Dentaire de Paris, Paris N° 307.72.

NOTA. — Nous prions instamment les Membres du Groupement qui restent débiteurs de plusieurs cotisations de faire un effort et de se mettre en règle avec la Trésorerie. — Nous les en remercions par avance.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 15 Décembre 1942

La séance est ouverte à 20 h. 30 sous la présidence du Dr Hulin.

M. Guilbert présente un magnifique film en couleurs sur l'hypophyse, réalisé par les Etablissements Byla.

Le rôle de l'hypophyse est important et cette glande a été baptisée clef de voûte de l'édifice endocrinien.

De nombreux schémas montrent les différentes hormones hypophysaires, leur synergie fonctionnelle et de superbes images permettent de suivre les différentes phases de leurs extraction, dosage et essais physiologiques.

M. Dubois-Prévost, dans sa communication intitulée : *Des rapports anatomiques du canal dentaire et des dents du maxillaire inférieur avec la pathologie bucco-dentaire*, fait une intéressante et complète mise au point.

Après avoir cité les travaux du Professeur Olivier, des Drs Rodier et Ruppe et donné un certain nombre de repères anatomiques, il montre qu'il existe des cas où le canal dentaire n'existe pas, d'autres où les branches terminales du nerf dentaire se divisent au niveau de l'épine de Spix.

M. Dubois-Prévost termine en montrant les rapports des racines des molaires avec le canal dentaire et en relatant une intéressante observation du Dr Rodier sur un cas de section du nerf dentaire inférieur au cours d'une avulsion de dent de sagesse.

Le Dr Hulin et M. H. Villain participent à la discussion.

La séance est levée à 22 h. 30.

Le Secrétaire Général : Dr Laurian.

Séance du 5 Janvier 1943

La séance est ouverte sous la présidence du Dr Hulin, qui donne la parole à M. Devaux pour une intéressante conférence, à la fois littéraire et scientifique, intitulée : *Les Aventuriers de la Science*, prélude d'un livre qui doit paraître prochainement sous le même titre.

M. Devaux relate, tout d'abord, l'existence d'André-Maire Ampère, le génial physicien ayant découvert les lois de l'Electromagnétisme.

Ampère fut non seulement un mathématicien précoce et un savant mais, également, un romantique ; il a composé des poésies dont l'une ressemble étrangement au Lac de Lamartine.

C'est ensuite la curieuse figure d'Evariste Gallois, mathématicien génial et précoce, et révolutionnaire ardent, qui est évoquée par l'auteur, courte et aventureuse existence terminée par un duel mortel à l'âge de 21 ans.

M. Marrel, dans sa communication intitulée : *Etude physique, chimique et mécanique d'un alliage ternaire or, argent, platine*, montre les différents procédés chimiques de séparation des constituants.

Il donne ensuite quelques formules d'alliages binaires, or-platine, platine-argent, or-argent et leurs différentes utilisations en prothèse dentaire.

Le Dr Hulin et M. H. Villain participent à la discussion.

La séance est levée à 22 heures 30.

Le Secrétaire général : Dr P. Laurian.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS NATIONAL DENTAIRE SUISSE

Organisé par la Société Suisse d'Odontologie

(Compte rendu)

Le Congrès National dentaire Suisse a tenu ses assises à Genève, les 5, 6 et 7 juin 1942, sous la présidence du Dr Kasimir Wicki, président de la Société Suisse d'Odontologie.

La première journée fut marquée, le matin, par l'assemblée annuelle de l'ARPA Suisse, au cours de laquelle des communications scientifiques furent présentées par des personnalités médico-dentaires éminentes, en présence du Dr Jaccard, président de l'ARPA internationale.

L'après-midi, par une séance de communications et démonstrations scientifiques organisée par la Société Suisse d'Odontologie.

Le soir, à 21 heures, les congressistes furent reçus au Palais Eynard par le Conseil d'Etat et le Conseil Administratif.

Au cours de la seconde journée, le matin, une assemblée générale du Syndicat des Médecins-Dentistes fut suivie d'une assemblée des Médecins-Dentistes scolaires.

L'après-midi comprenait des séances de démonstrations, une visite de l'Exposition du Bimillénaire au Musée d'Art et d'Histoire, et un thé au Parc des Eaux-Vives.

A 17 heures, se tint au Grand Théâtre, la 57^e assemblée générale ordinaire de la Société Suisse d'Odontologie, présidée par le Dr Wicki. Au cours de cette réunion, M. le Professeur Ernest Métral fut proclamé membre d'honneur en reconnaissance des éminents services rendus depuis 50 ans à l'art dentaire en Suisse. Les membres de la S. S. O. élurent comme nouveau président M. le Dr Louis Metzger et comme membres du Comité : MM. le Dr Wicki, Aeberly, Baumann, Garrel, Gross et Schaer.

Le soir, un banquet officiel fut offert sous la présidence de M. Perreard, Président du Conseil d'Etat ; de nombreuses personnalités y assistaient et des discours furent prononcés. Un bal termina la journée.

Le Congrès prit fin avec une « Journée militaire » consacrée à des travaux concernant uniquement la science dans l'armée ; des communications y furent présentées par le colonel-médecin Moppert et le major Julliard.

Ajoutons encore que les fournisseurs pour dentistes avaient organisé une exposition comprenant 40 stands d'exposants venus de toute la Suisse.

HYGIÈNE

COMITÉ NATIONAL D'HYGIÈNE DENTAIRE

Le Comité National d'Hygiène Dentaire s'est réuni le jeudi 26 novembre 1942 en Assemblée générale, sous la présidence d'honneur de M. le Secrétaire d'Etat à la Santé, et la présidence effective de M. le Dr Theil, chef de son Cabinet.

A ses côtés avaient pris place M. Loislér, président du Comité National ; le Dr Hulin, président de la Section Dentaire du Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins ; le Dr Courcoux, médecin des Hôpitaux de Paris et membre de l'Académie de Médecine, Président du Groupement des Médecins catholiques, et les Secrétaires généraux administratifs et techniques du Comité National.

Près de 200 praticiens appartenant aux deux zones avaient répondu à leur convocation. Les représentants des Nations étrangères qui, le matin, avaient assisté aux travaux de l'A. R. P. A., assistaient à la séance.

Prisèrent la parole, au cours de cette Assemblée : le Président Loislér, les Secrétaires généraux administratifs et techniques, le Trésorier, le Commissaire aux comptes ainsi que le Chef de Cabinet du Ministre.

Les divers rapports présentés évoquèrent les importants travaux réalisés au cours de l'année. Il fut rendu compte des cours d'hygiène dentaire effectués par les praticiens de l'art dentaire dans les écoles de la ville de Paris, en application de la loi du 15 août 1941, cours qui vont se généraliser dans toute la France.

Il fut ensuite procédé au renouvellement du Conseil d'Administration du Comité National.

Cette élection fut suivie de la première réunion du nouveau Conseil d'Administration, qui mit à l'étude la seconde partie du programme prévu.

*Le Président : Pierre Loislér,
Professeur suppléant à l'Ecole Dentaire de Paris.*

Communiqués de la Section Dentaire du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Seine

174, Rue de Rivoli — Paris (1^{er})

Un certain nombre de Confrères remettent à leurs patients des ordonnances imprimées (y compris la signature). Cette pratique ne peut en aucun cas être admise. L'ordonnance, pour être valable, doit être datée et comporter une signature autographe. Faute d'observer cette prescription, l'ordonnance ne saurait être exécutée par le Pharmacien.

D'autre part, pour les médicaments employant des produits toxiques, il est nécessaire que les doses soient inscrites en toutes lettres et que le mode d'emploi soit indiqué d'une façon précise. Il est prudent d'indiquer également que ces doses ne doivent pas être dépassées, surtout ne pas être renouvelées sans une nouvelle ordonnance.

*Pour la Section Dentaire,
Le Secrétaire Général : Dr Solas.*

Communiqués de la Section Dentaire du Conseil Supérieur de l'Ordre National des Médecins

60, Boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7^e)

APPLICATION DU DÉCRET DU 20 MAI 1940

(Protection des Mobilisés, Prisonniers, Sinistrés)

Sur la demande de la Commission des Œuvres, j'ai fait une intervention au Secrétariat d'Etat à la Santé, afin que l'application du décret du 20 mai 1940 sur l'ouverture des Cabinets dentaires soit étendue aux sinistrés par acte de guerre.

Le Secrétariat d'Etat à la Santé a répondu favorablement à ce vœu. Vous trouverez ci-après le texte de la circulaire du D^r Aublant, du 16 novembre 1942, complétant sa circulaire du 6 février 1942 :

Le Président : Ch. Hulin.

« Paris, le 16 novembre 1942.

« Le Secrétaire d'Etat à la Santé

« à Messieurs les Préfets,

« Par circulaire du 6 février 1942, certaines précisions vous ont été données sur les conditions d'application du décret-loi du 20 mai 1940 dont les dispositions régissent toujours la création et l'extension des cabinets dentaires.

« Cette circulaire indiquait notamment que l'autorisation d'ouvrir un cabinet nouveau ne doit pas être refusée lorsqu'il n'existe plus dans la « localité » de dentiste mobilisé ou prisonnier.

« Or, il semble que des hésitations se soient produites assez fréquemment sur la portée du mot « localité » qui n'est d'ailleurs pas emprunté au texte du même décret.

« L'Administration, on le pense bien, n'a pas prétendu donner aux dispositions du décret-loi plus de rigueur que leur libellé n'en comporte, ni par conséquent désigner toujours par le terme dont il s'agit la commune ou l'agglomération intéressée.

« Il faut l'interpréter comme désignant toute d'un vocable mieux approprié, le ressort habituel d'un cabinet dentaire, ressort qui peut coïncider avec une ou plusieurs communes lorsque celles-ci sont de faible importance, mais qui peut aussi n'équivaloir qu'à une partie seulement de la commune ou de l'agglomération, qu'il s'agisse d'une section de commune, d'un quartier proprement dit, ou de toute autre subdivision.

« J'ajoute que, pour chaque cas d'espèce, il vous appartiendra lorsque cet organisme sera constitué, de provoquer l'avis préalable du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins délibérant dans les conditions prévues à l'article 26 de la loi du 10 septembre 1942.

« Par ailleurs, mon attention a été appelée sur la situation difficile dans laquelle se trouvent les dentistes sinistrés lorsque est autorisée l'ouverture d'un cabinet dentaire concurrent.

« Il est en effet désirable de protéger, au moins pendant un certain temps, contre la concurrence de leurs confrères, les intérêts des dentistes ayant subi des dommages de guerre.

« Toutefois, le délai pendant lequel cette protection doit être assurée, ne peut être fixée, *a priori*, il convient en effet de le déterminer, suivant les cas d'espèce.

« J'estime, en conséquence, qu'il vous appartient, après avoir étudié la situation particulière qui se présente lorsqu'un dentiste sollicite l'autorisation de s'installer dans des conditions de nature à faire concurrence à un dentiste sinistré, d'accorder à ce dernier la protection que légitime sa situation, en fixant un délai durant lequel aucun praticien ne pourra s'installer dans le ressort de son cabinet dentaire.

« J'appelle enfin votre attention sur le fait que la Section dentaire du Conseil de l'Ordre devra être consultée jusqu'à ce que les Conseils régionaux de l'Ordre prévus par la loi du 10 septembre 1942 soient en fonctions. Ce seront alors ces Conseils délibérant dans les conditions prévues par l'article 26 de ladite loi qui devront émettre l'avis prévu par l'article 1^{er} du décret-loi du 20 mai 1940.

« Pour le Secrétaire d'Etat et par autorisation,

« Le Secrétaire Général : Aublant. »

NOUVELLES

Les Sports à l'Ecole Dentaire de Paris. — *Challenges du Nombre* : Victoires de Carteron en cross et de Trinquecoste en natation.

L'Ecole Dentaire de Paris s'adjuge la première place du classement individuel dans le challenge du Nombre de cross-country organisé par le journal *L'Auto*.

Un nombre important de nos camarades participaient à cette épreuve qui fut gagnée par Charles Carteron (2^e Stage), distançant de loin les autres concurrents. Le classement par équipe n'est pas encore connu, mais on peut espérer que l'E. D. P. y tiendra bon rang. Rappelons pour mémoire que l'an dernier, ce même challenge avait été remporté par Jacques Lavaud de l'E. D. P.

Un autre challenge du Nombre, de natation cette fois, a montré les remarquables qualités de notre nouveau camarade Trinquecoste, champion de France scolaire, qui a réalisé les meilleurs temps en brasse, crawl et dos. La section de natation, avec une telle rentrée et notre champion universitaire Payolle, fera parler d'elle cette année.

D'autre part, les championnats de Football et de Basket ont repris récemment. Après une longue période d'entraînement, les équipes sont maintenant au point, et de très bons éléments sont venus renforcer leurs valeureux camarades de l'an passé qui, notamment, remportèrent les coupes Daligault et du D^r P. Rolland dans les challenges interdentaires. Faisons confiance à Grillet (Football) et Boursier (Basket) les capitaines, qui ont déjà conduit leurs équipes à la victoire respectivement contre « Stanislas » et « HEC ». Ajoutons que pour ces championnats, deux équipes de chaque spécialité ont été inscrites, ce qui prouve l'élan que M. Marguerite a su donner aux Sports à l'E. D. P., et récompense ses efforts.

L'activité sportive des Dentistes ne se borne d'ailleurs pas là et si certaines sections sont déjà en action, d'autres n'attendent que le moment de faire parler d'elles.

Ainsi, en Tennis, d'excellents joueurs s'entraînent chaque jour en vue de la coupe interdentaire offerte par M. Lally.

L'athlétisme reprendra avec les beaux jours sous la direction de Pierre Hugot, champion de France du 100 m. et la Coupe inter-Ecoles dotée par les Etablissements Gibbs, connaîtra cette année un éclat particulier, grâce à la générosité de M. Thibault toujours si dévoué aux sports universitaires.

Nous connaissons aussi les possibilités de notre section féminine militairement emmenée par Mlle Sens.

Le Bureau du Groupe sportif a enfin réalisé un de ses plus chers désirs ; il possède en effet, depuis cette saison sportive, une salle où nos camarades peuvent, une fois par semaine, faire de la culture physique et du basket dans un cadre des plus agréables.

Terminons en remerciant la Direction de l'Ecole Dentaire de Paris dont l'appui nous est si précieux.

C. Conort.

Mariage. — Le mariage de Mlle M. Stélesco, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, avec M. Alfred Sedel, Docteur en médecine, ancien externe des Hôpitaux de Paris, a eu lieu le mercredi 9 décembre 1942.

Nos félicitations et vœux de bonheur.

Naissance. — Mme et M. Robert Martin, chirurgien-dentiste à la Tremblade, membre de notre Groupement, nous ont fait part de la naissance de leur fille Michèle, le 16 décembre 1942.

Nos félicitations.

Nécrologie. — Nous avons le regret de devoir annoncer le décès de Mlle Denise Quefféléant, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, décédée le 7 décembre 1942, à l'âge de 34 ans.

Nous prions sa famille de trouver ici l'expression de nos sincères condoléances.

M. René Regnard, chirurgien-dentiste, professeur à l'Ecole Odontotechnique, membre de notre Groupement, a été éprouvé par la mort de son père, M. Louis-Félix Regnard, chirurgien-dentiste honoraire de l'Ecole Normale Supérieure, Capitaine honoraire d'infanterie territoriale, officier de l'Instruction publique, décédé le 9 décembre 1942, dans sa 86^e année.

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

On nous communique. — Cherche appareil anesthésie au protoxyde d'azote en bon état. — Faire offre à M. A. Cottarel, 52, avenue de Neuilly, Neuilly-sur-Seine.

DENTS DE LAIT

Waas (C.). — Treatment of the pulp in deciduous teeth (Traitement de la pulpe des dents de lait) (*Dental Outlook*, mai 1939).

Lamberg. — Considérations sur la manière de préparer les enfants à recevoir les soins du dentiste (*Zeitsch. f. Zahntechn. und Zahnheilk.*, n° 12, 1936 ; *Information Dentaire*, 19 janvier 1941).

Raynal (Th.). — Les accidents de dentition (*Information Dentaire*, 2 mars 1941).

Mahé (G.). — Les dents de lait (*Information Dentaire*, 22 juin 1941, 27 juillet et 17 août 1941).

Rachet (M.). — L'évolution dentaire. Conséquences pathologiques. Les accidents de dentition (*Information dentaire*, 29 juin 1941).

Dechaume et Cauhepé. — Les traumatismes dentaires chez les enfants (*Paris Médical*, 21 septembre 1940).

Debray (A.). — Sur la conservation des dents de lait (*Odontologie*, novembre 1941).

Dechaume et Cauhepé. — Les traumatismes dentaires chez les enfants (*Concours Médical*, 22 juin 1941).

Padula-Gallo. — Le traitement des caries des dents temporaires (*Revista Odontologica*, juin 1937).

Kettner. — De la percée des dents du nourrisson ainsi que ses rapports aux lois héréditaires (*Deutsche Mediz. Wochens.*, 4 février 1938).

Janssen (G.). — Pour remédier aux inconvénients de l'extraction précoce des dents temporaires (*Zahnärztl. Rundschau*, n° 51, 1938).

Dechaume. — Des soins à donner aux dents de lait (*Paris Médical*, 5 nov. 1939).

Wolff (S.). — Contribution à la thérapeutique des retards de l'éruption dentaire chez les enfants (*Revista Italiana di Stomat.*, déc. 1938).

Jacobs (M. H.). — Oral surgical procedures in children (Affections chirurgicales de la bouche des enfants) (*The Dental Outlook*, mai 1939).

ANESTHÉSIE GÉNÉRALE
COURTE DURÉE

Archer (H.). — Revue complète sur les causes des difficultés respiratoires mécaniques pendant l'anesthésie au protoxyde d'azote employée en art dentaire (*Dental Cosmos*, décembre 1934).

Field (B.). — Précautions dans l'anesthésie au protoxyde d'azote pour l'extraction (*Dental Cosmos*, janvier 1935).

Flexer-Lawton. — Quelques avantages de l'anesthésie au protoxyde d'azote pour les opérations dentaires (*Semaine Dentaire*, 7 juillet 1935).

Douson (S. D.). — Causes, prévention et contrôle de l'asphyxie par le protoxyde d'azote et l'oxygène dans les opérations dentaires (*Dental Cosmos*, août 1935).

Goldschmidt. — L'évipan-notrium dans la narcose intra-veineuse de courte durée (*Wiener Mediz. Wochens.*, 12 janvier 1935).

Rieunau (G.). — Présentation d'un appareil à chlorure d'éthyle pour anesthésie générale (*Presse Médicale*, 18 avril 1936).

Flexer. — L'anesthésie au protoxyde d'azote (*Semaine Dentaire*, 20 juin 1937).

Biocali (E.). — Le chlorure d'éthyle en odontologie (*Revista Odontologica*, septembre 1937).

Feldman (M. H.). — 500 cas d'anesthésie au vinéthène (*Journal of the Amer. Dent. Ass.*, avril 1938).

Casella et Kohen. — Le chlorure d'éthyle, anesthésique général en odontologie infantile (*Revista Dental de Chile*, juin 1938).

Brille (J. M.). — Protoxyde d'azote. — Anesthésie. Analgésie (*Odontologie*, juin 1939).

French, Hooker, Wauke, Robinson. — Anesthésie dentaire chez l'enfant. Une comparaison entre Vinyl-Ether et le chlorure d'éthyle dans 200 cas (*British Med. Journal*, 16 mars 1940).

Palmer. — A propos des narcoses au chlorure d'éthyle (*Concours Médical*, 2 février 1941).

L'Administrateur-Gérant : P. LOISIER. — Autorisation S. 149.

Soc. Ré. Imp. & Pub. (Dormans Éditions)

L'ODONTOLOGIE

REVUE MENSUELLE

DIRIGÉE DE 1881 A 1896 PAR PAUL DUBOIS

DE 1896 A 1923 PAR CHARLES GODON

ET DE 1923 A 1940 PAR MAURICE ROY

Secrétaire de la Rédaction, Administrateur

Pierre LOISIER

Professeur sup. à l'Ecole Dentaire de Paris

Directeur et Rédacteur en Che

A. AUDY

Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'épulis au point de vue histo-biologique, par le Dr Ivan Bertrand.....	18
Un cas de Darmous, fluorose dentaire, par M ^{me} Régis et M. L. Monel.....	25
REVUE DES LIVRES ET DES REVUES.....	29
COMMUNIQUÉ DE LA SECTION DENTAIRE DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS.....	30
COMMUNIQUÉ DE LA SECTION DENTAIRE DU CONSEIL DÉPARTE- MENTAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS DE LA SEINE.....	32
COMMUNIQUÉ DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE.....	32
NOUVELLES.....	32

ÉDITIONS DE LA SOCIÉTÉ RÉGIONALE D'IMPRIMERIE

MAURICE DORMANN, ÉDITEUR

RÉDACTION ET ADMINISTRATION : 45, rue de la Tour-d'Auvergne, PARIS (9^e)

Compte Chèques Postaux 277.93 Paris

Téléphone : Trudaine 74-86 et 74-87

Abonnements : France.. 100 fr. par an. — le numéro : 12 francs.
Etranger 120 fr. par an. Pays ayant accepté une réduction de 50 % sur
les affranchissements des périodiques. Le numéro : 14 fr.
Pour les autres pays : 130 fr. par an. Le numéro 16 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'ÉPULIS AU POINT DE VUE HISTO-BIOLOGIQUE

Par le Dr Ivan BERTRAND,
Directeur à l'Ecole Pratique des Hautes Etudes,
Directeur de l'Institut de Neuro-Biologie.

(Communication illustrée par la projection de nombreuses microphotographies, présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le 24 novembre 1942).

616.311.2 006.31

Je remercie la Société d'Odontologie d'avoir bien voulu m'accepter ici comme orateur. Je suis un peu dépaysé, car évidemment mes préoccupations habituelles sont très éloignées de votre art et de votre science. Mais j'ai pensé après la demande de M. Hulin, que peut-être ce sujet particulier de l'épulis, en apparence assez banal, pouvait prêter à quelques considérations qui ne seraient pas dénuées d'intérêt pour un public tel que vous.

Toutes les questions vues de loin paraissent extrêmement simples ; c'est l'impression qu'ont les primaires de tous les faits scientifiques. Une épulis, quoi de plus banal ? Tout le monde en a vu, c'est une petite grosseur qui siège sur le bord des gencives, c'est une affaire pas bien méchante qu'on enlève, qui généralement ne récidive pas ; un point c'est tout. Ce n'était vraiment pas la peine de parler de biologie pour si peu de chose.

Mais quand on examine la question d'un peu près au point de vue histologique, on s'aperçoit que les faits sont infiniment complexes et soulèvent des problèmes de divers ordres :

- problèmes de pathologie générale ;
- problèmes d'histogénèse ;
- problèmes de biologie ;
- problèmes de cancérologie.

Les questions soulevées sont infiniment variées, et parfois vraiment d'ordre capital.

Les épulis, si l'on s'en tient à la définition étymologique, c'est tout ce qui pousse, se développe au niveau du bord des gencives. Nous n'avons là qu'un concept morphologique, extrêmement rudimentaire. Mais il y a des usages, une tradition, qui précisent un peu mieux l'épulis : ce sont de petites tumeurs à surface lisse, recouvertes de muqueuse, à très lent développement et généralement dépourvues de réaction clinique inflammatoire.

Quand on examine ces tumeurs au point de vue histologique, suivant la méthode classique par inclusion à la paraffine, on distingue d'emblée certains groupes : les uns d'ordre fibreux, les autres d'ordre réactionnel. Après avoir éliminé ces lésions, on s'aperçoit qu'il reste des choses extrêmement variées, mais beaucoup plus rares et qui cette fois indiscutablement, relèvent de processus néoplasiques.

Voilà donc, après un rapide examen, une lésion qui relève, par certains aspects, d'un processus inflammatoire, et d'autres fois d'un processus véritablement néoplasique. Tumeur, inflammation, ce sont évidemment les deux faces éternelles de la pathologie humaine.

Il y a encore autre chose, c'est que certaines épulis sont congénitales. Elles ne sont pas très nombreuses, les épulis congénitales, je crois que dans

la littérature on en trouve une quinzaine. Elles sont bien définies et se développent généralement au niveau des incisives. En France, cette question a particulièrement été bien étudiée par Moulouguet et ses collaborateurs.

Par leurs inclusions embryonnaires, les épulis congénitales se rattachent aux malformations, ce qui fait que, d'emblée, vous voyez se dessiner trois grands groupes :

- un groupe réactionnel inflammatoire ;
- un groupe congénital, peut-être proche du précédent ;
- enfin un groupe néoplasique.

Sans entrer dans des détails trop techniques, je voudrais tout de même vous faire quelques projections.

Je vous présente d'abord quelques coupes à de très faibles grossissements représentant des sections totales d'épulis enlevées. Il y en a trois consécutives.

Voici, à un très faible grossissement 20 linéaire, la tumeur coupée transversalement ; vous apercevez à la périphérie une mince capsule qui, sur la préparation, est bleuâtre et correspond à l'épithélium absolument continu, sauf peut-être en quelques points. Dans l'intérieur de cette tumeur, vous n'apercevez, à ce grossissement, qu'un stroma fibreux dense.

Voici un autre type d'épulis au même grossissement de loupe, nous avons toujours le même aspect : la ligne d'implantation et la muqueuse qui présente cette particularité d'être assez irrégulière ; quelquefois on aperçoit une réaction épithéliale très nette, caractérisée par des prolongements, des murs qui descendent dans la profondeur ; ce sont ces aspects qu'on appelle de l'acanthose.

Enfin, voici un autre type de tumeur où l'on retrouve admirablement ces petites crêtes, ces petites pointes extrêmement fines, réactions d'acanthose très nettes. Il y a continuité de la muqueuse sur toute la surface et en certains points vous apercevez, en plus de ces aspects d'acanthose, une fonte bulleuse du corps muqueux de Malpighi.

Voilà donc comment se présentent les tumeurs qu'on enlève.

Nous allons examiner maintenant à de plus forts grossissements la première série, les épulis fibreuses.

Cette microphotographie d'une préparation colorée, vous montre un aspect relativement pauvre au point de vue cellulaire. Ces longs faisceaux collagènes sont constitués par du tissu conjonctif très dense, par endroits fibreux et sont accompagnés de très peu de cellules. En somme peu de noyaux pour énormément de tissu pathogène.

Voici un aspect encore plus schématique, plus fantômatique ; c'est vraiment, au point de vue histologique, une espèce de Sahara. Par endroits, des cellules chargées de mucus prennent l'aspect en châton de bague. Encore une fois, c'est une réaction extrêmement pauvre. Quelquefois, dans ces déserts histologiques, nous apercevons quelques rochers, de petits rochers microscopiques, constitués par des îlots calcifiés. Vous reconnaissez fort bien le tissu osseux ; il renferme quelques rares ostéoplastes qui la plupart ont subi une dégénérescence ; ce sont les vestiges d'une métaplasie ostéo-conjonctive, et dans tout le reste du tissu fibreux, un peu d'œdème, et c'est tout.

Comment faut-il considérer ces épulis fibreuses ? Il est certain qu'un certain nombre ont une origine congénitale. J'ai relevé en particulier une observation très curieuse, publiée par un pathologiste de Java, sous le nom d'épulis pendulans. Epulis formidable observée chez une femme indigène de 60 ans ; la tumeur gingivale bosselée, dure, sans ulcération superficielle, mesurait 8 centimètres sur 4 ; elle pesait 64 grammes, et était congénitale.

Il faut vraiment aller bien loin pour trouver une telle indifférence vis-à-vis des misères qui peuvent vous accabler ; cette femme avait supporté sa tumeur pendant un demi-siècle ! Au point de vue histologique, cette tumeur congénitale était constituée par du tissu fibromateux pur.

Si un certain nombre de tumeurs congénitales sont constituées par du tissu fibreux pur, la plupart des épulis fibreuses doivent être admises non comme des réactions primitives, mais comme la sclérose d'un processus très évolué. En dehors des productions nettement et indiscutablement congénitales, toutes les épulis fibreuses sont des processus éteints, des réactions périmées, que seuls traduisent ces vestiges fibreux et ces petits flots calcaires.

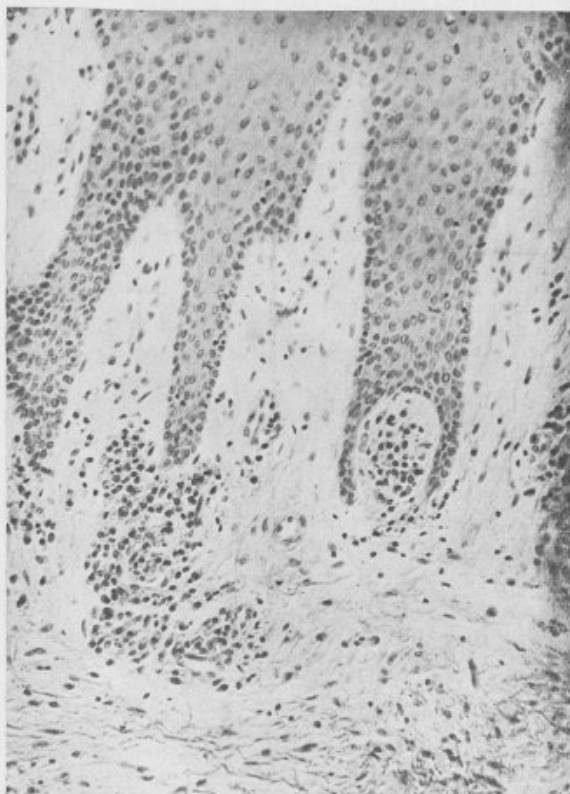


Fig. 1. — *Epulis inflammatoire ; acanthose épithéliale et infiltrats réactionnels.*

Mais voyons l'autre face de ces réactions, l'*épulis inflammatoire*. Voici d'abord à un grossissement moyen la face profonde du corps muqueux, avec les papilles épithéliales qui s'enfoncent dans la profondeur, et qui à leur extrémité prennent parfois un aspect bifide, au contact d'un petit flot réactionnel (fig. 1). Ces flots sont constitués par deux sortes d'éléments : lymphocyte et plasmocyte. Au point de vue histogénique, ce dernier est lié d'une manière indiscutable au lymphocyte ; ce sont des éléments extrêmement proches, pouvant se transformer l'un dans l'autre.

Dans cette autre réaction, il y a plus qu'une infiltration cellulaire ; ce qui domine, c'est cet œdème extraordinaire qui infiltre toute la préparation et par endroits, représente une véritable bulle d'œdème.

Remarquez ici trois petits vaisseaux, néo-capillaires embryonnaires, constitués par une seule cellule endothéliale. Le stroma est envahi par ces bourgeons conjonctifs embryonnaires, qui se creusent secondairement d'une cavité et constituent un immense réseau anastomotique.

Ce grossissement vous montre bien l'excès des réactions inflammatoires. Dans ce vaisseau, la lumière presque virtuelle est occupée par trois noyaux qui ne sont pas autre chose que l'endothélium tuméfié. Vous apercevrez très nettement la nature des infiltrats : ici ce sont des lymphocytes, là vous avez très nettement un plasmocyte, cellule très spéciale à noyau excentrique, avec une longue queue protoplasmique pourvue d'un couple de diplosomes. Souvent, on peut distinguer deux noyaux dans certains plasmocytes ; en voici probablement un qui est en train de se diviser et montre l'activité de ces éléments.

En somme, grosse réaction inflammatoire, gardant toujours le caractère chronique ; on ne voit pour ainsi dire pas de polynucléaires. On peut aussi voir des figures d'excitation cellulaire, en particulier une certaine reviviscence myéloïde avec des foyers inflammatoires, qui constituent de véritables granulomes.

Nous arrivons à l'autre bout de ces processus inflammatoires dont l'intensité est extrême. Les réactions peuvent être tellement considérables que l'intégrité de la muqueuse est compromise et l'on a comparé ces épulis au bothryomycome. Vous connaissez ces petites tumeurs, de la grosseur d'un pois ou d'une lentille, qui surviennent souvent chez des ouvriers à mains calleuses, après une fissure du revêtement corné. Les callosités empêchent la suppuration et les réactions de jouer à leur aise, et l'on voit apparaître un bourgeon qui a été considéré par les premiers auteurs comme mycosique.

Dans cette autre épulis inflammatoire apparaît un aspect angiomateux ; voyez la multitude de ces fissures, ce n'est pas un artifice de préparation, mais tout simplement des lumières vasculaires correspondant à un développement angiomateux considérable ; d'ailleurs cette néo-production capillaire est tout à fait classique dans le bothryomycome et le granulome infectieux.

Voici encore un autre aspect fissuraire, avec traînées lymphangitiques, entraînant une réaction ganglionnaire.

Vous me direz, ce n'est plus de l'épulis, mais en réalité il vous est impossible de dire à quel moment une épulis cesse d'être inflammatoire pour devenir purement fibreuse.

Je crois qu'il faut envisager ces tumeurs sous un angle plus large ; réactions fibreuse et inflammatoire pouvant se combiner d'une manière variable, non seulement suivant le sujet, mais suivant le moment où on l'examine.

Encore une fois, n'oubliez pas qu'une formation fibreuse peut être simplement le vestige d'une lésion qui a évolué pendant longtemps et se trouve à un moment absolument fixée.

Nous avons commencé par les épulis fibreuses ; nous avons vu ensuite les épulis inflammatoires. Nous arrivons maintenant à la série franchement tumorale.

Regardez ce stroma ; ce n'est plus du tissu fibreux, mais au contraire un tissu embryonnaire, constitué à peu près exclusivement par des éléments fibroblastiques. Les réactions tinctoriales se sont modifiées. Vous êtes en présence d'un tissu très jeune absolument analogue au mésoderme d'un embryon : stroma embryonnaire largement fasciculé, avec cellules fusiformes à noyaux volumineux. Ici, vous apercevez quelque chose de plus, des cellules embryonnaires ont tendance à se grouper en amas ; quelque chose est en train de s'ébaucher, une espèce de plasmode se condense.

— Que sont ces cellules ?

La pathologie générale assimile ces éléments à des myéloplaxes. En somme, le stroma embryonnaire renfermant un nombre considérable de plasmodes correspond à ce que les vieux auteurs appelaient sarcome à myéloplaxes.

Sarcome ! vous en avez tous vus de ces tumeurs malignes qui évoluent en quelques mois et parfois en quelques semaines ; il ne s'agit pas de cela ici ; on sait aujourd'hui que les tumeurs à myéloplaxes ne sont nullement des sarcomes, mais des tumeurs initialement bénignes ; cependant dans les publications anciennes vous trouverez un grand nombre d'épulis classées sous le nom de sarcome, qui ne sont pas autre chose que des tumeurs à myéloplaxes.

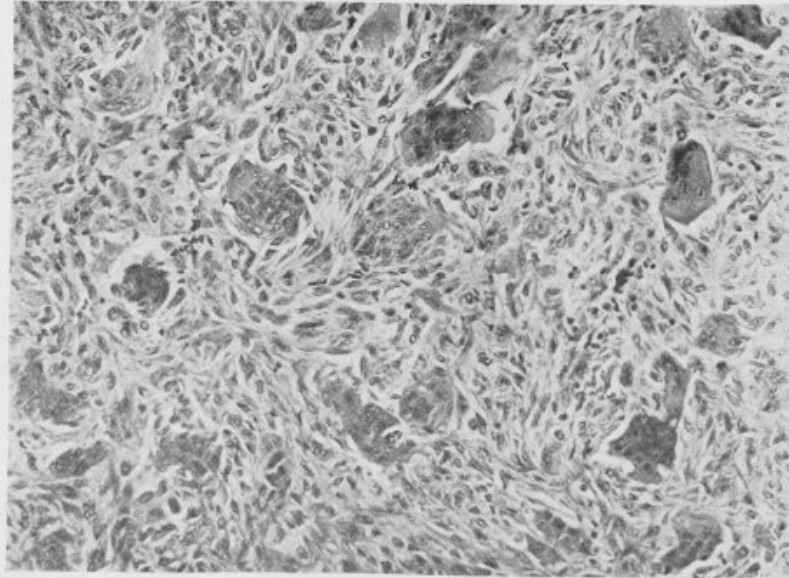


Fig. 2. — Epulis à myéloplaxes.

Un plus fort grossissement vous montre un de ces énormes myéloplaxes (fig. 2). Nous sommes vraiment très loin d'un processus malin, il n'y a pas lieu de prononcer des mots effrayants et se lancer dans des interventions effroyables, désarticulations de mâchoire et autres, ou dans des traitements radio-thérapeutiques qui risqueront de provoquer des ostéo-nécroses.

Quelquefois, dans l'intérieur de ces tumeurs à myéloplaxes, des productions très curieuses complètent l'analogie avec les tumeurs osseuses. Cette petite tache bleuâtre indique un tissu en voie de calcification et peut-être d'ossification. C'est en effet ce qui se passe un peu plus loin, où vous avez une infiltration de sels calcaires ; une auréole plus claire l'entoure, c'est la substance pré-osseuse englobant des ostéoblastes.

Vous assistez ainsi à la genèse d'une ossification aux dépens du tissu conjonctif. Or, vous savez que tous les os du crâne et de la face, à l'except-

tion du vomer s'ossifient à partir d'une ébauche conjonctive, sans auxiliaire cartilagineux.

L'aspect actuel est déjà un peu différent de ce que nous avions tout à l'heure. Il y a moins de cellules et plus de tissu collagène. En effet, chaque fois qu'un stroma embryonnaire évolue vers des productions osseuses ou d'autres métaplasies conjonctives, il atténue sa densité cellulaire et perd ses caractères de malignité ; ses éléments ne se reproduisent plus avec la même rapidité que précédemment et l'aspect change profondément.

En somme, moins vous trouvez de cellules et plus vous avez de différenciation dans les produits variés de la métaplasie conjonctive, plus vous avez un tissu évolué. Ces éléments représentent des stades fixés, qui sont « au bout de la route », tandis que les éléments embryonnaires de tout à l'heure étaient doués d'un potentiel évolutif considérable et laissaient craindre une évolution fâcheuse.

Voici un cas plus rare : une épulis, la seule de ma collection, constituée par du tissu purement myxoïde, tissu extrêmement clair formé de cellules rameuses envoyant des prolongements dans les différents sens. Il ne s'agit pas d'un tissu collagène, mais purement myxoïde. Au point de vue strictement histologique, c'est une tumeur bénigne, mais mon expérience m'engage à me méfier des myxomes ; ces tumeurs sont capables de récidiver et de donner des métastases ; tout en gardant un aspect bon enfant et bénin, elles sont fort dangereuses.

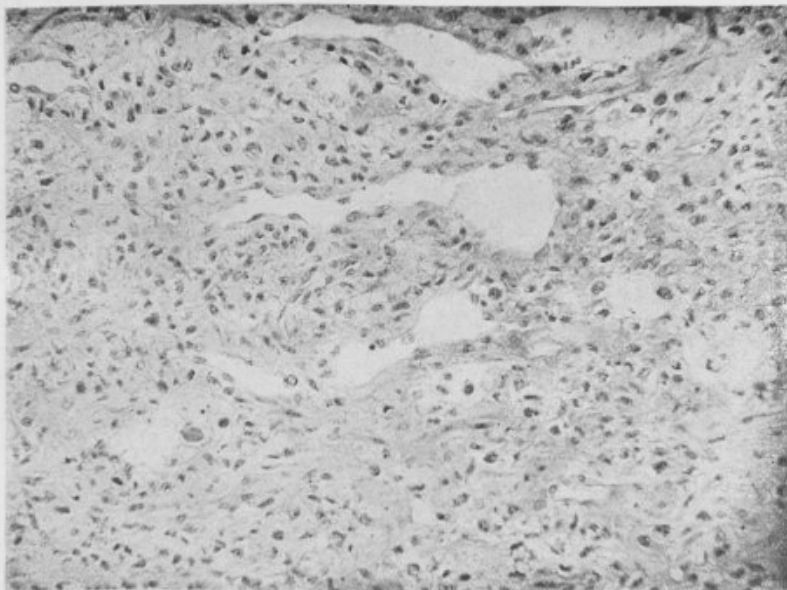


Fig. 3. — Adamantinome malin.

Voici une dernière tumeur enlevée à l'hôpital comme étant une épulis au point de vue anatomique et morphologique. Nous apercevons d'abord des espaces lacunaires et une multitude de cellules qui n'ont nullement l'aspect conjonctif comme tout à l'heure (fig. 3).

Un histologiste aura tout de suite l'œil attiré par ceci ; c'est une mitose tout à fait atypique, de la série maligne. Nous avons bien d'autres monstruosités un peu partout. Cette tumeur examinée à l'immersion, montre des caractères de malignité indiscutables. Ce noyau absolument monstrueux est la signature de la malignité. En même temps ces cellules dont on aperçoit mal les limites, subissent très fréquemment une véritable fonte.

Je pense que vous avez reconnu l'aspect du tissu adamantin ; vous êtes en présence d'un adamantinome entièrement méconnu au point de vue clinique, adamantinome malin avec production de microkystes. Il n'existait pas d'ulcération superficielle ; la biopsie seule a permis le diagnostic.

Une autre variété d'adamantinome constitue, d'après les examens de Moulouguet et de ses élèves, l'épulis congénitale ; c'est en réalité un adamantinome bénin dans lequel les éléments interstitiels sont gorgés de lipides. C'est là une nouvelle source d'épulis, rarissime, mais indiscutable.

Pour terminer, je vais vous indiquer quelque chose qui m'a beaucoup amusé ; on a parfois des distractions de ce genre. C'est l'observation publiée d'une épulis « métastase d'hypernéphrome ». Pourquoi l'auteur dit-il cela ? Parce qu'il a vu ces énormes cellules adamantinoïdes qui rappellent beaucoup l'hypernéphrome ; mais cela n'en est pas ; l'auteur devait l'ignorer, car vous allez voir ce qu'il fit. Hypernéphrome, cela vient du rein. Il y a donc un cancer du rein. Il palpe le malade dans tous les sens, il fait toutes les explorations possibles. Vainement. C'est effrayant quand les médecins sont logiques, toujours logiques. Le chirurgien va trouver le malade et lui propose d'explorer les deux reins, en l'opérant bien entendu. Le malade refuse. Mort huit mois après avec tous les signes d'une tumeur de la base du crâne. En somme, il s'agissait probablement d'un adamantinome terminé par une métastase crânienne.

Il est possible que dans les adamantinomes malins comme dans les épulis congénitaux, existent des germes erratiques susceptibles à un moment donné d'une rapide évolution.

Au cours de cet exposé, nous avons soulevé bien des problèmes ; je crois qu'il ne faut pas voir les épulis sous un angle trop restreint et immuablement optimiste. C'est entendu, n'exagérons rien ; un ongle incarné ne s'accompagne pas toujours d'un phlegmon du membre inférieur, ni d'embolie. Mais tout de même, si la grande majorité des épulis sont à point de départ inflammatoire et parvenues au stade fibreux, il faut envisager un certain nombre de cas dans lesquels les épulis traduisent des affections beaucoup plus complexes : processus néoplasiques du maxillaire inférieur, troubles métaboliques, dystrophies osseuses.

Je vous conseille de ne pas jeter les épulis que vous enlevez ; ils présentent peut-être quelque chose d'intéressant ; examinez-les et je crois que dans un certain nombre de cas, vous aurez le plaisir de faire des constatations qui vous orienteront sur la nature réelle du processus et pourront justifier une thérapeutique adéquate.

UN CAS DE DARMOUS, FLUOROSE DENTAIRE

Etude Clinique

Par M^{me} REGIS,

Membre du Corps Enseignant de l'E. D. P.

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris,
le 24 novembre 1942).

616.314 003.8

L'observation que nous allons vous présenter concerne une dystrophie dentaire observée en zone phosphatée et appelée « Darmous » par les Indigènes Africains. Cette maladie qui est une intoxication chronique, causée par le Fluor contenu dans l'eau qui a traversé des couches phosphatées, est très répandue en Afrique du Nord, où elle constitue non seulement une affection de l'homme mais également une maladie du bétail à conséquences économiques fort graves.

Le Darmous humain, se manifeste essentiellement par des dystrophies qui frappent exclusivement les dents permanentes. Schématiquement, d'après Charnot, Gaud et Langlais, la marche des lésions est la suivante :

1^{er} degré. — Lésions constituées pendant la période prééruptive de la dent, et qui se manifestent au moment même de la sortie de celle-ci.

2^e degré. — Période d'établissement des lésions définitives : des taches brunes apparaissent dans les dépressions de l'émail. C'est à cette époque que les canines et les molaires prennent souvent cet aspect caractéristique en tonnelet, où les anneaux blancs et bruns alternent. Le tartre se fixe alors très rapidement sur la dent.

3^e degré. — Période d'usure qui ne se fait pas de façon régulière. Elle aboutit à la dent noire, typique, diminuée dans toutes ses dimensions, véritable chicot dans une bouche souvent à moitié édentée.

En plus de ces troubles dystrophiques, il n'est pas rare de constater des modifications de dimensions et d'implantation des dents : nanisme et gigantisme, ainsi que des troubles de l'évolution dentaire normale. Les symptômes objectifs, présentés par les malades, consistent essentiellement dans la douleur à la mastication et la sensibilité au froid en dehors de toute carie.

Le Darmous Humain est très fréquent dans les zones phosphatées. A des degrés divers, il touche, à peu près, à tous les individus qui y habitent dans la période de l'enfance qui précède l'apparition de la deuxième dentition. En outre les cas humains présentent des lésions osseuses tant sur le maxillaire inférieur que sur les côtes et les os longs. Il se produit une ossification considérable et supplémentaire de ces os, une véritable ostéopétrose qui peut gagner tout le squelette.

Le Darmous animal qui existe à côté du Darmous humain a été étudié par Balozet, Bernard, Claudon, Compain et H. Velu, dont les travaux scientifiques ont paru, ainsi que ceux de Charnot, Gaud et Langlais, dans les comptes rendus de la Société de Biologie, le Bulletin de la Société de Pathologie exotique, le Bulletin de l'Académie Vétérinaire de France, le Bulletin de l'Institut d'Hygiène du Maroc, les Archives de l'Institut Pasteur d'Algérie et les comptes rendus du Congrès de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences, (Rabat, 1934).

La dystrophie dentaire de cette eudémie a été ainsi décrite par H. Velu :

Les dents atteintes peuvent présenter :

- 1° Des modifications de dimensions, elles sont en général plus petites que les dents normales ;
- 2° Des anomalies d'orientation, surtout sur les incisives ;
- 3° Des modifications de formes, les prémolaires deviennent conoïdes ;
- 4° Des anomalies très importantes de structure : la surface émaillée paraît érodée, elle devient irrégulière, rugueuse. Cette usure due à l'érosion et à la disparition de l'émail, peut atteindre des proportions considérables.
- 5° Des lésions du maxillaire inférieur.

Le *Darmous* animal amène l'amaigrissement des animaux, la cachexie et la mort.

Cette affection qui, chez l'homme, comporte les mêmes lésions dentaires que chez les animaux est une question de santé publique, question qui a fait l'objet, ayant été chargée du Rapport de « L'Hygiène dans les pèlerinages musulmans », de nos recherches sur le « *Darmous* », alors que nous nous trouvions en 1938 sur le paquebot *Bretagne*, affecté au transport des Musulmans africains pour leur Pèlerinage à la Mecque.

Et le cas du *Darmousé* que nous allons vous exposer est un cas typique de la Fluorose des zones phosphatées dont l'Office International d'Hygiène Publique s'est préoccupé tout particulièrement.

Le nommé Bdelkader, nous est adressé par les services de la police nord-africaine, le Conseil de l'Ecole Dentaire de Paris s'étant mis à la disposition de la Délégation Municipale siégeant alors à l'Hôtel de Ville pour soigner nos ressortissants d'Outre-Mer, — les Hôpitaux et Dispensaires ayant été évacués. Le bulletin de ce malade indique qu'il a été réveillé par une douleur sourde intolérable de l'oreille gauche qui ne fait qu'augmenter. Il est originaire du douar Meradj, près de la frontière algéro-tunisienne, âge présumé, 34 ans.

Nous notons à l'examen exo-buccal une tuméfaction de la région génienne. L'examen endo-buccal montre une denture déficiente au maxillaire supérieur. Désordre dentaire de la région incisive, usure en biseau, absence de la canine droite, canine gauche en tonnelet. La première prémolaire gauche, atteinte d'une carie de 4^e degré, présente une fistule muqueuse au niveau apical. D. 6 et G. 6 sont partiellement détruites. Disparition des cuspides sur D. 7 et G. 7. Les dents ont une mobilité assez prononcée, surtout les incisives qui ne sont plus dans leur position normale. Au maxillaire inférieur, les dents sont moins mobiles, canines en tonnelet. Caries pénétrantes sur les prémolaires. Les molaires émergent juste de la gencive. Dents recouvertes de tartre, gingivite, parodontose, taches brunâtres étendues sur les dents et manque de transparence.

L'articulation et l'occlusion sont défectueuses, grande sensibilité à la chaleur et au froid. Impossibilité de conserver la prémolaire incriminée, cause de l'infection. L'intervention est décidée. Il est pratiqué une anesthésie locale de la fibro-muqueuse et sous-périostée. Présence d'un granulome sur la racine vestibulaire. Curettage du foyer qui ramène quelques fongosités. Application de chlorure de zinc. Le lendemain, nous revoyons notre malade, lavage à la poire. Suites post-opératoires normales.

Nous voulions suivre ce malade, faire son appareillage, ce qui eut été d'un intérêt considérable. Nous fîmes part de notre désir au Directeur des Services de la Police nord-africaine alors en exercice, qui ne put faire droit à notre demande, Bdelkader devant être dirigé sur les services de la zone libre. L'interrogatoire de ce malade que nous avions poussé dans le sens pathologique, nous avait appris qu'il avait toujours souffert de ses dents, d'ailleurs comme tous les membres de sa famille et, disait-il, comme des moutons du douar.

Il est à remarquer que cet arabe, qui présentait tous les symptômes du *Darmious* était originaire d'une zone phosphatée, qu'il avait été employé dans les mines de phosphate, situées dans la région où le bétail souffrait comme les humains de cette endémie.

De cette observation significative du *Darmious* que nous venons de vous présenter et des considérations développées, cette conclusion s'impose :

Il convient d'envisager le *Darmious* au point de vue de la Santé générale, des conséquences économiques et de la Santé publique, car le *Darmious*, fluorose dentaire des zones phosphatées de la France d'Outre-Mer, a la même identité que la maladie appelée « Email tacheté » ou « Marbrure de l'Email » dans tous les pays à zones phosphatées, maladie qui fait l'objet de longues études en Europe et en Amérique.

Nous émettons le vœu qu'une commission du « *Darmious* » se réunisse à Paris, au siège de la Société d'Odontologie, afin de préciser l'importance de cette endémie non seulement parmi la population ouvrière, mais chez tous les habitants, colons, indigènes des zones phosphatées mondiales.

Etiologie

Par L. MONET,

Membre du Corps Enseignant de l'Ecole Dentaire de Paris

En juin 1940, au moment de l'exode, un malade atteint de *Darmious* nous est adressé par les services de la Police Nord-Africaine à notre Service de Chirurgie de l'Ecole Dentaire de Paris.

Ce malade, que nous devions suivre, n'a pu l'être, ayant été évacué sur la zone libre, et nous l'avons regretté.

Ce cas de *Darmious* était caractérisé par des symptômes généraux divers et des troubles du métabolisme phosphocalcique qui se traduisent surtout par des dystrophies de la denture permanente.

Trois facteurs déterminent cette maladie, d'après le docteur Compain :

1° Absorption par les animaux de substances nocives : eau impure, phosphates, sels de potasse ;

2° Alimentation déficiente en éléments minéraux ;

3° Déséquilibre minéral dans l'alimentation.

Le 17 octobre 1931, Velu a présenté à la *Société de Biologie* le résultat d'essai d'intoxication expérimentale.

Reprenant, dit-il, les travaux de nombreux auteurs qui avaient réussi à provoquer une cachexie fluorique par l'absorption de fluores solubles, il a essayé de provoquer la même cachexie sur des rats avec un fluorure très peu soluble, le fluorure de calcium : ils sont morts en présentant des troubles identiques à ceux des rats qui avaient été alimentés avec des phosphates naturels.

Dans son exposé publié dans les Archives de l'*Institut Pasteur d'Algérie*, en mars 1932, Velu signale l'action de substances nocives n'agissant qu'en zone phosphatée et note que les lésions se produisent au moment précis où l'appareil dentaire exige un apport normal d'éléments minéraux.

Considérant alors l'énorme étendue des zones phosphatées, Velu attire l'attention sur les conséquences économiques considérables de cette maladie.

« Les phosphates naturels n'existant pas à la surface du sol, ils ne peuvent donc entrer directement dans l'organisme ; c'est l'eau des sources qui sert de véhicule. »

Sa conviction s'est encore augmentée après avoir constaté que, dans une certaine région phosphatée, les animaux indemnes boivent à des sources déterminées, tandis qu'au contraire, les sujets atteints boivent à d'autres.

Il conclut, qu'il existe une relation certaine entre la maladie et la consommation d'une eau ayant traversé la couche phosphatée.

Tous les animaux que Velu a intoxiqués soit avec des composés fluorés comme le fluorure de calcium, soit avec des phosphates naturels provenant de diverses régions, ont tous présenté les mêmes symptômes :

- Manifestations bulbomédullaires ;
- Exostoses douloureuses ;
- Hypertrophie de la thyroïde ;
- Atrophie prononcée et typique de la moelle osseuse avec transparence aux rayons X ;
- Diminution de l'appétit ;
- Des altérations très particulières *des dents*.

Les squelettes des animaux fluorés étaient tous de moins bonne qualité.

De toutes ces observations, Velu conclut que la dystrophie dentaire des zones phosphatées doit être une fluorose chronique due aux phosphates.

Pour démontrer cette analogie, l'auteur a procédé à toute une série d'expériences ; voici les principales de ses conclusions :

Les gisements de phosphates sont constitués par des produits minéraux résultant de la décomposition cadavérique d'animaux marins : squales et raies.

Leur formation date de la fin de l'époque secondaire et du début du tertiaire. Ces phosphates contiennent un taux élevé de fluor existant à l'état de fluorure de calcium.

Le taux élevé de fluor se retrouve dans les *dents fossiles*. Ce taux élevé de fluorure de calcium est la cause du *Darmous*.

Le fluor est apporté à l'état de fluorure de calcium dans l'alimentation des hommes et des animaux par les principaux facteurs suivants :

- L'eau, les boues, les végétaux, les poussières des végétaux et la terre.

La quantité de fluor est d'autant plus élevée que le sol est plus riche en fluor.

Les *dents* seront atteintes de préférence, elles peuvent subir leur évolution totale pendant l'intoxication sans être altérées ; par contre, des lésions graves peuvent apparaître alors que l'ingestion du fluor est supprimée.

Elles pourront présenter une flétrissure caractéristique lorsque le bourgeon dentaire se sera formé en période d'intoxication.

Elles pourront avoir un aspect normal, mais une constitution anormale, ainsi que cela a été démontré par Gaud, à l'Office International d'Hygiène Publique.

Une question de prophylaxie s'impose : elle constituerait soit à supprimer ou, au moins, à diminuer l'apport du fluor dans l'alimentation, mais cette question est principalement du ressort des chimistes.

Les *Darmousés* devenant des édentés, la question de l'appareillage se pose, la salive rejetée par les crachats étant un facteur de désintoxication partielle de l'organisme, il faudra, pour nous praticiens, appareiller ces édentés et étudier la base métallique qui conviendrait le mieux dans ce milieu salivaire.

REVUE DES LIVRES ET DES REVUES

LOWINSKA. — **L'angine bismuthique.** (Thèse Paris 1941).

Au cours du traitement bismuthique on peut, en plus de la stomatite, observer une angine d'origine médicamenteuse.

Les malades ressentent brusquement une douleur à la gorge et une gêne à la déglutition. A l'examen on voit sur l'une et même sur les deux amygdales une ulcération variant de la dimension d'une lentille à celle d'une pièce d'un franc et quelquefois plus grande encore.

Cette ulcération est recouverte d'un épais enduit blanc grisâtre ou jaunâtre plus ou moins adhérent. La muqueuse sous-jacente est rouge et tuméfiée mais ne saigne pas. Les bords sont nets, réguliers, taillés à pics, le fond cratériforme. Parfois elle est entourée tout de suite d'un liséré bleuâtre typique, mais souvent ce liséré n'apparaît que quelques jours après le début de l'affection. L'adénopathie sous-angulo-maxillaire n'est point constante. Peu de symptômes généraux. Cette angine évolue en un espace de temps variable de quelques jours à trois semaines. On distingue par rapport à une cure de 16 à 20 injections :

- 1° Des angines précoces après 2 ou 3 injections ;
- 2° Des angines mésothérapeutiques ;
- 3° Des angines tardives.

Cette angine peut apparaître chez des sujets atteints également de stomatite ou porteurs de lisérés dentaires. Mais elle peut aussi subsister seule constituant l'unique accident du traitement bismuthique. Cette angine est, en général, bénigne.

Elle cède en quelques jours aux attouchements par les antiseptiques et aux gargarismes à l'eau oxygénée. Bien entendu, on interrompt les injections de bismuth dès l'apparition de l'angine.

DECHAUME et GAUHEPÉ. — **La carie dentaire chez les enfants est un fléau social.** (*Presse Médicale*, 30 mai 1942).

Les parents et trop souvent les médecins n'attachent pas à la carie des dents des enfants l'importance qu'elle mérite. Il s'agit cependant d'un véritable fléau social, dont la diffusion et les conséquences sont minimisées, pour ne pas dire méconnues.

Pour avoir une idée de la fréquence de la carie chez les enfants, les auteurs ont systématiquement examiné 1.000 enfants à l'Hospice des Enfants Assistés, 87 pour 100 avaient leurs dents cariées (chiffre qui confirme les statistiques antérieures.)

Véritable fléau social par sa fréquence, la carie l'est aussi par les troubles qu'elle provoque. Dechaume et Gauhépe rappellent l'importance physiologique de la denture temporaire. Ils insistent sur l'effort qui lui incombe, plus spécialement aux molaires et la nécessité de sa parfaite intégrité.

Ils décrivent ensuite les troubles provoqués par la carie, troubles locaux et généraux.

1° Accidents locaux : douleur, accidents muqueux, dentaires, cellulaires, maxillaires ;

2° Accidents généraux : troubles digestifs, troubles de la croissance par mauvaise assimilation, troubles dus aux suppurations d'origine dentaire.

Ce rapide exposé souligne assez la nécessité du traitement de la carie des dents de lait. Mais on ne saurait admettre qu'il suffit, pour supprimer toutes ces complications, d'enlever les dents cariées, sous prétexte qu'elles doivent tomber un jour ou l'autre. Bien au contraire la thérapeutique doit être aussi conservatrice que possible.

Mais cette thérapeutique conservatrice n'est actuellement pas organisée ; c'est un problème très complexe à résoudre. Il faut avant tout envisager la prophylaxie de la carie (hygiène buccale, mais surtout hygiène générale, rôle important de l'alimentation.)

Communiqués de la Section Dentaire du Conseil Supérieur de l'Ordre National des Médecins

60, Boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7^e)

Paris, le 6 Janvier 1943.

Monsieur le Docteur Hulin,
Président de la Section Dentaire du Conseil Supérieur,
à

Messieurs les Secrétaires Généraux, Trésoriers et Membres des Sections
Dentaires des Conseils Départementaux,

Mes chers Confrères,

La Section Dentaire du Conseil National vient de terminer sa première année d'existence.

Le Code de Déontologie se parfait tous les jours et déjà son influence moralisatrice se fait sentir.

Les Sections Dentaires Départementales sont constituées et fonctionnent au mieux des intérêts de chacun ; déjà les Confrères, après la première gêne causée par les démarches de l'Inscription au Tableau sont à même de récolter les premiers bénéfices de l'Ordre nouveau.

Sans vouloir vous faire un compte rendu, qu'il me soit permis tout de même, à titre d'indication, de vous dire que la Section Dentaire du Conseil National a déjà répondu à près de 70.000 lettres ; qu'elle a diffusé la Carte de Priorité des médicaments et substances contingentées créée par la Confédération des Syndicats Dentaires ; qu'elle a mis au point la carte de dents minérales ; qu'après des dizaines d'interventions auprès des pouvoirs publics, elle a réussi à faire hausser les taux de remboursement et à rendre plus rapide le fonctionnement de l'O. D. F. A. S. A. ; qu'elle a obtenu l'habilitation des Chirurgiens-Dentistes, au même titre que les Docteurs en Médecine, à donner leurs soins aux blessés maxillo-faciaux ; que grâce à elle, l'indemnité journalière de 60 francs a été attribuée aux Chirurgiens-Dentistes et aux Dentistes auxiliaires prisonniers de guerre à compter du 1^{er} avril 1942 ; qu'elle a pu obtenir la protection des droits de nos confrères sinistrés totaux (circulaire du D^r Aublant du 16 novembre 1942) ; qu'elle a réussi à procurer à la profession des répartitions de vélomoteurs, de bicyclettes, un contingent de charbon de bois, du Gaz Butane, une augmentation des attributions prévues de Coton pur et d'Alcool pur à 90°.

Tout ceci ne représentant qu'une partie du travail effectué par la Section du Conseil Supérieur et de ses Commissions qui, après 98 séances, a actuellement en chantier parmi d'autres questions importantes, la mise au point des projets suivants :

- 1^o Projet d'entraide et de Secours aux Prisonniers sinistrés ;
- 2^o Demande d'un Contingent d'essence ;
- 3^o Demande d'augmentation du Contingent d'alcool ;
- 4^o Amélioration de la Carte de Priorité des Produits Pharmaceutiques pour 1943 ;
- 5^o Amélioration de la Répartition des Dents Minérales Artificielles ;
- 6^o Elaboration d'un Tarif Minimum National ;
- 7^o Elaboration d'un Tarif d'A. M. G. ;
- 8^o Nouvelles modifications au Code de Déontologie.

Cette activité s'est développée au cours de l'année 1942, bien que, pendant une période de 8 mois, le fonctionnement de la *Section Dentaire du Conseil National* n'ait été assuré que par le seul secours financier apporté bénévolement par deux Membres de la Section Dentaire du Conseil National, et un prêt consenti par le Conseil National des Médecins, auquel nous devons être reconnaissants de cette aide. Il y a, en effet, lieu de remarquer qu'à ce jour, la Section n'a pas encore été mise en possession d'aucune somme provenant de la mise sous séquestre des syndicats dissous.

Depuis, les cotisations ont permis le remboursement d'une grande partie de ces avances et l'Ordre fonctionne maintenant avec ses propres ressources. Le décompte de la cotisation de 300 francs par an, se répartit de la façon suivante : 165 francs pour la Section Dentaire du Conseil National, 135 francs pour la Section Départementale.

Si la Section Dentaire du Conseil Supérieur peut fonctionner avec cette répartition, en admettant que de nouvelles charges ne lui incombent pas, il n'en est pas de même pour les Sections Départementales qui, vu le petit nombre de leurs inscrits, n'arrivent pas à équilibrer leur budget, ou sont très gênées dans leur gestion.

A ce propos, je tiens à remercier publiquement les Secrétaires Généraux des Sections Départementales pour le labeur fourni par eux, au détriment de leur pratique journalière, et souvent hélas, au détriment de leurs propres deniers, les confrères comprendront avec moi, qu'il faut que cette situation cesse.

Dans l'état actuel des choses, notre corporation est une des moins imposées, quant au montant de la cotisation. On ne peut également, si on est honnête, faire un parallèle entre l'activité et les buts des anciens syndicats et ceux de l'Ordre et les cotisations réciproques.

Il est utile de rappeler qu'avant la guerre, un terrassier donnait à son syndicat près de 1.000 francs par an.

Si nous voulons être, à l'avenir, les dignes Membres d'une grande famille professionnelle, il faut pour y parvenir, un budget décent.

A seule fin que nos œuvres d'assistance ne soient pas un vain mot, pour que la répartition de nos approvisionnements se fasse au mieux et, plus tard, pour que nous ayons aussi notre « Maison du Chirurgien-Dentiste », si nous voulons tout cela, il nous faut courageusement envisager le relèvement du taux de notre cotisation.

Nous avons été obligés, par les lois des 10 septembre et 17 novembre, de nous tenir au même chiffre de cotisation que la Profession médicale, mais notre Profession Dentaire a des besoins matériels plus étendus qui lui sont propres.

Il nous a fallu, par exemple, vous demander un supplément de 30 francs pour la carte de priorité des médicaments et substances contingentées. Sur ces 30 francs, 20 vont au Comité d'Organisation de la Pharmacie et 10 seulement pour couvrir les frais de répartition ; 80 francs pour la carte de dents minérales, pour frais d'établissement et de répartition.

La Section Dentaire du Conseil National a pensé qu'il fallait mieux demander une somme globale à chaque confrère, comportant une part pour les frais d'approvisionnement et une part pour nos œuvres d'assistance confraternelle, cela éviterait à l'avenir ces multiples versements. Les Sections Départementales, consultées à ce sujet, se sont toutes, à part quelques rares exceptions, prononcées pour ce relèvement de la cotisation annuelle.

Il nous est actuellement impossible, même lorsque nous serons entrés en leur possession, d'envisager de faire œuvre utile avec les sommes que nous ont laissés les anciens syndicats. Le chiffre de ce patrimoine réservé aux œuvres d'assistance est vraiment disproportionné par rapport à l'œuvre à accomplir.

Outre ce qui est nécessaire actuellement pour le bon fonctionnement de notre organisation de répartition d'approvisionnement, il est hélas, bon de prévoir l'avenir ; d'autre part, notre budget d'assistance doit être porté immédiatement à un niveau permettant une aide rapide pour être efficace à ceux des nôtres qui sont dans le besoin et notre Profession se doit d'être à la hauteur des circonstances.

La Section Dentaire du Conseil National estime qu'elle manquerait à son devoir si elle ne signalait à la Profession Dentaire le nombre grandissant des souffrances et des maux qui frappent un grand nombre de ses Membres. Les moments tragiques que nous vivons ont contribué à augmenter considérablement la somme des détresses qui atteignent ceux de nos confrères touchés par le sort.

Dénoncer ces malheurs reste platonique ; agir pour les adoucir est mieux.

La Section Dentaire du Conseil National sait qu'elle ne s'adressera pas en vain aux sentiments généreux qui veillent au fond du cœur de tous les Membres de notre Profession. Pas un repas ne doit être pris, pas une distraction ne doit être accordée, pas une soirée passée sous la lampe familiale, sans que chacun de nous se pose la question : « As-tu pensé à ceux qui, privés de liberté n'ont plus les joies du foyer familial, aux Petits sans Père ni Mère, innocentes victimes d'un destin cruel, à ceux qui ont tout perdu dans la tourmente, aux Vieux sans soutien moral et matériel » ?

Il faut, chers Confrères, qu'à chacune de ces questions, nous puissions tous répondre à la voix de la conscience, par l'affirmative.

Il faut que notre chère Profession, là encore, recherche et trouve en elle-même les remèdes à l'atténuation de ses propres souffrances, montrant par cela même qu'elle a sa majorité morale et qu'elle mérite le respect.

Pour répondre à ce vœu unanime, la Section Dentaire du Conseil National a décidé de créer dès maintenant, un fonds de solidarité, permettant d'aider les familles nécessiteuses de nos confrères prisonniers. Ces derniers auront un peu de tranquillité lorsqu'ils sauront que la Profession veille sur les leurs.

Il nous faut de même aider nos confrères sinistrés totaux victimes de la guerre, dont les instruments de travail brisés, gisent actuellement sous les ruines.

Nous devons élever nos Orphelins et suppléer à leurs parents disparus, conseiller et aider matériellement et moralement la Mère restée seule au foyer, la défendre contre les vicissitudes de la vie.

Nous devons veiller à ce que nos vieux confrères dans le besoin reçoivent une aide et, dans le cas de décès, une sépulture décente.

Voici, chers Confrères, l'œuvre à laquelle vous êtes conviés d'apporter votre appui effectif et rapide, nous sommes certains que pas un de nous ne manquera à l'appel.

Pour réaliser cette œuvre magnifique, il nous faut de l'argent. La cotisation unique pour l'année doit pourvoir à tous nos besoins et en particulier à ceux de nos œuvres. Actuellement, le temps presse, un grand nombre de Membres de notre Famille Professionnelle souffrent, il faut aller vite.

Ainsi, chaque jour, il faut que ceux, sur qui le malheur ne s'est pas abattu, travaillent une heure pour ceux qui souffrent. Ce sera l'heure de la solidarité, Confrères, elle a sonné !

Le Président de la Section Dentaire.

SOINS GRATUITS AUX PRISONNIERS ET A LEUR FAMILLE

La Section Dentaire du Conseil Supérieur informe les Confrères que la Loi du 27 novembre 1941, accordant des soins gratuits aux Prisonniers et à leur Famille ne bénéficiant pas des Assurances Sociales, n'est pas applicable aux traitements dentaires.

APPROVISIONNEMENT

Aucune demande d'approvisionnement ne doit être faite à la Section Dentaire du Conseil Supérieur.

Le paiement de la cotisation donne droit aux approvisionnements contrôlés par la Section Dentaire du Conseil Supérieur sans qu'il soit nécessaire d'effectuer de versements complémentaires.

Tous renseignements doivent être demandés aux Sections Dentaires des Conseils Départementaux.

Communiqué de la Section Dentaire du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Seine

174, Rue de Rivoli — Paris (1^{er})

NOUVELLE RÉGLEMENTATION POUR LES MÉTAUX PRÉCIEUX

La Section des Métaux non-ferreux fera tenir à chaque praticien inscrit en 1942 pour les attributions d'or, des documents nécessaires pour leur permettre de se conformer aux nouvelles prescriptions.

COMMUNIQUÉ DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

Le Bureau de l'A. G. D. F. attire l'attention de ses Membres sur les nouvelles dispositions de la Loi de Finances N° 974, du 24 décembre 1942, portant réforme fiscale.

La grande Presse en a publié l'essentiel. Les confrères qui désireraient des renseignements concernant cette loi, peuvent s'adresser au Siège de l'Association, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris (9^e).

NOUVELLES

Mariages. — Le mariage de M. Jacques Roger, chirurgien-dentiste, frère de M. Paul-Louis Roger, démonstrateur à l'E. D. P., avec Mlle Suzanne Fages, a été célébré à Nîmes, le 3 février 1943.

Le mariage de M. Henri Bariod, chirurgien-dentiste, avec Mlle Jacqueline Degardin, chirurgien-dentiste, membres de notre Groupement, a été célébré le 9 février 1943.

Nos félicitations et vœux de bonheur.

Naissance. — M. Ouvrard, chirurgien-dentiste, stagiaire dans le Corps enseignant de l'E. D. P., et M^{me}, ont annoncé la naissance de leur fils, Jean-Marc, le 19 janvier 1943 ; nous leur adressons nos félicitations.

Nécrologie. — M. Louis Passet, chirurgien-dentiste à Nice, nous a fait part du décès de sa mère, M^{me} Victor Passet, le 20 janvier 1943.

M^{me} Delacourt nous prie d'annoncer le décès de son mari, M. Delacourt, chirurgien-dentiste, décédé le 20 janvier 1942, à Vence (Alpes-Maritimes).

Nos sincères condoléances.

L'Administrateur-Gérant : P. LOISIER. — Autorisation S. 149.

Sec. Rév. Imp. & Pub. (Général Éclairage)

L'ODONTOLOGIE

REVUE MENSUELLE

DIRIGÉE DE 1881 A 1896 PAR PAUL DUBOIS

DE 1896 A 1932 PAR CHARLES GODON

ET DE 1923 A 1940 PAR MAURICE ROY

Secrétaire de la Rédaction, Administrateur

Pierre LOISIER

Professeur sup. à l'Ecole Dentaire de Paris

Directeur et Rédacteur en Chef

A. AUDY

Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

- Rôle du Chirurgien-Dentiste dans la Chirurgie maxillo-faciale, par le *Professeur*
Fernand Lemaitre..... 34

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

- Société d'Odontologie de Paris (*Séance du 2 février 1943*)..... 40
Société Odontologique de France (*Séance du 22 décembre 1942*)..... 41
Société de Stomatologie (*Séance du 19 janvier 1943*)..... 42

- REVUE DES LIVRES ET DES REVUES..... 43

- COMMUNIQUÉS DE LA SECTION DENTAIRE DU CONSEIL SUPÉRIEUR
DE L'ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS..... 45

- NOUVELLES..... 48

ÉDITIONS DE LA SOCIÉTÉ RÉGIONALE D'IMPRIMERIE

MAURICE DORMANN, ÉDITEUR

RÉDACTION ET ADMINISTRATION : 45, rue de la Tour-d'Auvergne, PARIS (9^e)

Compte Chèques Postaux 277.93 Paris

Téléphone : Trudaine 74-85 et 74-87

Abonnements : France.. 100 fr. par an. — Le numéro : 12 francs.

Etranger. 120 fr. par an. Pays ayant accepté une réduction de 50 % sur
les affranchissements des périodiques. Le numéro : 14 fr.

Pour les autres pays : 130 fr. par an. Le numéro : 16 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

ROLE DU CHIRURGIEN-DENTISTE DANS LA CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

Par M. le Professeur Fernand LEMAITRE.

(Conférence faite à la réunion générale des Sociétés du Groupement de l'Ecole Dentaire de Paris, le 24 novembre 1942).

Lorsque votre si sympathique Président, mon « vieil ami » le Dr AUDY, m'a demandé de vous faire aujourd'hui une conférence, j'avoue que tout d'abord j'ai hésité. Mais il est arrivé à me persuader que je devais être aujourd'hui parmi vous et je ne le regrette en rien.

Nous avons choisi comme sujet de cette causerie : *Le rôle du Chirurgien-Dentiste, rôle en chirurgie maxillo-faciale*, ou plutôt, pour limiter le sujet, en chirurgie de la face et des mâchoires, envisagé du point de vue civil.

Je sais que la question de la chirurgie maxillo-faciale de guerre est une question que vous connaissez ; hélas, vous avez eu l'occasion de vous la remémorer encore lors des événements récents. Bien que cette chirurgie me rappelle les temps héroïques où nous étions à Royat, le Dr Audy et moi, en 1915-1916, je n'en parlerai pas.

Je voudrais surtout envisager la collaboration du chirurgien-dentiste avec le chirurgien spécialisé en chirurgie faciale du temps de paix, telle qu'elle se présente.

J'ai accepté, dis-je, avec satisfaction la proposition de M. Audy et cela pour plusieurs raisons.

D'abord on ne saurait trop insister sur le rôle important, capital, du chirurgien-dentiste dans ces services civils de la tête et du cou.

Quand on envisage la collaboration du radiographe, celle du chef de laboratoire d'anatomie pathologique ou de bactériologie, on trouve la chose tellement naturelle qu'on ne concevrait pas un service sans le concours du radiographe, du bactériologiste, de l'histologiste. Par contre, la collaboration du chirurgien-dentiste n'est pas encore universellement admise. Aujourd'hui, je voudrais en quelques mots essayer de faire entrer cette notion dans les esprits ; non pas dans les vôtres, car je sais que je parle à des convaincus ; mais si cette causerie a un retentissement un peu plus lointain, j'en serai très heureux car j'aurai rendu service.

L'autre raison est d'ordre sentimental. En choisissant, dans un instant, quelques exemples qui prouveront le bien fondé de notre thèse, je vais revivre une grande partie des moments délicieux que j'ai passés avec « notre » regretté Dr CHENET.

J'ai connu Chenet avant l'autre guerre, puisque, en 1913, ou au début 1914, il a passé sa thèse sur les kystes dentaires de l'incisive latérale et que

à cette époque, je l'ai aidé de mon mieux. Il m'avait demandé quelques conseils et, déjà, nous étions très liés. Il était resté avec le Professeur Sébilleau de sorte que, en 1930, lorsque j'ai eu l'honneur de devenir titulaire de la chaire de Lariboisière, j'ai retrouvé Chenet ; depuis ce moment, nous ne nous sommes jamais quittés ; même en dehors de Lariboisière, nous avons continué de travailler ensemble. Pendant cette guerre, il était mon bras droit au point de vue prothèse maxillo-faciale ; nous avons même été ensemble faire des conférences à Sofia.

Chenet, cette très belle figure que vous avez certainement bien connue est disparu et c'est pour moi à la fois une douce et triste occasion de revivre les moments de sa vie que nous avons passés ensemble. Il devrait être ici. Un autre aussi devrait y être, peut-être à ma place, et je vous demande, si vous voulez bien, quelques instants de recueillement, en mémoire et de Chenet et de l'Autre auquel je fais allusion, de mon Fils, qui repose là-bas, en terre africaine...

..

Pour mettre un peu d'ordre dans ce que je vais présenter, j'envisagerai quelques cas cliniques concrets, et, pour cela, nous pourrions les diviser de la façon suivante :

1° Les cas où le chirurgien-dentiste est appelé par le chirurgien, pour donner son avis au point de vue diagnostic ;

2° Les cas où le chirurgien-dentiste est appelé par le chirurgien pour donner son avis au point de vue du traitement ;

3° Les cas où c'est le chirurgien-dentiste qui dépiste certaines affections pour lesquelles il demande l'avis du chirurgien.

I. — Nous nous adressons, nous chirurgiens de la face, laryngologistes, rhinologistes, aux chirurgiens-dentistes, dans des cas, je puis dire extrêmement fréquents, car il ne faut pas oublier que tout ce qui concerne les mâchoires retentit plus ou moins, mais presque à tout coup sur les dents, à moins que ce soient les dents qui soient le point de départ de l'affection. N'oublions pas qu'il existe 32 dents chez les adultes ; je ne sais plus trop combien cela fait de racines, mais chaque dent, chaque racine peut être le point de départ d'une affection de voisinage d'une affection non dentaire, mais créée par la dent.

J'estime donc que tout ce qui concerne la pathologie des mâchoires doit être envisagé sous l'angle dentaire.

Quelques exemples : Prenons le cas classique d'une sinusite maxillaire. Le problème se pose : Est-elle d'origine dentaire ou non ? Si elle l'est, comme c'est fréquent, avant que le rhinologiste fasse quoi que ce soit, il doit envoyer son malade au chirurgien-dentiste qui l'examine et qui non seulement fait un diagnostic, mais souvent le traitement en soignant ou en enlevant la dent malade. Ceci est tellement classique qu'il peut paraître inutile d'en parler ; or, je vous affirme qu'à l'heure actuelle on voit encore des malades ponctionnés, même opérés, et pour lesquels il aurait suffi d'enlever la dent responsable de la sinusite. Je vois encore non exceptionnellement des malades porteurs de « vieilles sinusites » qui traînent, que l'on ponctionne, que l'on désespère de guérir ; avant de les opérer, parfois on me les adresse, et, même ces sinusites chroniques guérissent par la simple avulsion dentaire.

Ne quittons pas la sinusite. Prenons l'exemple suivant : Une sinusite maxillaire, opérée suivant le procédé de l'angle, ou de Denker ; je choisis ce procédé car c'est celui qui intéresse le plus souvent les dents et les nerfs dentaires. Que se passe-t-il ? Si le spécialiste n'a pas adressé son opéré au chirurgien-dentiste, la dent mortifiée jaunit, s'infecte dans certains cas, et, naturellement, vous voyez les conséquences importantes qui découlent de

cette intervention non suivie du contrôle dentaire. Si au contraire, le chirurgien-dentiste alerté constate que telle ou telle dent ne réagit pas à la chaleur, que c'est une dent malade, il retire la pulpe, et la dent étant dévitalisée, on n'a plus à craindre l'infection ; les dents sont aussi solides, aussi blanches que si elles étaient vivantes.

Autre exemple qui évoque encore la mémoire de notre cher Chenet : Les fêlures dentaires. Il y a un peu plus d'un an, je vois venir à ma consultation un homme qui, depuis des mois, se plaignait de douleurs au niveau de son sinus et de sa sinusite, disait-il, douleurs qui s'irradiaient dans la face. Il avait consulté un certain nombre de spécialistes. Plusieurs avaient fait des ponctions, mais les douleurs persistaient et la sinusite était incriminée. En réalité, voyant certaines petites fêlures qui me semblaient suspectes, j'adresse le malade à Chenet qui fait le nécessaire ; il a traité les fêlures dentaires et, comme par enchantement, cet homme qui souffrait et dormait mal depuis des mois, me dit : Je suis guéri.

Dans les suppurations chroniques des maxillaires et particulièrement de la mandibule, là encore, j'ai l'habitude de demander l'avis du chirurgien-dentiste. Pourquoi ? Parce que dans certains cas, il peut rester un débris de racine ; dans d'autres cas, un petit séquestre ; dans d'autres, par contre, il n'y a plus rien de dentaire ni d'osseux. Or, si dans ce dernier cas, on fait de nouveau un curettage alvéolaire, on n'arrête pas la suppuration qui n'a plus une origine osseuse ; par contre, on provoque une infection nouvelle de l'os qui était guéri. Il faut savoir, en effet, qu'un certain nombre de ces suppurations, après avoir siégé au niveau de l'apex, après avoir intéressé le maxillaire, abandonnent votre domaine ostéo-dentaire. J'ai eu ainsi un cas qui s'est terminé d'une façon vraiment extraordinaire après avoir duré deux ans. A la suite d'une affaire de dent de sagesse, la suppuration gagnait non seulement la face, mais toute la tête ; la localisation a fini par gagner la colonne vertébrale ; il s'est fait une spondinite, à staphylocoques, réalisant le type sur lequel Sicard avait beaucoup insisté et c'est précisément dans le service de Sicard que le malade a fini ses jours. Il faut connaître cette évolution : La transformation d'une suppuration osseuse, d'origine dentaire, à anaérobies en une cellulite à staphylocoques avec septicémie possible et localisation jusque sur la colonne vertébrale.

Pour terminer, je prendrai comme exemple l'histoire des kystes dentaires. Nous, cliniciens, nous constatons les signes d'une production kystique, en particulier cette crépitation parcheminée qui est tout à fait la caractéristique du kyste dentaire. Mais cela ne suffit pas.

Première question : Est-ce un kyste paradentaire ou un kyste dentifère ? On connaît la formule générale : Si c'est un kyste paradentaire, le malade peut avoir sa denture au complet, mais il aura au moins une dent malade ; si c'est un kyste dentifère, toutes les dents pourront être saines, mais il y a une dent qui manquera, celle qu'on va retrouver dans le kyste. Il n'est pas besoin de faire appel à la compétence du chirurgien-dentiste pour cela. Mais s'il s'agit d'un kyste adamantin très gros, très volumineux, quels vont être les rapports de ce kyste avec les dents voisines ? Généralement, il est nécessaire de recourir au chirurgien-dentiste pour connaître l'état des dents et des racines avoisinant la masse kystique.

Encore un point beaucoup plus intéressant : Il existe des kystes du maxillaire supérieur, narinaux, d'origine embryonnaire ; ces kystes se développent au voisinage de l'apex, soit de l'incisive centrale, soit de la latérale. Dans ces cas, nous avons une collection liquide, avec crépitation parcheminée. Bien que ces kystes n'aient rien à voir avec les dents, au point de vue étiologie, il est indispensable de demander au chirurgien-dentiste son avis sur l'état des dents voisines.

Enfin, il existe des formations tumorales très spéciales qui donnent elles aussi de la crépitation parcheminée ; je veux parler de ces tumeurs à myélo-

plaxes qui ne sont souvent pas des sarcomes. On opère ces malades, croyant avoir affaire à un kyste et la chirurgie répond : faux kyste dentaire. Dans ces cas là, l'examen histologique précisera la nature de la néoformation, mais il est essentiel d'avoir préalablement fait examiner toute la mâchoire par le chirurgien-dentiste.

II. — J'en arrive aux cas où le chirurgien-dentiste doit être appelé en consultation, non plus pour le diagnostic, mais pour le traitement.

Il y a d'abord la mise en état de la bouche. Le chirurgien doit savoir qu'il a un gros avantage à n'opérer dans la région buccale que sur une bouche propre et non pas avec toutes ces racines infectées qui existent quelquefois, baignant dans le pus. Cela encore, est une chose tout à fait banale, mais nous avons des cas délicats. Supposons que nous ayons à traiter une tumeur qui a été irradiée ; il nous faut prendre une grave décision, en collaboration avec le chirurgien-dentiste. Le chirurgien sait en effet les dangers qu'il y a à faire une extraction sur un maxillaire irradié, car une véritable ostéo-nécrose va pouvoir se développer. Vous vous rappelez l'histoire du gardien de moutons : Il reçoit un léger coup de tête d'un de ses animaux et le maxillaire antérieurement irradié s'élimine quelques semaines après. Le traumatisme peut être insignifiant, la simple piqure d'un poil de brosse à dents. De nombreux procès ont ainsi été engagés ; la responsabilité du chirurgien-dentiste est en jeu, les malades tenant le raisonnement suivant : J'avais un maxillaire en bon état, vous m'avez enlevé une dent et voilà que je perds une partie de mon maxillaire... Nous avons donc là une décision à prendre en collaboration avec le chirurgien-dentiste.

Un mot des épulis. Je suis de ceux qui considèrent qu'en cas d'épulis il faut être très conservateur ; les épulis doivent être traités de la façon la plus simple possible, à condition qu'après avoir enlevé cette masse plus ou moins pédiculée, sans toucher à la dent, nous demandions au chirurgien-dentiste de bien vouloir s'occuper de la gencive, de ne pas oublier que c'est souvent une gingivite tartrique qui est le point de départ de cette irritation du périoste qui a déterminé l'épulis. Donc, là encore, la collaboration s'impose.

Prenons maintenant l'exemple d'une ulcération de la langue. Sur le bord de la langue il existe une petite ulcération ; quelle en est la nature ? Ulcération bacillaire ? Non, ce n'est pas très douloureux ; le sujet n'est pas bacillaire. Néoplasme au début ? Non, ce n'est pas induré ; Gomme ? Aucune raison. Par ailleurs on voit qu'il y a une dent qui vient traumatiser la langue. Il suffit alors d'un simple meulage sur cette dent pour voir, en 4 ou 5 jours, l'ulcération disparaître.

Le chirurgien-dentiste a guéri à peu de frais l'ulcération suspecte tout en posant le diagnostic.

Et les cas de trismus, les cas où la mécanothérapie est capitale ?

Je vais encore parler de Chenet et de sa pince à linge dont on ne saurait trop louer les avantages, les résultats extraordinaires. Nous ne pouvons rien contre ces trismus qui, progressivement, lentement, se referment, surtout dans les cas de myosite inflammatoire fibreuse. Nous assistons, impuissants, à la diminution de la béance inter-incisive, à moins que vous ne soyez là pour lutter contre cette rétraction des muscles par la mécanothérapie, surtout avec la pince de Chenet, qui est vraiment merveilleuse.

D'une façon générale, on peut dire que, bien souvent, la prothèse du temps de paix complète l'action du bistouri. Le bistouri est une arme qui, en quelques instants, gagne tout le terrain dont on a besoin mais qui, par la suite, en raison des rétractions qui se forment, perd progressivement le terrain gagné, à moins que la prothèse n'intervienne pour conserver ce terrain et transformer le gain temporaire du bistouri en une acquisition définitive.

Avant-hier, je voyais dans mon service une malade avec un lupus du

nez, que je m'étais décidé à détruire en totalité par l'électrocoagulation. Mais les orifices narinaux s'étaient refermés au point de gêner la respiration. Il va donc falloir rétablir la béance et, celle-ci obtenue, prendre une empreinte qui permettra de construire un appareil sur lequel la cicatrisation pourra se faire sans rétraction. Ultérieurement une prothèse définitive cachera la perte de substance.

Nous avons quelquefois à dilater un larynx sténosé ; nous pouvons, avec le bistouri, ouvrir le larynx très largement, et enlever tout le tissu fibreux qui le comble ; un moulage de la cavité sera pris avec du stents et l'appareil ainsi réalisé permettra la cicatrisation de la cavité, sans que celle-ci se comble à nouveau.

Je dois vous dire deux mots de ce que serait sans la prothèse une fracture du maxillaire avec perte de substance :

1° Elle aurait beaucoup de chance de ne pas se consolider ;

2° Si elle se consolidait, la consolidation se ferait en position vicieuse.

Je me souviens qu'en 1919, à l'hôpital brésilien de Vaugirard où j'avais été fort bien accueilli et où je faisais quelques démonstrations, les américains qui me faisaient l'honneur de venir me voir, m'avaient demandé de faire une greffe osseuse du maxillaire inférieur. J'avais un cas que j'avais mis de côté : il y avait plus de 6 mois qu'un soldat avait eu sa fracture ; je comptais sur ce cas pour faire ma démonstration, mais le prothésiste, le Dr Ponroy avait passé par là ; il avait mis un appareil qui immobilisait le maxillaire, lequel n'avait pas été immobilisé pendant les 6 mois précédents ; il n'était immobilisé que depuis le moment où il était arrivé à Vaugirard. Or, six semaines après, quand je me décidai à pratiquer la greffe, en présence des américains, la consolidation était presque complète. Ainsi ce blessé, porteur d'une pseudarthrose apparemment définitive, grâce à un appareil mis dans de mauvaises conditions — parce que tardivement — avait en moins de deux mois consolidé sa fracture, alors qu'en six mois, sans appareil, aucune ébauche de consolidation ne s'était faite.

Je ne parle pas de l'articulé qui est si important dans toutes les latérodéviation, cela est trop classique pour que j'aie besoin d'y insister.

Si la prothèse est utile après l'opération, elle l'est aussi dans certains cas avant l'opération. Quand je prévois une perte de substance au cours d'une intervention (gros néoplasme du maxillaire inférieur, un adamantinome ayant en partie détruit l'os), je demande à celui qui veut bien collaborer avec moi de prendre les empreintes. La fracture est ainsi réduite, même avant d'exister ; en tout cas, il est facile de la réduire extemporanément. Voilà un exemple de prothèse pré-opératoire.

A côté des prothèses post et pré-opératoires, il y a les prothèses faites pendant l'intervention. Le moulage au Stents, dont je parlais tout à l'heure à propos des sténoses du larynx, en est un exemple ; j'ajoute qu'on peut s'en servir pour des greffes cutanées, pour refaire un vestibule, pour tapisser la face profonde d'une pyramide nasale. Le bistouri libère le vestibule ; on place du Stents pour éviter la fermeture de la brèche ainsi créée et lorsque le Stents est solide on le recouvre d'une greffe épidermique qui est ainsi maintenue en bonne place grâce au Stents.

Enfin un mot sur la prothèse définitive. Vous savez que parfois la chirurgie a fait ce qu'elle a pu, mais il y a des échecs inévitables ! Parfois aussi la chirurgie est impossible. La prothèse définitive triomphe, elle réalise la pyramide nasale ou le pavillon de l'oreille que la chirurgie n'a pu refaire.

III. — Pour terminer, parlons des cas où le chirurgien-dentiste dépiste l'affection et appelle à son secours le chirurgien tête et cou.

Cas classique : l'insuffisance respiratoire nasale. Que de fois, c'est vous, chirurgiens-dentistes, qui mettez en garde la famille, lorsqu'on vous pré-

sente un enfant qui a une voûte ogivale et dont, manifestement, la respiration nasale est défectueuse ; c'est un cas très net où le chirurgien-dentiste, quelquefois beaucoup mieux que le médecin de médecine générale, en se basant sur des preuves anatomiques, peut dire aux parents : Cet enfant respire mal par le nez, il faut rétablir sa perméabilité nasale ou rhino-pharyngée.

Un simple mot des affections syphilitiques ou tuberculeuses que vous pouvez, que vous devez découvrir et qui, sans vous, passeraient peut-être longtemps inaperçues. Souvent le chirurgien-dentiste verra des plaques muqueuses, quelquefois une gomme. Pour la tuberculose, la chose est plus rare à moins qu'il ne s'agisse de lupus. Mais c'est surtout en cas de cancer que le chirurgien-dentiste peut rendre des services considérables.

J'ai la satisfaction, depuis le temps que j'essaie de prêcher la bonne parole, de voir les chirurgiens-dentistes, non pas des maîtres de votre Ecole, mais des praticiens qui ont fait simplement leurs études, dépister de bonne heure des tumeurs de la bouche, du pharynx et poser leur diagnostic avant même que le malade ne se plaigne, avant que le médecin de médecine générale ait pu faire le diagnostic.

Des tumeurs de la voûte palatine, des tumeurs mixtes, me sont adressées maintenant à l'hôpital d'une façon non exceptionnelle par d'anciens élèves auxquels j'ai fait de l'enseignement clinique. J'ai pu en observer ainsi de très précoces, pour lesquelles l'intervention était extrêmement simple.

Je dois vous rappeler à ce sujet certains signes très importants. Je prends l'exemple du maxillaire supérieur. Il est difficile de faire le diagnostic au début du cancer de ce sinus. Pourquoi ? Parce que le cancer se développe dans une cavité et, non seulement il ne s'extériorise pas au début, mais il ne donne aucun trouble fonctionnel, pas de douleurs, pas d'adénopathie.

Il n'est pas rare que ce cancer du sinus maxillaire qui presque toujours se localise au rebord inférieur du sinus, commence à s'extérioriser soit vers le vestibule, soit vers la dent, soit plus rarement du côté de la voûte palatine. Quand le malade est porteur d'un appareil il va trouver son chirurgien-dentiste et lui dit : Depuis quelque temps mon appareil ne tient plus très bien. Le prothésiste retouche l'appareil, le résultat est bon puis, quinze jours, trois semaines après, de nouveau l'appareil ne tient plus très bien ; le malade a tendance à incriminer le prothésiste. Que se passe-t-il ? C'est tout simplement la masse non encore visible qui refoule l'appareil, lequel n'est plus adapté. Si l'évolution se fait plus en dedans, du côté de la dent, c'est encore le chirurgien-dentiste que le malade viendra trouver parce qu'il y a quelque chose d'anormal du côté de sa dent. Il en souffre : Celle-ci remue, parfois elle est expulsée et le chirurgien-dentiste constate que son stylet pénètre dans le sinus ; parfois, des bourgeons font hernie à travers l'alvéole déshabité ; c'est alors que le chirurgien-dentiste doit s'adresser au rhinologiste.

Vous connaissez le signe de Vincent. Dans certains cas ce signe permet de découvrir une forme profonde d'épithélioma térébrant du maxillaire inférieur évoluant à bas bruits, sans douleurs, sans adénopathies.

Et le signe de Sébileau ; il ne faut pas l'oublier. Vous examinez un malade : Vous lui demandez de tirer la langue, il la tire d'un seul côté. Attention, c'est qu'il y a une amarré postérieure, peut-être un cancer au début, limité, peu visible, vers la base de la langue, du côté où la langue est déviée.

Le chirurgien-dentiste peut également dépister, le premier, certaines affections des glandes salivaires ; l'examen de l'orifice du canal de Stenon peut lui révéler une parotidite légère, de même que l'examen de l'orifice du canal de Warthon le met parfois sur la piste d'une lithiase sous-maxillaire.

CONCLUSION. — Le travail en symbiose du chirurgien-spécialiste avec le chirurgien-dentiste est indispensable à l'hôpital, en dehors de la question de prothèse, uniquement pour les affections d'ordre médical ou chirurgical, étant donné que chaque jour nous avons des renseignements à nous demander. Pour cela, il est indispensable que le chirurgien-dentiste, alors qu'il est étudiant, apprenne à examiner non pas seulement la dent comme vous lui apprenez à le faire ici, non pas seulement le maxillaire, ce qu'il connaît déjà moins bien, mais toute la cavité buccale et même la face, ce que le plus souvent il ignore.

Pour cela, il faut qu'il voit des malades, qu'on lui montre des cas cliniques, qu'on lui apprenne l'examen méthodique de la bouche et de ses annexes, au même titre que l'examen des dents. Cet enseignement, je ne demande qu'à continuer, dans mon service, à le développer puisque « servir » est un devoir surtout lorsque les temps sont durs. Je me mets à la disposition aussi bien des élèves de votre Ecole que de ceux — je m'adresse ici à Rachet — de l'Ecole d'en face avec lesquels je suis également en rapport. Nous allons donc, Rachet et moi, organiser un enseignement qui aura lieu le vendredi, à partir du mois de janvier. Ainsi pourra être complétée l'instruction du chirurgien-dentiste qui, je le sais, ne demande qu'à s'élever, à ne pas rester localisé uniquement à sa dent. Il doit, au point de vue clinique, connaître les différentes affections qu'il est appelé à rencontrer dans la pratique journalière ; il a en effet un rôle social très important à jouer dans le dépistage des cancers car, encore une fois, c'est vous, chirurgiens-dentistes qui êtes les premiers à pouvoir observer les petites ulcérations, les petites tuméfactions, les petits signes du début, à l'époque où le cancer est tout à fait curable.

Je vous remercie de m'avoir prêté votre bienveillante attention et je m'excuse d'avoir retenu un peu trop longtemps vos instants.

Je remercie également notre cher et très sympathique Président, qui m'a permis de nous rajeunir un peu, en nous rappelant les temps de Royat que nous avons vécus ensemble et que j'ai évoqués tout à l'heure.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 2 février 1943

La séance est ouverte à 20 h. 45 sous la présidence du *D^r Hulin*.

Le *Président* remercie les confrères d'être venus si nombreux et, en une vibrante allocution, fait appel au concours de leurs travaux pour l'aider à maintenir le renom de la Science Française.

Le *D^r Hulin* dit notamment : « Il n'y a pas de petits travaux, il y a l'idée provocatrice de la genèse de grands travaux. »

Après cet appel, la parole est donnée au *D^r Chigot* pour sa conférence : *Diagnostic et traitement des cancers du sinus maxillaire*.

Le *D^r Chigot* expose magistralement le diagnostic et le traitement de cette affection terrible. Après avoir donné de précieuses indications sur le diagnostic en ce qui concerne notre profession, ce qui permet de révéler parfois à temps un cancer qui s'ignorait, le *D^r Chigot* expose les traitements employés :

Traitements chirurgicaux, les différentes méthodes ;
Traitements par Curiothérapie ;
Traitements associés chirurgie-radium.

Prendent part à la discussion les *D^{rs} Bonnet-Roy* et *Hulin*.

M. Girbon remercie le *D^r Chigot* de l'aide aussi tonique que réconfortante qu'a été sa présence à l'Oflog de Munster.

M. Loisiert demande aux confrères libérés de donner à « l'Ordre » le maximum de renseignements sur les confrères prisonniers ; « l'Ordre » se faisant un premier devoir, celui de soulager leurs peines comme leurs misères.

La parole est donnée au Dr Joachim, de Bruxelles, pour sa communication : *Implantation de vis de porcelaine.*

Le temps limité ne permet pas au Dr Joachim de développer longuement sa technique ; néanmoins, l'exposé clair précis et net de cette technique, comme la présentation de modèles remarquables, laissent à penser que le Dr Joachim a marqué dans l'histoire de notre profession, une date importante.

Suit l'exposé d'un cas d'amaigrissement dû au port d'un appareil exécuté en résine synthétique altérant le pH.

Le Dr Hulin remercie chaleureusement les conférenciers et lève la séance à 22 h. 45.

Le Secrétaire Général adjoint : Jean de Beauregard.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 22 décembre 1942

Président : M. Boucher, Professeur à l'E. O.

Excusés : MM. le Professeur J. Verne et le Dr Gérard Maurel.

La séance est ouverte à 20 h. 45.

I. — Lecture du procès-verbal de la séance du 23 juin 1942. Adopté après rectification de M. Marmasse.

II. — Admission de nouveaux membres : Mlle Aubert-Champerré, MM. Monteil Georges, Chariton Armand, Prévost, Berthollet Paul, Temple François, Coudray Georges, Boudet Henri, Toucas-Massillon Pierre, Beuffe Raoul, Grandin Pierre, Gioan Edmond, Barre Jean, Lang Jean-Paul, Girbon Roger, Casalis Henri, Broutin Jean, Bron, Gesme Henri, Parent Paul, Dubois Louis-Henri, Pineet, Labarre Aimé, Richard, Naudet Jacques, Duchatelet Jean, Baland, Dr Chateau, Vaillant, Thomas René, Cecconi Ludovic, Dr Stievenart, Mmes Baron-Peyron, Rudelin, Mlle Dumant Paulette.

III. — Communication de M. Streil : *Application du bioxyde de sodium en Art Dentaire (gangrène pulpaire et fistules).*

Le bioxyde de sodium ou peroxyde de sodium est une poudre jaune très hygroscopique que l'on trouve dans le commerce en ampoules fermées de 2 cc. Il existe également en boîtes métalliques soudées moins commodes, si l'on désire bénéficier de tous les principes actifs qu'on veut en retirer, car il se forme au contact de l'humidité ambiante une décomposition qui l'altère en partie tout en lui laissant, cependant, une activité très importante sinon complète. Le but que l'on recherche dans l'application du bioxyde de sodium est la décomposition de son noyau Na_2O_2 au contact de l'humidité salivaire des canaux qui permet la dislocation suivante : $Na_2O_2 + H_2O = 2 NaOH + O$.

L'oxygène atomique est libéré brusquement à l'intérieur du canal et pénètre par l'apex dans toute la région périapicale. De ce fait, déjà, il y a stérilisation complète puisque aucun être organique ne peut vivre au contact de l'oxygène pur. Nous bénéficions, secondement, de la soude caustique (NaOH) par décomposition de la molécule Na_2O_2 qui permet un véritable lessivage. On peut la neutraliser au moyen de bicarbonate de sodium, ce qui donne : $NaOH + NaHCO_3 = Na_2CO_3 + H_2O$, soit du carbonate de sodium neutre et de l'eau.

Un troisième élément actif, c'est la déflagration due à la combinaison de bioxyde de sodium avec l'élément salive. Chaleur très vive et stérilisante. Le bioxyde de sodium demande à être manipulé avec d'extrêmes précautions (à cause, précisément, de cette déflagration) si l'on tient à obtenir les trois principes actifs énoncés, car il est très important d'isoler complètement le champ opératoire. L'application doit se faire dans une dent infectée, après l'avoir largement ouverte et laissée à l'air libre le plus longtemps possible (10-15 jours s'il le faut) pour diminuer la résistance de la colonie microbienne anaérobie. Une, deux, au maximum trois applications sont suffisantes pour pouvoir obturer le canal définitivement. Pour les fistules dentaires, même principe et même procédé. Il n'y a que des points de technique qui diffèrent.

Interpellateur. — M. Marmasse qui souligne que lorsqu'on se trouve en présence d'une lésion aiguë, il est inutile de faire un traitement médical immédiat. Il faut mettre simplement la dent à l'air (bistouri ou canal) et attendre jusqu'à ce que la lésion soit

devenue chronique, et alors seulement instituer le traitement, qui est, d'après lui, beaucoup plus facile pour les dents fistulisées. Il faut, d'ailleurs, détruire le bourgeon.

M. Marmasse nous fait part, enfin, que, dans ces cas, il emploie maintenant l'eau de Javel. Quand il employait le bioxyde, il a noté les mêmes résultats avec un bioxyde parfaitement sec ou, au contraire, hydraté.

M. Streit précise enfin qu'il recherche la déflagration pour obtenir un O croissant plus fort.

IV. — Communication de M. Marmasse, Professeur à l'Ecole Odontotechnique : *Mortifications pulpaire professionnelles chez un boulanger.*

L'auteur rapporte deux cas de mortifications pulpaire espacés de plusieurs années chez un boulanger. Les dents intéressées étaient D2 et G2. Dès l'abord, les causes paraissaient inexplicables. Après enquête et interrogatoire beaucoup plus poussés, l'auteur parvint à établir que ces mortifications étaient dues à un geste professionnel : celui de maintenir entre les dents un petit instrument métallique, nommé lame, avec lequel les boulangers trient leurs pains avant de les enfourner. C'est la répétition incessante de ce geste qui amènerait ces mortifications pulpaire.

Le Président remercie les conférenciers et la séance est levée à 21 h. 45.

Le Secrétaire des Séances : Jean Pérès.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance du 19 janvier 1943, sous la présidence du Docteur Richard.

I. — Présentation de malade

Présentation d'un cas d'atrésie du maxillaire supérieur avant traitement (Dr Château). — Il s'agit d'un enfant de quinze ans, fortement endognathe ; la voûte est ogivale et le Dr Château pense que ces déformations maxillaires ont une grosse répercussion sur la respiration du sujet ; il espère améliorer la perméabilité nasale par un traitement orthodontique conduit à l'aide d'une prothèse dont la conception lui est personnelle.

II. — Communications

Importance de l'acide ascorbique pour la dent et le paradentium (Prof. Giroud). — Le Prof. Giroud rappelle la richesse des tissus dentaires en acide ascorbique, les répercussions dentaires de la carence G ont pu servir de test pour l'étude de cette vitamine.

Les causes de la carence C sont multiples : 1° Insuffisance de l'apport alimentaire ; 2° Trouble de l'appareil digestif amenant une destruction de l'acide ascorbique dans l'intestin ; 3° Destruction de l'acide ascorbique dans l'organisme par les intoxications et les infections.

Chez l'homme les répercussions de la carence C peuvent se manifester : 1° Au moment du développement des dents. 2° Sur la dent adulte : peu d'influence sur la carie, mais action importante sur les paradentoses.

L'acide ascorbique peut agir non comme vitamine mais comme agent pharmacologique, on arrive en effet à arrêter la paradentose canine par l'acide ascorbique, alors que le chien synthétise normalement cette vitamine.

Chez l'homme, il faut employer des doses élevées : 300 mmgr. par jour pendant un temps prolongé, on préférera les injections à la voie buccale.

On associera la vitamine P et veillera à la présence dans la ration alimentaire de crudités, les oxydases thermolabiles étant nécessaires à l'utilisation de la vitamine C par l'organisme.

Traitement orthopédique des fractures sous-condyliennes (Dr Darcissac). — Le Dr Darcissac traite ces fractures à l'aide de deux gouttières métalliques munies de guides latéraux et de crochets permettant la mise en œuvre de tractions élastiques. Après avoir réduit le trismus par la pose de coins entre les arcades dentaires, l'auteur met les gouttières en place vers le 15^e jour, les tractions élastiques rétabliront l'articulé très rapidement ; on conservera ces tractions élastiques dans les jours suivants en les diminuant progressivement pour permettre des mouvements masticatoires de plus en plus libres jusqu'à la guérison.

Assemblée générale annuelle

Composition du bureau de la Société pour 1943

Président : Dr Richard ; Secrétaire général : Dr Lebourg ; Trésorier : Dr Martin ; Secrétaire des séances : Dr Géré.

Le Secrétaire des séances : Dr Géré.

REVUE DES LIVRES ET DES REVUES

LE CORPS MÉDICAL DEVANT LA MÉDECINE SOCIALE

Par Pierre THEIL,

*Médecin Inspecteur de la Santé de la Seine,
Chef de Cabinet du Secrétaire d'Etat à la Santé.*

Analyse par P. LOISIER

(J.B. Baillière et Fils)

Dans ce très remarquable ouvrage, le Dr Theil passe en revue et analyse toutes les grandes questions dont la connaissance est indispensable à l'exercice actuel et futur de quiconque pratique une branche de l'Art de guérir.

Une première partie examine l'assistance, les soins aux pensionnés de guerre, les accidents du travail et maladies professionnelles, les assurances sociales, la mutualité, la couverture du risque-maladie par les assurances privées, la médecine hospitalière et enfin le secret professionnel et la médecine de contrôle.

La seconde partie traite de la prévention, de la protection maternelle et infantile, de la prévention à l'école, de la lutte antituberculeuse, de la lutte antivénérienne, des vaccinations et de la médecine du travail.

Dans une dernière partie, le Dr Theil décrit l'organisation actuelle du Secrétariat d'Etat à la Santé, signale les lacunes que cette organisation lui semble présenter et la façon d'y remédier. Il analyse les charges sociales de la nation et l'importance de la médecine sociale dans la vie économique puis, en conclusion, il montre ce que sera — à son sens — l'exercice professionnel de demain.

Par l'autorité et la compétence de son auteur, autorité et compétence auxquelles le Dr Grasset, Secrétaire d'Etat à la Santé, rend hommage dans une belle préface, cet ouvrage constitue un document précieux pour tous les praticiens désireux de savoir où ils en sont et où ils vont.

Sans doute la plupart des sujets traités nous semblent familiers, ce sera cependant, même pour les plus avertis d'entre nous des questions sociales, une véritable surprise de voir combien nous restait à apprendre.

C'est ce dont M. Theil s'est chargé avec une clarté et une netteté telles que malgré l'aridité des questions traitées, les nombreuses statistiques et considérations techniques, son livre est d'une lecture fort attrayante.

Tous les chapitres seraient à analyser en détail. Nous préférons laisser à nos lecteurs la satisfaction d'en tirer eux-mêmes d'utiles sujets de méditation.

Certains points nous paraissent cependant mériter d'être soulignés plus particulièrement.

En étudiant le mécanisme des prestations, M. Theil montre que le fameux « tiers payant » que l'on a toujours présenté comme un épouvantail est déjà appliqué, en fait, en matière d'accidents du travail, ce qui l'amène à conclure après de judicieuses réflexions que « Le Corps Médical doit réaliser que la Médecine sociale, si elle offre pour lui des inconvénients, lui apporte aussi des avantages ; il ne doit donc pas s'obstiner à ne voir que les premiers, et à méconnaître les seconds ».

De très intéressantes considérations conduisent ensuite l'auteur à conclure que la charge de l'invalidité et de la vieillesse sera bientôt insupportable, dans un pays à faible natalité comme le nôtre, pour la population active ; que la solution « rente ou pension » ne peut continuer d'être appliquée et que seul le reclassement périodique des individus par rapport à leurs aptitudes physiques et la rééducation professionnelle constitue une solution logique.

Dans son étude des assurances sociales, la conclusion de M. Theil est aussi nette que courageuse : **socialement**, l'assurance maladie a fait **faillite**...

... Créée pour être une **assurance** (et dans « assurance » il y a « sûreté ») elle est en fait une **allocation**, laissant l'individu et la famille à découvert devant le risque.

Ce pessimisme raisonné aboutit après un exposé du budget des Caisses à laisser prévoir une faillite financière s'ajoutant à la faillite sociale.

Comme dans tout le cours de l'ouvrage, et comme cela devrait bien être dans tous les milieux, si du moins l'intelligence et la bonne foi étaient de règle, la critique n'est pas ici stérile mais aboutit à la proposition d'un remède logiquement présenté « l'abandon du petit risque en vue d'une meilleure couverture du moyen et du gros risques » avec la suppression du ticket modérateur.

Ce chapitre du livre se termine par un exposé des avantages, peut-être en effet souvent méconnus que peuvent présenter les lois sociales pour le Corps Médical, avantages que l'auteur rappelle en ces termes traitant de la prévoyance : « Le Corps Médical doit cependant réaliser que le développement de la Prévoyance constitue la meilleure sauvegarde de ses intérêts. Le coût des actes médicaux nécessités par le diagnostic et la thérapeutique moderne est tellement élevé, qu'il n'est généralement plus possible de parer aux conséquences financières de la maladie par un simple appel aux économies du ménage, comme cela se faisait autrefois ; seule la Prévoyance peut permettre de leur faire face. Son développement favorise donc les intérêts du Corps Médical, puisqu'il permet de stabiliser les honoraires à un taux normal, tandis que s'accroît par ailleurs l'appauvrissement relatif des classes moyennes par rapport au coût des soins médicaux ».

Cet avertissement revient à chaque chapitre du livre et nous ne croyons pouvoir mieux faire que de citer une partie de la conclusion : « Lorsqu'on se penche avec ardeur sur la question sociale, on sent confusément que les convulsions actuelles ne sont peut-être que les premières douleurs d'un grand enfantement, dont naîtra une structure sociale nouvelle. Au premier rang des préoccupations collectives se trouve désormais la question médicale et la nécessité de mettre l'exercice professionnel en harmonie avec les conditions actuelles. Nous demandons au Corps Médical d'y réfléchir, et de peser longuement les deux alternatives qui se présentent : ou faire évoluer la Profession et devancer l'évolution sociale, de façon à la dominer et à l'aménager dans un sens favorable aux justes intérêts des parties en présence, ou figer l'exercice professionnel dans sa forme traditionnelle, quitte à s'opposer aux forces en marche, et à ouvrir une ère de lutte dont nous ne croyons pas que les médecins puissent sortir vainqueurs. »

L'avertissement est net, il est assez grave pour mériter qu'on y réfléchisse à deux fois.

Nous devons être reconnaissants à M. Theil de nous l'avoir donné et au Dr Grassel de l'avoir présenté.

L'intérêt général prime les intérêts particuliers si respectables qu'ils puissent être et nous risquons de voir ce qui n'aura pu se faire avec nous, et en partie grâce à nous, se faire contre nous.

P. Loisier.

AVIS TRÈS IMPORTANT

En raison des gros sacrifices que les circonstances présentes imposent à notre Journal, autorisé sans publicité et privé ainsi de sa principale ressource, le Comité de Rédaction de L'ODONTOLOGIE serait reconnaissant à tous les MEMBRES DU GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS ET DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE d'une part, et aux ABONNÉS, d'autre part, de vouloir bien faire parvenir aussi rapidement que possible à la Trésorerie le montant de leur cotisation ou abonnement pour 1943, soit : 100 francs.

Nous prions instamment les Membres du Groupement qui restent débiteurs de plusieurs cotisations de faire un effort et de se mettre en règle. Nous les en remercions par avance.

Afin d'éviter les frais de recouvrement actuellement très élevés, il est recommandé de faire les envois directement soit par chèque bancaire, soit par mandat-poste ou virement au Compte Chèques Postaux : Ecole Dentaire de Paris N° 307.72.

Après le 15 avril, nous nous considérerons autorisés à faire présenter, par la Poste, les quittances majorées de 10 francs pour frais de recouvrement, à ceux qui auraient négligé cette recommandation.

Communiqués de la Section Dentaire du Conseil Supérieur de l'Ordre National des Médecins

60, Boulevard de Latour-Maubourg — Paris (7^e)

La Carte de Priorité de Produits Pharmaceutiques contingentés pour l'année 1943 sera expédiée directement à tous les Chirugiens-Dentistes, Dentistes Assimilés, étant régulièrement inscrits au Tableau Annexe de l'Ordre et sous réserve qu'ils aient payé leur cotisation d'inscription de 1943.

Les Stomatologistes inscrits au Tableau de l'Ordre des Médecins, sous cette spécialité, pourront bénéficier également de l'attribution de la Carte de Priorité sous réserve cependant qu'ils aient versé à la Section Dentaire du Conseil Départemental du département où ils exercent la cotisation afférente aux frais de gestion et d'approvisionnement de l'année 1943.

Aucune demande ni aucun versement ne doit être adressé à la Section Dentaire du Conseil Supérieur.

Il ne sera pas répondu aux demandes qui nous parviendront directement.

VALIDITÉ DES TICKETS DE LA CARTE DE PRIORITÉ DU 1^{er} SEMESTRE 1943

Les tickets du 1^{er} semestre de la Carte de Priorité 1943 seront valables jusqu'au 30 juin 1943. Passé cette date, ils ne pourront plus être honorés.

UTILISATION DE LA CARTE

Il est désirable et souhaitable que la Carte de Priorité soit remise entière à votre fournisseur habituel pour en faciliter le service et le contrôle.

La Carte de Priorité 1943 comporte quelques tickets sans affectation, en prévision d'attributions ultérieures. Il est préférable de ne pas détacher ces tickets de la carte qui sera remise entière au Fournisseur. Lorsqu'une attribution ultérieure sera faite, le Chirurgien-Dentiste demandera à son fournisseur de lui faire parvenir les produits correspondant à ces tickets.

Les tickets dont le Chirurgien-Dentiste ne désire pas recevoir le produit et qu'il aura annulés, ne pourront plus être réclamés, sous aucun prétexte.

VALEUR DES TICKETS DE LA CARTE DE PRIORITÉ DU 1^{er} SEMESTRE 1943

N ^{os}	Produits	1 ^{er} Semestre	N ^{os}	Produits	1 ^{er} Semestre
1	Ampoules de Caféine 1 cc.	12 ampoules	14	Huile de Vaseline	50 grs
2	Ampoules Huile camphrée 2 cc.	12 ampoules	15	Iodoforme	10 grs
3	Alcool bon goût à 95°	1.500 cc.	16	Lanoline	20 grs
4	Borate de Soude	50 grs	17	Oxyde de Zinc	50 grs
5	Carbonate de soude	1 kg.	18	Paraffine	100 grs
6	Cire Synthétique	300 grs	19	Nitrate d'argent	4 grs
7	Colophane	80 grs	20	Soufre	40 grs
8	Crésyl	100 grs	21	Sans affectation	
9	Glycérine	25 grs	22	Tanin à l'éther	5 grs
10	Alcool bon goût 95°	1.500 cc.	23	Teinture d'iode	50 cc.
11	Sans affectation		24	Vaseline	40 grs
12	Gomme Sandarac	100 grs	25	Coton Hydrophile Chirurgical	1 kg.
13	Sans affectation		26	Sans affectation	

EXPOSÉ ET SOLUTION D'UN INCIDENT A LA SECTION DENTAIRE DU CONSEIL SUPÉRIEUR

Nous donnons communication des lettres ci-dessous reproduites. Pour éviter toute polémique, il a été décidé que ces lettres seront publiées sans commentaires.

Paris, le 20 décembre 1942.

*Le Docteur BÉLIARD, Médecin-Stomatologiste honoraire des Hôpitaux,
à Monsieur le Secrétaire d'Etat à la Santé Publique,
Monsieur le Ministre,*

J'ai l'honneur de me faire, auprès de vous, l'interprète de l'émotion qu'a soulevé chez les Médecins-Stomatologistes, le discours prononcé le 28 novembre dernier par Monsieur le Docteur HULIN, Président de la Section Dentaire du Conseil Supérieur de l'Ordre Na-

tional des Médecins, à l'occasion d'une manifestation destinée à commémorer la création du titre de Chirurgien-Dentiste.

Ce discours a été distribué aux Sections dentaires départementales et publié dans L'Information Dentaire du 15 décembre, ce qui lui vaut une grande diffusion. Il n'apporte peut-être que les vues de son auteur... mais il ne saurait pourtant engager sa seule personnalité, car le Docteur HULIN ne manque pas, dans ses développements, de faire état de sa fonction, ni de mettre en cause la Section Dentaire du Conseil Supérieur elle-même.

En tant que Membre de cette Section, je regrette que le Docteur HULIN ait apporté le poids d'une autorité que lui vaut sa fonction pour prétendre au caractère artisanal de la Profession dentaire, pour formuler des allégations blessantes à l'endroit des Médecins-Stomatologistes français, pour suggérer la création d'une Faculté dentaire et d'un doctorat en chirurgie dentaire et pour préméditer de retirer sa personnalité à la Stomatologie, en proposant de la confondre avec l'oto-rhino-laryngologie dans le cadre de la grande chirurgie, ce qui aboutirait à la faire disparaître comme spécialité médicale qualifiée.

Personnellement je considère que la Profession dentaire — communément exercée par les Médecins Stomatologistes et par les chirurgiens-dentistes — doit être tout entière intégrée dans « l'art de guérir » et relever des seules disciplines médicales. Je suis donc, sur ce plan, en opposition avec le Docteur HULIN qui voudrait l'autonomie de cette profession, c'est-à-dire son isolement de la médecine et qui recherche de faire réserver son exercice aux seuls chirurgiens-dentistes.

Je crois qu'il importe que les intéressés aient connaissance de cet antagonisme et ceci commande que je prenne une attitude qui n'autorise aucune équivoque. Si je m'absténais de protester auprès de vous, Monsieur le Ministre, dans ces graves circonstances, ma passivité prendrait la valeur d'un assentiment et tout mon passé de dévouement à la cause stomatologique s'en trouverait renié.

N'ayant aucun autre moyen de marquer mon sentiment personnel que de me retirer de la SECTION DENTAIRE DU CONSEIL SUPÉRIEUR, j'ai l'honneur de vous demander, Monsieur le Ministre, de bien vouloir me relever de mes fonctions et d'accepter ma démission.

Je fais connaître ma décision à Monsieur le Président du Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins et au Président de la Section dentaire dudit Conseil.

Je vous prie, Monsieur le Ministre, d'agréer l'expression de mes sentiments de respectueux dévouement.

Signé : D^r BÉLIARD.

SECRÉTARIAT D'ÉTAT A LA SANTÉ PUBLIQUE

A Monsieur le D^r BÉLIARD,

Paris, le 18 janvier 1943.

7, rue de Tilsitt.

Monsieur et cher Confrère,

J'ai l'honneur de vous accuser réception de votre lettre du 20 décembre 1942, par laquelle vous me faites connaître votre décision de quitter la Section Dentaire du Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins, à laquelle vous appartenez.

J'ai le regret de porter à votre connaissance que je ne peux actuellement accéder à votre désir. Mon prédécesseur vous avait, en effet, désigné pour représenter les Médecins Stomatologistes au sein de la Corporation dentaire, tâche que vous avez toujours remplie avec beaucoup de compétence et de dévouement.

D'autre part, je compte à très brève échéance faire entrer en application la loi du 10 septembre 1942, et procéder ainsi à la réorganisation, sur des bases nouvelles, des Corporations de la Santé Publique.

J'ai donc besoin du concours entier de tous, et plus particulièrement du vôtre, comme étant celui de la personnalité la plus qualifiée pour assurer la délicate représentation des Médecins-Stomatologistes dans la Corporation Sanitaire.

Je dois ajouter que les déclarations de Monsieur le Président de la Section Dentaire du Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins n'auront pas la portée que vous redoutez, car je demeure seul l'arbitre des thèses ou peuvent s'opposer des défenseurs également zélés.

En ce qui concerne le point particulier de la réforme des études dentaires, je vous confirme que cette réforme sera prochainement mise en chantier. Son étude sera confiée à une Commission technique, non encore constituée, mais dans laquelle les Stomatologistes se verront confier une représentation digne de leur haute compétence et de leurs qualités professionnelles.

Je vous demande donc, en conséquence, de bien vouloir continuer, jusqu'à l'entrée en vigueur de la loi du 10 septembre 1942 qui suivra l'intervention des élections, la tâche que vous avez remplie avec tant de dévouement depuis un an.

Veuillez agréer, Monsieur et cher Confrère, l'expression de mes sentiments de haute considération.

Signé : D^r GRASSET.

Le Docteur BÉLIARD,
à Monsieur le Secrétaire d'Etat à la Santé Publique.

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous accuser réception de votre réponse à ma lettre du 20 décembre dernier.

Les assurances verbales qui m'ont été données — tant par vous-même que par Monsieur le Président de la Section Dentaire du Conseil Supérieur de l'Ordre National des Médecins — que les lettres que nous avons échangées seront publiées, me font espérer que l'opinion professionnelle sera assez éclairée maintenant pour que ma position dans le débat qui s'est ouvert, au lendemain de la publication du discours du Docteur HULIN, soit désormais sans équivoque.

Dans ces conditions, j'ai le devoir, Monsieur le Ministre, de m'incliner devant votre décision. Je considère avec vous que l'incident est clos et, dès ce soir, je reprendrai ma place dans la Section Dentaire du Conseil Supérieur de l'Ordre, pour y remplir la mission que vous voulez bien m'assigner.

Je vous prie, Monsieur le Ministre, de bien vouloir agréer la respectueuse assurance de mon entier dévouement.

Signé : D^r BÉLIARD.

Paris, le 3 février 1943.

Monsieur le Docteur HULIN, Président de la Section Dentaire du Conseil Supérieur de l'Ordre National des Médecins,
à Monsieur le Secrétaire d'Etat à la Santé Publique.

Monsieur le Ministre,

J'ai bien reçu votre envoi contenant la copie des lettres suivantes :

- de la lettre de démission motivée de Monsieur le D^r BÉLIARD ;
- de votre lettre en réponse à Monsieur le Docteur BÉLIARD ;
- de l'accusé de réception de Monsieur le Docteur BÉLIARD à votre lettre.

Je tiens à vous dire, Monsieur le Ministre, combien je suis satisfait de la solution heureuse que vous avez bien voulu provoquer, qui nous permet de conserver parmi nous un homme de haute valeur et un collègue courtois. Cette solution m'est d'autant plus agréable que j'en ai été l'un des artisans.

Avant de clore cet incident qui se termine à la satisfaction de tous, je tiens toutefois, Monsieur le Ministre, à faire ressortir les points suivants suggérés par la lettre de démission de Monsieur le Docteur BÉLIARD :

1^o Que je suis parfaitement en droit de considérer comme étant dans les attributions de la Section Dentaire du Conseil Supérieur de discuter sur le sujet de mon discours du Cinquantenaire, et ceci en raison de l'article 12 de la loi du 10 septembre 1942. Ce sujet intéressant « la défense des intérêts corporatifs et les problèmes intéressant la Santé Publique ».

A plus forte raison, suis-je en droit d'exposer MON OPINION PERSONNELLE sans équivoque possible sur les dits problèmes ;

2^o J'ai dit qu'il fallait conserver, entre autre, à la profession dentaire ce qu'elle a d'artisanal, parce que j'attribue à ce caractère une valeur capitale dans la lutte et l'empiétement d'éléments exerçant illégalement l'art dentaire ou travaillant aux frontières de l'illégalité qui ne tarderaient pas à mettre à profit cet abandon (témoins les statistiques de l'étranger) ;

3^o Je n'ai formulé aucune allégation blessante à l'endroit des Médecins-Stomatologistes français ayant fait des études spéciales, mais j'ai formulé des observations judicieuses à l'encontre des médecins de médecine générale exerçant l'art dentaire sans l'avoir appris ;

4^o Que Monsieur BÉLIARD est parfaitement en droit d'exposer et d'avoir sa conception sur l'évolution de la profession dentaire et qu'il est de notoriété publique qu'il ne partage pas la mienne. Je crois qu'il n'y a pas là un antagonisme, mais seulement « différence d'opinions ».

Ceci dit, je reste, comme vous-même, Monsieur le Ministre, convaincu que toutes les conceptions sur ce sujet, librement exposées, serviront à établir le statut futur de la Profession Dentaire au mieux des Intérêts majeurs de la Santé Publique.

Désireux d'éviter toute polémique, je me borne à donner ces quelques explications complémentaires pour la clarté de ce débat et l'information complète de nos confrères, ces lettres devant être publiées.

Avant de terminer, je tiens, Monsieur le Ministre, à vous remercier, pour la bienveillance avec laquelle vous avez bien voulu solutionner cet incident.

Je profite de l'occasion qui m'est ainsi offerte pour vous remercier, au nom des 9.000 chirurgiens-dentistes, pour la compréhension et les solutions heureuses et rapides dont vous avez bien voulu faire montre et que vous avez apportées à l'égard des problèmes qui vous étaient soumis et considérés comme vitaux pour leur Profession.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, mes salutations respectueuses et l'expression de mon entier dévouement.

Signé : Docteur HULIN.

NOUVELLES

La Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Lyon nous informe que le Dr Pont ayant désiré abandonner toute activité à l'Ecole Dentaire de Lyon, le Conseil d'administration a été composé comme suit :

MM. Dr Duclos, *Président et Directeur* ; L. Grenier, *Vice-Président et Directeur-adjoint* ; Dr Bouchard, *Directeur du Dispensaire* ; Gouttenoire, *2^e Vice-Président* ; Chassignol, *Secrétaire général* ; Roure-Jourdain, *Secrétaire des Séances* ; F. Durif, *Trésorier* ; S. Crepier, *Econome-Bibliothécaire* ; Dr J. Quintero, *Conserveur du Musée*.

Membres : MM. Dr Pont, Dr Vignard, Dr Thévenot, Dr Ch. Freidel, Mazet, Millet, Ducros, Dumont, Dr Gignoux, Dr Noël, Reboullet, Dr Trillat, Dr Couture.

Les Sports à l'Ecole Dentaire de Paris. — L'activité du groupe sportif de notre Ecole ne fait que s'accroître. Des résultats excellents sont obtenus qui viennent couronner les efforts constants des étudiants, fort bien dirigés par leur conseiller technique, M. Marguerite.

En Cross-country, plusieurs des nôtres ont disputé récemment le Championnat de Paris. Nous avons le plaisir de trouver parmi les cinq premiers classés, deux de nos camarades, exploit qui n'avait été réalisé par aucun Etablissement depuis de longues années. Lavaud enleva la seconde place et Carleron la cinquième. Ce dernier, rappelons-le, a gagné le dernier challenge du Nombre de *L'Auto* et nous sommes sûrs qu'avec Lavaud l'Ecole sera brillamment représentée au Championnat de France, le 21 mars.

D'autre part, notre équipe de Basket qui a disputé la Coupe P. Rolland a battu l'Ecole Odontotechnique. Un match de retour aura lieu très bientôt. En ce qui concerne la Coupe Daligault, faisons confiance à nos footballeurs qui ont maintes fois fait preuve de leurs qualités.

Signalons que les équipes parisiennes finalistes de ces challenges interdentaires se rendront à Rennes au début d'avril, et remercions bien vivement de leur générosité le Dr P. Rolland et M. Daligault, grâce auxquels ce déplacement pourra avoir lieu.

En tennis, nos meilleurs joueurs se préparent en vue de la Coupe Laly. Nous ne doutons pas que Bonnefoy, qui est classé, Conort, Robert et Bigot défendront ardemment les couleurs de l'Ecole.

L'activité de nos camarades s'étend encore à bien d'autres sports sur lesquels nous reviendrons une autre fois.

J. Huard.

Mariages. — Le mariage de M. Pierre Bacave, chirurgien-dentiste, ancien élève de l'E. D. P., avec Mlle Cécile de Joannis, a été célébré à Paris, le 2 février 1943.

Le mariage de M. Jean Gardeur avec Mlle Jacqueline Delcourt, tous deux élèves à l'E. D. P., a été célébré à Enghien-les-Bains, le 6 février 1943.

Nos félicitations et vœux de bonheur.

On nous communique. — A VENDRE : Cabinet dentaire, matériel très bon état, tenu depuis 11 ans, bonne clientèle, bien situé ; prix intéressant. — Ecrire : M. Quefféleant, 17, avenue Général-Michel-Bizot, Paris (12^e).

L'Administrateur-Gérant : P. LOISIER. — Autorisation S. 149.

Soc. Rés. Imp. & Pub. (Dernière Édition)

L'ODONTOLOGIE

REVUE MENSUELLE

DIRIGÉE DE 1881 A 1896 PAR PAUL DUBOIS
DE 1896 A 1932 PAR CHARLES GODON
ET DE 1923 A 1940 PAR MAURICE ROY

Secrétaire de la Rédaction, Administrateur
Pierre LOISIER
Professeur sup. à l'Ecole Dentaire de Paris

Directeur et Rédacteur en Chef
A. AUDY
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

- Des rapports anatomiques du canal dentaire et des dents du maxillaire inférieur avec la pathologie bucco-dentaire, par *M. R. Dubois-Prévost*..... 50
Etude succincte physique, chimique et mécanique d'un alliage ternaire quelconque or, argent, platine, par *P. Marrel*..... 56

REVUE DES LIVRES ET DES REVUES..... 59

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

- Société d'Odontologie de Paris (*Séance du 2 mars 1943*)..... 61
Société Odontologique de France (*Séance du 23 février 1943*)..... 61
Société de Stomatologie (*Séance du 16 février 1943*)..... 62

COMMUNIQUÉS DE LA SECTION DENTAIRE DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS..... 62

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Société d'Odontologie de Paris et Société d'Orthopédie dento-faciale..... 63

NÉCROLOGIE..... 64

NOUVELLES..... 64

ÉDITIONS DE LA SOCIÉTÉ RÉGIONALE D'IMPRIMERIE
MAURICE DORMANN, ÉDITEUR

RÉDACTION ET ADMINISTRATION : 45, rue de la Tour-d'Auvergne, PARIS (9^e)
Compte Chèques Postaux 277.93 Paris Téléphone : Trudaine 74-86 et 74-87

Abonnements : France.. 100 fr. par an. — Le numéro : 12 francs.
Etranger. 120 fr. par an. Pays ayant accepté une réduction de 50 % sur les affranchissements des périodiques. Le numéro : 14 fr.
Pour les autres pays : 130 fr. par an. Le numéro : 16 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

DES RAPPORTS ANATOMIQUES DU CANAL DENTAIRE ET DES DENTS DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR AVEC LA PATHOLOGIE BUCCO-DENTAIRE

Par M. R. DUBOIS-PRÉVOST,

611 314.014

Professeur suppléant à l'Ecole Dentaire de Paris.

(Communication faite à la Société d'Odontologie de Paris, le 15 décembre 1942).

Le sujet que je vais avoir l'honneur de traiter pour vous ce soir, a déjà fait l'objet de différentes communications. L'une des plus remarquables est due à M. le Professeur E. Olivier et concerne l'anatomie du canal dentaire inférieur et de son nerf chez l'adulte.

J'ai d'autre part lu avec le plus grand intérêt le mémoire original publié par M. le Dr Henri Rodier dans la *Revue de Stomatologie* en 1920, et concernant les dents traversées ou sillonnées par le nerf dentaire inférieur.

Personnellement, je vais surtout vous parler des rapports anatomiques du canal dentaire et des dents du maxillaire inférieur avec la pathologie bucco-dentaire.

Avant d'aborder l'étude de ces rapports, rappelons quelques détails d'anatomie.

Si nous observons un os maxillaire inférieur, nous constatons que le canal dentaire qui y chemine présente deux orifices : l'orifice d'entrée que M. le Professeur E. Olivier appelle « fente mandibulaire », siège sur la face interne de la branche montante, au niveau de l'épine de Spix, bien connue de nous.

Cette fente mandibulaire est creusée dans l'os, présente des bords arrondis et a une forme générale comparable à une petite gouttière osseuse. Elle est située dans le prolongement du rebord alvéolaire, en général, à une égale distance du bord postérieur et du bord antérieur de la branche montante, et à égale distance du bord inférieur du maxillaire, et de l'échancrure sigmoïde.

En conséquence, nous pouvons dire que cette fente mandibulaire est centralisée sur la face interne de la branche montante. Cependant, il y a des variations, mais elles sont peu sensibles et nous pouvons, quant à nous, retenir cette disposition.

L'orifice de sortie ou « trou mentonnier » présente un siège beaucoup plus variable. Pourquoi ? Parce que ce trou mentonnier varie en rapport avec l'âge, c'est-à-dire de la situation des dents au cours de leur formation, soit par rapport aux follicules, aux dents temporaires, et enfin aux dents permanentes.

Nous pouvons en règle générale, admettre que chez l'adulte, le trou mentonnier se trouve situé à égale distance du bord alvéolaire et du bord inférieur du maxillaire, il siège un peu au-dessous de l'extrémité radicu-

laire de la 2^e prémolaire. En principe, la situation du trou mentonnier par rapport au collet des racines est sensiblement constante et égale à 20 mm. ; la distance du trou mentonnier à la symphyse est en moyenne de 24 mm., avec des variantes de 20 à 28 mm.

A la naissance, le canal dentaire inférieur se trouve situé au niveau du bord basilaire de l'os. A 13 ans, il est un peu plus haut, au-dessus de l'axe de la branche horizontale du maxillaire. Chez l'adulte, il est séparé par une épaisseur variable de tissu osseux, des extrémités radiculaires. Chez le vieillard édenté, le canal dentaire inférieur avoisine le rebord supérieur de l'os.

Le canal dentaire inférieur, lorsqu'il est bien individualisé présente une paroi osseuse nette, et chemine dans le corps et la branche montante de l'os maxillaire. Sa direction générale est facile à réduire, il a un orifice d'entrée, face interne, et un orifice de sortie, face externe. Il croise donc en X la direction générale de l'os.

Une autre particularité : ce canal présente une courbe à grande concavité antérieure, et enfin, un segment horizontal, tendant à l'ascension au trou mentonnier.

Dans les 2/3 des cas, lorsque le canal dentaire est bien individualisé, le paquet vasculo-nerveux qui le pénètre et qui y chemine est représenté par une artère dentaire, un nerf, contenus dans une gaine commune. Dans ce cas, le nerf dentaire inférieur parcourt le canal en donnant des filets dentaires et des filets gingivaux en regard de chaque racine et s'épanouit à partir du trou mentonnier en deux branches terminales, le nerf incisif, et le nerf mentonnier. Il en est de même pour l'artère.

Dans 1/3 des cas, lorsque le canal dentaire est mal individualisé, la division du nerf se fait avant sa pénétration dans la fente mandibulaire, c'est-à-dire que nous avons tout de suite ses branches terminales, à savoir un nerf dental et un nerf mentonnier. Le nerf mentonnier parcourt le canal dentaire de bout en bout sans donner naissance à aucune branche et ressort par le trou mentonnier. Le nerf dental s'étale en plexus, et fournit tous les nerfs dentaires de la 3^e molaire à l'incisive centrale, ainsi que les filets gingivaux. Dans ce cas, il n'y a donc pas de nerf incisif proprement dit.

Le nerf dental ne s'anastomose jamais avec celui du côté opposé. De même, M. le Professeur Olivier n'a jamais pu suivre le nerf incisif au delà de la ligne médiane.

L'artère dentaire inférieure irrigue toutes les dents, ses ramifications dentaires suivent le même chemin que les filets nerveux.

Voici pour le contenu du canal dentaire inférieur.

Etudions maintenant la structure du maxillaire inférieur si bien mise en évidence par les travaux du regretté Dr Ruppe.

Le maxillaire inférieur est constitué d'un tissu osseux lâche, au sein duquel chemine le canal dentaire inférieur lorsque celui-ci est bien individualisé, et où sont logées les racines des dents. Ce tissu osseux est limité par des parois de tissu compact. Il est à remarquer que le tissu osseux lâche n'est pas limité seulement à la branche horizontale de l'os, mais se poursuit au moins jusqu'aux 2/3 de la hauteur de la branche montante.

Les alvéoles où siègent les racines dentaires doivent leur morphologie, à la présence de ces racines, desquelles elles sont séparées par des lames limitantes de tissu compact.

Si nous examinons des coupes de maxillaire, nous constatons d'avant en arrière, que les racines des incisives centrale et latérale, canine, et de la

première prémolaire, sont plus proches de la table osseuse externe que de la table osseuse interne. Par contre, on peut admettre que la 2^e prémolaire est à égale distance de la table externe et de la table interne. Pour la série molaire, les trois monophysaires sont graduellement plus rapprochés de la table interne. De là, à tirer des conséquences intéressant la pathologie, il n'y a qu'un pas.

Je n'ai pas, dans cet exposé, à indiquer l'aspect clinique des troubles physio-pathologiques, provenant d'affections bucco-dentaires, mais à vous parler de leurs plans d'extériorisation anatomique. Les conséquences de la disposition anatomique du canal dentaire et des dents du maxillaire inférieur, dans les manifestations pathologiques bucco-dentaires sont en général les suivantes : Dans le cas des complications profondes d'une mono-arthrite apicale suppurée, le canal dentaire et son contenu sont intéressés par la marche de l'infection. De là, un signe capital peut apparaître, c'est le signe de Vincent, c'est-à-dire anesthésie tégumentaire correspondant à tout le territoire d'innervation du mentonnier (peau du menton et d'une partie de la lèvre, muqueuse). Ceci dans les accidents qui commencent à revêtir un certain caractère de gravité.

Dans les cas de processus tumoraux, selon que cette tumeur sera bénigne ou maligne, nous aurons un caractère différentiel important à retenir.

Dans les tumeurs bénignes, il y aura refoulement du contenu du canal dentaire, mais celui-ci ne sera pas lésé. Dans le cas de tumeur maligne, le contenu du canal dentaire est non seulement refoulé, mais infiltré et détruit. De là, toute une série de symptômes, de faits cliniques, qui permettront de fixer la valeur du processus pathologique (radiographie, valeur topographique, diagnostique et pronostique, c'est la signature de la malignité).

Le canal dentaire peut donc éventuellement servir de guide à l'infection et favoriser l'installation d'une véritable médullite au sein du tissu osseux (Lemaître).

Voici donc les points essentiels de la pathologie en rapport avec l'anatomie du canal dentaire inférieur. La fréquence de ces accidents est également liée à la situation de la dent causale ; en effet, plus cette dent est postérieure, plus les relations de ses racines avec le canal dentaire inférieur sont étroites.

Dans les cas normaux, la cloison osseuse qui sépare les racines du canal dentaire inférieur présente une épaisseur de :

- 6 mm. au niveau de la dent de sagesse ;
- 7 mm. au niveau de la dent de 12 ans ;
- 8 mm. au niveau de la dent de 6 ans ;
- 9 mm. au niveau de la 2^e prémolaire.

Par conséquent, plus la dent causale sera postérieure, plus nous aurons de raisons de penser que le canal dentaire peut-être intéressé par le processus de propagation de l'infection.

En réalité, doit-on attacher un rôle de premier plan à cette possibilité de propagation de l'infection, par suite des rapports anatomiques ? Nous ne le pensons pas ; mais, cependant sans que ce rôle soit primordial il est important à retenir parce que lorsque le canal dentaire inférieur est intéressé, le processus pathologique peut être grave, même très grave.

Il est plus usuel pour nous de considérer les rapports anatomiques de la dent de sagesse et du canal dentaire inférieur, parce que plus courants pour notre pratique journalière, les autres cas étant heureusement exceptionnels.

Je ne puis aborder avec intérêt l'étude des conséquences pathologiques bucco-dentaires en rapport avec les dispositions anatomiques de la dent de sagesse et du canal dentaire, sans parler de l'embryologie de cette dent.

La dent de sagesse est avec ses sœurs, la dent de 12 ans et celle de 6 ans, issue d'un cordon dentaire commun. Cette particularité embryologique fait que les follicules des trois monophysaires s'échelonnent dans la profondeur du tissu embryonnaire, c'est-à-dire dans l'arc maxillaire de l'enfant.

Examinons ensemble, l'évolution variable de chacune de ces dents :

La dent de 6 ans dont le germe va apparaître au 6^e mois de la vie intra-utérine, va faire éruption 7 ans après.

La dent de 12 ans dont le germe apparaît dans les 3 mois qui suivent la naissance, fera éruption 12 ans après.

Enfin, la dent de sagesse dont le germe apparaît au cours de la 4^e année après la naissance fera éruption 20 ans après en moyenne.

De ces observations il résulte que la dent de sagesse apparaît très postérieurement aux autres, et on serait tenté de croire que la nature va oublier de nous en faire don.

En fait, nous nous trouvons en présence de trois dents qui sont la signature d'une succession embryologique de trois dentitions progressivement régressives.

La dent de sagesse est donc inconstante. Nous sommes encore dans une période de transition, mais il est certain qu'au cours de l'évolution de l'espèce, elle disparaîtra complètement.

Ces facteurs embryologiques expliquent la fréquence des troubles accompagnant l'évolution et l'éruption de cette dent, troubles en rapport également, avec la phylogénèse de l'arc mandibulaire.

Sur le plan anatomique, il est fréquent de rencontrer des dents de sagesse dont les racines présentent de nombreuses anomalies de forme et de direction. Ces formes radiculaires anormales témoignent des difficultés rencontrées par la dent pour arriver au terme de son éruption. L'éruption de la dent de sagesse est précédée de celle de la dent de 6 ans et de la dent de 12 ans, sa migration devient conditionnelle. Pour évoluer, la dent de sagesse doit initialement redresser son obliquité folliculaire. Normalement, pour arriver à destination sur l'arcade, elle doit suivre la voie prédestinée représentée par le conduit épithélial conjonctif jubernaculaire. Le plus souvent, la disproportion entre la longueur de l'arc osseux et de l'arc alvéolaire, la formation du bourrelet muqueux font que la dent de sagesse rencontre la face distale de la dent de 12 ans, avant d'avoir pu redresser son obliquité initiale, et que sa couronne reste bloquée dans cette position. Sa migration coronaire se trouve paralysée.

Cependant l'organe moteur assurant l'éruption de cette dent est représenté par l'accroissement et la calcification de ses tissus radiculaires, au niveau d'une base d'incidence confondue avec le fond osseux alvéolaire, ce qui a pour conséquence, dans les cas normaux, l'élévation de la couronne.

Lorsque celle-ci, comme nous venons de le voir, se trouve bloquée contre la face distale de la dent de 12 ans, la formation radiculaire se poursuit alors en profondeur et les rapports topographiques se trouvent modifiés, les racines rencontrent le canal dentaire et son contenu, le contournent latéralement ou l'englobent.

Je vais vous confier des films radiographiques témoignant de ces rapports anormaux de la dent de sagesse avec le canal dentaire. D'autre part,

je puis vous montrer des dents sillonnées au niveau de leurs extrémités radiculaires, portant en creux l'empreinte du canal dentaire, soit latéralement, soit au niveau d'un apex déformé, l'une ou l'autre racine ou les deux à la fois pouvant être atteintes de ces déformations. En plus de mes observations personnelles, j'ai cru devoir vous communiquer une observation particulièrement intéressante, publiée en 1920 dans la *Revue de Stomatologie*, par le Dr Henri Rodier. Il s'agit d'une dent extraite par M. Pascal Dubois et ayant déjà fait l'objet d'une communication de notre confrère dans les *Bulletins et Mémoires de la S. O. F.*, n° 1 (1913). Au cours de l'intervention pratiquée par M. Pascal Dubois, celui-ci déclare avoir eu la sensation que cette dent de sagesse était retenue dans son alvéole par une sorte de cordon fibreux qui devait la traverser. En soulevant la dent, il eut à vaincre une résistance élastique assez sensible. La dent était traversée par le contenu vasculo nerveux du canal dentaire inférieur.

Voici la description anatomique faite à cette époque par notre confrère : cette dent de sagesse présentait trois racines, les deux racines postérieures incurvées formaient à elles deux, une gouttière qui limitait la partie supérieure et les deux faces latérales d'un canal. Cette gouttière était continuée en avant dans la racine antérieure par un trou à l'emporte-pièce qui formait à lui seul le canal dentaire...

M. Pascal Dubois ne formule aucune hypothèse sur la pathogénie des faits signalés dans son observation. Comme l'a remarqué M. le Dr Rodier, la dent extraite par M. Pascal Dubois comporte à elle seule les deux variétés d'anomalies rencontrées sur ces dents de sagesse, c'est-à-dire racine antérieure traversée complètement, racine postérieure simplement sillonnée. N'ayant pas rencontré de dent aussi typique, j'ai cru bon d'emprunter cette observation à ces deux auteurs.

Je partage les conclusions de M. le Dr Rodier lorsqu'il estime que toutes ces anomalies anatomiques paraissent explicables par des phénomènes purement mécaniques, mais je désire vous donner un aperçu des phénomènes réglant leur histogénèse.

L'épithélium interne est la dernière strate constituante de l'organe épithélial qui conserve le plus longtemps les caractères épithéliaux.

La dent a fait éruption, son évolution semble apparemment terminée, que cet épithélium subsiste encore au niveau de la racine et subsistera jusqu'à calcification complète de celle-ci par fermeture de l'apex ; à ce moment, seulement, la transformation conjonctive de cet épithélium sera complète, cette transformation aura commencé au niveau de la partie coronaire pour se poursuivre progressivement jusqu'à l'extrémité radiculaire et cela en rapport avec la chronologie de l'éruption et de la calcification de la dent considérée.

La transformation conjonctive de cet épithélium étant effective, son rôle se poursuit en contribuant à former le ligament inter-dento-maxillaire en attendant qu'une première calcification péri-radulaire ne produise sous l'influence des cémentoblastes ou ostéoblastes venus des parois osseuses alvéolaires, la première couche de ciment.

La partie coronaire de cet épithélium a initialement subi la transformation conjonctive avant éruption de la couronne, et nous pensons qu'il est partie constituante de la cuticule de Nasmyth.

Dans le cas particulier de la calcification et de l'évolution de la dent de sagesse, nous pensons trouver un argument en faveur de notre conception,

prêtant à l'organe épithélial et particulièrement à son épithélium interne, un rôle matriciel.

Normalement la dent de sagesse, comme les autres dents ne devrait pas présenter, au moment de l'éruption, un apex calcifié. Par suite du manque de place éventuel et de la présence d'un os plus dense, l'éruption de cette dent devient très lente, et elle ne constitue plus un phénomène d'ensemble. La calcification complète de cette dent est assurée bien avant que l'éruption ne soit terminée.

Pour que cette calcification s'achève, les racines se sont normalement allongées et normalement la couronne aurait dû s'élever. Mais le plus souvent, cette couronne est bloquée en malposition contre la face distale de la 2^e molaire. Comme nous l'avons vu précédemment, dans ce cas les racines s'allongent en progressant vers la profondeur et rencontrent le canal dentaire inférieur.

C'est là où devient évident le rôle matriciel de l'épithélium. Il est le guide morphologique de cette calcification. L'épithélium contourne l'obstacle représenté par le canal dentaire, et comme il lui est impossible de modifier la situation de la partie calcifiée de la dent, il s'invagine, se moule autour du canal dentaire, jusqu'à épuisement de la potentialité évolutive de ses cellules.

A cette période s'opère la calcification de la substance fondamentale, et ce faisant, apparaît l'orifice circulaire constaté sur la racine mésiale de la dent ayant fait l'objet de l'observation de M. Pascal Dubois. Si la racine distale de cette dent n'offre qu'une échancrure, c'est parce que cette racine se trouvait plus éloignée du canal dentaire et que la potentialité évolutive de l'épithélium s'est épuisée avant que les deux divisions radiculaires amorcées n'aient eu le temps de se rejoindre et d'opérer leur fusion avant calcification.

En conclusion : les rapports anatomiques de la dent de sagesse et du canal dentaire inférieur peuvent être anormaux. Aussi, ne jamais pratiquer l'extraction de cette dent, même complètement évoluée, sans examiner sur le film radiographique, ces rapports.

En cas de doute, informer le malade des possibilités de lésion du dentaire inférieur.

Ce qui importe dans la lésion du contenu vasculo-nerveux du canal dentaire inférieur, ce n'est pas la déchirure de l'artère, bien qu'elle puisse donner lieu à une forte hémorragie, mais c'est la section du nerf dentaire inférieur qui provoque une anesthésie sous-commissurale, si bien que le malade se mord la lèvre sans s'en rendre compte, et éprouve une anesthésie tégumentaire qui ne cède qu'au bout de quelques mois et souvent de façon imparfaite. D'autre part, la déchirure de l'artère et la section du nerf dentaire inférieur entraînent la mortification de toutes les dents de l'hémi-maxillaire intéressé. Fait extrêmement important du point de vue dentaire, car pour une dent, tissu vivant, ce qui compte, ce qui maintient sa physiologie normale, c'est la pulpe.

ÉTUDE SUCCINCTE PHYSIQUE, CHIMIQUE ET MÉCANIQUE D'UN ALLIAGE TERNAIRE QUELCONQUE, OR, ARGENT, PLATINE

Par P. MARREL,
Chirurgien-Dentiste D. F. M. P.

616 314 × 155

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le 5 janvier 1943)

Je vais m'efforcer de traiter très brièvement ce sujet pour vous donner des indications sommaires sur des alliages dignes d'intéresser l'art dentaire.

Voici la définition d'un alliage. — En général, c'est une combinaison ou un mélange de plusieurs corps ou éléments chimiques déterminés ; il peut y avoir deux, trois corps ou même davantage. Dans un alliage vous avez donc des mélanges et des combinaisons définies en proportions très variables. Ainsi, vous pouvez, par exemple, avoir un alliage comportant un mélange de plomb et d'étain ; à côté de cela, vous avez un autre alliage qui peut contenir une combinaison définie de plomb et d'étain dans un excès de l'un ou de l'autre de ces constituants.

Considérons deux cas seulement.

Dans le premier cas, lorsqu'on a un mélange de deux corps, on a ce qu'on appelle des cristaux mixtes, c'est-à-dire que par la métallographie, on met en évidence la présence de cristaux de plomb à côté de cristaux d'étain constituant cet alliage.

Dans le cas où il y a des combinaisons définies dans un mélange, on ne peut mettre en évidence par la métallographie séparément l'un ou l'autre des constituants.

Nous allons étudier succinctement trois alliages quelconques d'or, d'argent et de platine ; je vous parlerai de ceux susceptibles d'être utilisés en art dentaire.

Comment analyser chimiquement un alliage d'or, d'argent et platine ? Il faut lui faire subir différentes préparations. Supposons que nous ayons des débris constitués par un tel mélange, dans lequel se trouvent ces trois métaux ; il faut le fondre dans une atmosphère réductrice de préférence, de telle sorte qu'il ne puisse subir une oxydation, mais plutôt une réduction, pour obtenir l'alliage principalement exempt d'oxydes.

Dans un alliage or-platine, cela n'a aucune importance, aucun de ces métaux n'étant oxydable dans les conditions ordinaires. Pour en faire l'analyse chimique on le traite par l'eau régale, mais il est préférable de rassembler l'alliage dans un creuset où il est fondu avec une petite quantité de borax pour dissoudre les impuretés qui pourraient s'y trouver. Lorsque vous avez obtenu un globule parfaitement homogène de ces mélanges, vous lui faites subir l'attaque chimique par l'eau régale, mélange d'acide azotique et d'acide chlorhydrique en proportions déterminées. Vous prenez en général l'acide azotique dont la formule est NO_3H et l'acide chlorhydrique HCL

purs. L'acide chlorhydrique réagissant sur l'acide azotique donne de l'eau, plus des molécules de chlore et du chlorure de nitrosyle suivant $\text{NO}_3\text{H} + 3\text{HCL} = 2\text{H}_2\text{O} + \text{CL}_2 + \text{NOCL}$. L'argent se trouve converti à l'état de chlorure d'argent, le platine à l'état de tétrachlorure de platine, et l'or à l'état de trichlorure d'or.

Lorsque par des traitements chimiques appropriés vous avez les trois constituants séparés les uns des autres, vous pouvez reconstituer vos alliages. Dans un alliage on peut considérer sa couleur, sa dureté, sa ténacité, sa ductilité et enfin sa malléabilité.

Nous avons eu notre mélange puis, nous avons eu nos trois métaux séparés : argent d'une part, platine, or d'autre part. Comment reconstitue-t-on les alliages ? On les reconstitue toujours de telle sorte qu'ils se trouvent placés en atmosphère réductrice.

Nous allons étudier chacun des alliages particuliers, d'abord un alliage or-platine, ensuite un alliage platine-argent, finalement un alliage argent-or. De la sorte, après avoir étudié chacun des alliages binaires, nous saurons dans quelle proportion faire varier la somme des constituants pour avoir un alliage ternaire donnant satisfaction.

L'or et l'argent sont miscibles en toute proportion vous obtenez toujours des cristaux mixtes. Les alliages d'or et d'argent sont connus depuis la plus haute antiquité. La dureté, la couleur de cet alliage est variable suivant la proportion d'argent et d'or. Lorsque la proportion d'argent arrive à être assez élevée la couleur de l'or disparaît.

Les alliages jusqu'à 90 % d'or conservent leur couleur jaune, mais, entre 80 et 70 % la couleur passe du jaune très pâle au vert. Au-dessous de 70 % la couleur de l'alliage est parfaitement blanc. Donc, il suffit seulement de 30 % d'argent dans l'or pour que l'alliage soit parfaitement blanc. La dureté est fonction de la teneur en argent ; ce dernier est plus dur que l'or. Plus la teneur en argent sera élevée, plus l'alliage sera dur ; si elle est trop élevée, les alliages peuvent s'aigrir dans certaines conditions de recuits, c'est-à-dire devenir fragiles. La meilleure proportion est de 1/3 d'argent pour 2/3 d'or.

La ténacité est variable suivant la teneur en argent ; plus il y a d'argent, plus le métal est tenace. La ténacité est maxima lorsqu'il y a 20 % d'argent. Quant à la ductilité et à la malléabilité les alliages de ces métaux sont très malléables et très ductiles.

Passons maintenant aux alliages or et platine. Ceux-ci sont différents ; la miscibilité est beaucoup plus difficile en ce sens que ces deux métaux ne sont pas miscibles en toutes proportions dans les conditions ordinaires comme les alliages d'argent et d'or. En général, la diffusion maxima du platine est de 25 % dans un alliage d'or solide, c'est-à-dire qu'il y a 75 % d'or et 25 % de platine dans l'alliage solide, tandis que la miscibilité du platine dans l'or solide atteint 75 à 85 %.

Il y a deux choses à considérer quand on fait un alliage d'or et de platine, il y a excès de l'un ou l'autre des constituants. Lorsque la diffusion n'est pas totale, il y a des conglomerats où il se forme des cristaux mixtes et par ailleurs un excédent de platine ou un excédent d'or.

Passons au troisième alliage platine-argent. La diffusion du platine dans l'argent solide est maxima jusqu'à 50 % d'argent ; celle du platine est bien plus élevée et atteint de 81 à 100 %. Ainsi lorsque vous employez

une masse d'argent déterminée fondue avec du platine solide, elle se diffuse plus facilement dans le platine que le platine dans l'argent solide.

Considérons ces différents alliages ; la couleur de l'alliage or-platine est en général jaune pâle si la proportion du platine ne dépasse pas 7 % ; si elle augmente, la couleur de l'or disparaît et l'alliage devient blanc. Plus la quantité de platine est considérable, plus l'alliage est dur. En général, la dureté est maxima pour 35 % de platine en poids. La ténacité est également fonction du platine ; plus cette proportion de platine est élevée, plus l'alliage est tenace. La ductilité et la malléabilité sont fonction de la teneur en platine. Plus la proportion de platine est élevée, plus la malléabilité et la ductilité de l'alliage diminuent.

La dureté maximum des alliages platine-argent est de 81 % de platine. Quant à la couleur, elle n'est aucunement modifiée. Le platine étant un métal gris-blanc, l'argent un métal blanc.

Pour la ductilité, au delà de 18 % de platine l'alliage est déjà moins ductile. Pour la malléabilité on a constaté que, quelles que soient les proportions d'argent dans le platine, il n'y avait pas de modification sensible.

Considérant trois alliages ternaires argent-platine-or, nous avons d'une part :

Platine 3 — Argent 17 — Or 80 ;

d'autre part : Platine 1,5 — Argent 8 — Or 90,5 ;

enfin : Platine 5 — Argent 38 — Or 57.

Le premier a une couleur jaune très pâle ; c'est un alliage assez dur, d'une grande ténacité, ductile, mais aussi malléable. Nous l'employons pour la confection des crochets, barres linguales, barres palatines, éperons.

L'autre alliage a une couleur également jaune ; il offre l'avantage de contenir une proportion de platine moins grande, c'est-à-dire d'avoir une dureté plus faible. Sa ténacité reste sensiblement la même que le précédent. Quant à sa ductilité, elle est plus grande, étant donné que la proportion d'or est plus élevée et que l'or est le plus ductile des trois constituants. La malléabilité est plus grande que celle du précédent.

Le troisième alliage est très dur pour deux raisons, parce que la proportion de platine est la plus élevée des trois constituants ; c'est un alliage très tenace puisqu'il contient une proportion d'argent assez grande, et la proportion de platine reste toujours élevée. Il est beaucoup moins ductile et beaucoup moins malléable que le précédent. Malgré tout, avec des recuits, il est très facile à travailler.

REVUE DES LIVRES ET DES REVUES

LEBOURG (L.). — **La dent jaune cadmique.** — A propos de l'intoxication chronique professionnelle par le cadmium.

A propos de récents travaux sur le retentissement osseux de l'imprégnation professionnelle par le cadmium, l'auteur rapporte les constatations qu'il a faites, dans une usine d'accumulateurs sur les dents des ouvriers maniant dans certaines conditions ce métal.

M. Lebourg a noté une coloration jaune particulière, disposée en bande, sur les dents des ouvriers maniant des cuves chaudes d'hydroxyde de cadmium et restant exposés pendant des heures au-dessus des vapeurs qui s'en dégagent, ainsi que sur les dents de ceux qui préparaient le métal pur en le fondant. L'intensité de la coloration variait entre le jaune orangé et le marron ; elle était plus accusée du côté du collet et sur les dents antérieures allant en dégradant vers les molaires. Cette coloration disposée en bande sur la moitié ou le tiers cervical des couronnes laissait toujours une portion d'émail normal du côté du bord libre. Elle était très adhérente, résistante au grattoir et ne s'accompagnait d'aucune altération gingivale.

Cette coloration jaune des dents est certainement due à l'apport direct dans la cavité buccale du cadmium ou de son hydroxyde contenu dans les impuretés de l'air. Elle est due à la formation du sulfure au contact du sulfocyanate de la salive, la teinte étant d'autant plus foncée que le milieu de précipitation est plus alcalin.

Aucun des ouvriers ayant cette coloration des dents ne présentait de trouble apparent, pas même de gingivite et leur formule sanguine était normale. L'auteur ignore si l'intoxication cadmique existe en dehors de toute coloration anormale des dents, mais il est certain que lorsque celle-ci existe, elle apporte la preuve de l'absorption chronique du cadmium. Son aspect caractéristique ne prête à aucune confusion. Elle peut donc apporter un élément utile au diagnostic.

P. V.

FRIEZ (M. P.). — **Métabolisme du calcium.** — Notions actuelles. — (*Revue de Stomatologie*, Paris, septembre 1942).

Dans cet article, Friez présente la question du métabolisme du calcium d'une façon précise et fort brillante, et nous sommes certains que sa lecture *in extenso* intéressera tous les praticiens. Nous ne pouvons ici que présenter la composition de cette étude qui en montrera tout l'intérêt.

Le calcium est un élément indispensable à la vie qui entre à deux taux variables dans la constitution de tous les tissus vivants. Il est à peine besoin d'insister sur le rôle prépondérant et pour ainsi dire évident que joue ce métal et ses sels (phosphates, carbonates, fluorures, etc., etc...) dans la formation des tissus de soutien et des tissus dentaires. Chez un homme normal moyen le squelette représente environ sept kilos, soit le dixième du poids du corps et un kilo de calcium métal.

Mais à côté de ce rôle statique, il joue un rôle humoral très important. Rappelons brièvement les fonctions si diverses de cet élément dans les phénomènes physiologiques d'excitation neuro-musculaire et d'équilibre ionique des humeurs, dans la coagulation sanguine et dans les phénomènes pathologiques des chocs anaphylactiques ainsi que dans divers troubles de nutrition des téguments (certains exzemas). Enfin, dans le cancer, on a cru voir dans le rapport CA/K un élément d'influence sur la prolifération cellulaire maligne.

Il apparaît de plus en plus aujourd'hui que le calcium circulant humoral et le calcium d'apparence fixe (squelette, dents) sont en équilibre biologique constant et que, comme l'a dit Leriche, le calcium organique est en perpétuel circuit.

Très schématiquement et pour simplifier le problème on peut donc dire que le métabolisme du calcium pose trois questions principales :

1° L'absorption calcique à partir de l'alimentation et son assimilation aboutissant au stockage dans les tissus calcifiés proprement dits (os et dents) ;
 2° Le mouvement interne, humoral de ce calcium ainsi mis en réserve ;
 3° L'élimination du calcium.
 L'ensemble de ces trois points aboutit à la question des bilans calciques.
 Dans son étude, l'auteur développe ces trois points et en fait un exposé très intéressant.
 P. V.

BOISSIER et BOULAND. — **Formulaire thérapeutique odonto-stomatologique.** — Edité à Paris, 1942. — Expansion Scientifique Française, 23, rue du Cherche-Midi.

M. Budin a entièrement remanié et mis au point cette nouvelle édition du Formulaire Thérapeutique Odonto-Stomatologique ou tout en conservant la présentation de la classification établie par les auteurs, il a enrichi l'ouvrage des découvertes récentes et supprimé tout ce qui pouvait paraître suranné aux temps actuels.

Dans la première partie, consacrée à la Pharmacologie, on y trouve tout ce qui a trait aux sulfamides (Etude de ces corps et applications en art dentaire). Les nouveaux hypnotiques et l'analgésie de base y sont de même très bien présentés et étudiés.

Au chapitre des agents physiques, l'électrothérapie, les agents biologiques, la vaccinothérapie, méritent une mention spéciale.

Enfin, cette édition présente une nomenclature des spécialités utilisées en odontostomatologie avec leurs indications thérapeutiques.

Cet ouvrage, vraiment moderne, rendra service à tous, étudiants et praticiens.
 P. V.

ANTONIO DEL BUSTO. — **Un médicament pour conserver la vitalité de la pulpe** (*Anales Espanoles de Odontostomatologia*, septembre 1942).

L'auteur signalant l'importance des foyers d'infection dentaire et les dangers qu'ils présentent, conseille les traitements « conservateurs » permettant d'éviter la dévitalisation. Il recommande une scrupuleuse propreté de la cavité et l'emploi de la préparation « Dentinoid » de Buckley (qui, contenant du calcium en proportion semblable à la dentine, n'est pas conductrice et dont le pouvoir microbicide, loin d'avoir une action irritante, stimule les cellules odontoplastes). Ce traitement conservateur a donné, entre les mains de l'auteur, 80 % de succès.

MARIANO VICENTE Y CARCELLAR. — **Modifications calciques, troubles dentaires et gestation** (*Anales Espanoles de Odontostomatologia*, septembre 1942).

L'auteur résume ses observations en quatre formules :

a) Les femmes jeunes parviennent à leur première grossesse sans avoir reçu les soins dentaires nécessaires ; b) la grossesse exerce indiscutablement une action aggravante sur le développement des caries dentaires ; c) la bouche constitue, dans ces conditions, un foyer septique activé ; d) chaque grossesse aggrave la situation ; e) les soins s'imposent à chaque nouvelle grossesse. Il faut soigner les dents pendant la grossesse (et non attendre après l'accouchement) et pendant l'allaitement.

Le tabac et la bouche. — Editorial (*Anales Espanoles de Odontostomatologia*, septembre 1942).

Faisant remarquer que le tabac est une des choses dont ne pourrait plus se passer l'humanité et que la « question du tabac » constitue actuellement un problème palpitant dans de nombreux pays, les avantages et les inconvénients de son usage sont rapidement passés en revue.

Le pouvoir bactéricide du tabac, de sa fumée, est indéniable et l'excitation de la sécrétion salivaire a une action heureuse sur l'état de la denture. Par contre la fumée a, incontestablement, une action irritante marquée sur la muqueuse buccale. Le cancer des fumeurs ne serait pas dû à la seule action du tabac mais aussi à la chaleur répétée sur une même zone. Les tabacs blonds sont les plus nocifs.
 A. B.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 2 mars 1943

La séance est ouverte à 20 h. 30, sous la présidence du *D^r Hulin*.

Grâce à l'obligeance de M. Viborel, le discothèque du Ministère de la Santé Publique met à la disposition de la Société d'Odontologie, deux films sonores réalisés par le Professeur Roger Leroux.

Le premier a trait à l'hygiène corporelle et en montre les bienfaits au point de vue santé.

Le second, ayant pour sujet la Tuberculose, sa cause et ses lésions, après avoir rendu hommage aux travaux de Laënnec, Villemain et Koch, fait le point de cette importante question à l'aide de schémas très clairs et de belles images.

Par suite de l'absence du second conférencier, le *D^r Thoris*, le *D^r Hulin* prend la parole, et, après avoir montré les travaux importants réalisés par la Section Dentaire du Conseil Supérieur, fait part de ses projets pour l'avenir.

Il compte développer considérablement les œuvres de solidarité professionnelle : aide aux confrères prisonniers et à leurs familles, secours aux confrères sinistrés ou âgés.

Le *D^r Hulin* fait ensuite un rapide exposé de la thérapeutique du clapier pyorrhéique ; au cours de la discussion, le *D^r Roy* décrit un procédé personnel pour la suppression des culs-de-sac, en appliquant durant une période d'un mois un petit coin de gutta-percha.

La séance est levée à 22 heures 45.

Le Secrétaire Général : D^r Laurian.

Des séances scientifiques et des démonstrations pratiques d'Orthopédie dento-faciale auront lieu les *mardi 4 mai 1943*, à 20 h. 45 ; *mercredi 5 mai*, à 10 h. et 14 h. et *jeudi 6 mai*, à 15 h., à l'**ECOLE DENTAIRE DE PARIS**, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris (9^e), sous l'égide de la **SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS ET DE LA SOCIÉTÉ D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE**.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 23 février 1943

La séance est ouverte à 20 h. 50, sous la présidence de *M. Marcel Vabois*, Professeur à l'Ecole Odontotechnique.

I. — *M. E. Lormée*, Chef de clinique à l'Ecole Odontotechnique : *Présentation d'un type de fiche clinique*.

M. E. Lormée nous présente une méthode personnelle qui permet, sur un schéma de fiche dentaire, d'enregistrer très rapidement, à l'aide de signes conventionnels, tous les diagnostics de la pathologie dentaire et leurs traitements. La classification des caries est classique. Les complications sont notées avec précision et d'une façon brève. Les traitements et obturations radiculaires sont mentionnés à leur juste valeur. La pathologie générale intéressant l'odontologie peut aussi être enregistrée. Ainsi cette méthode présente un double intérêt : 1^o l'emploi de signes conventionnels permet un gain de temps appréciable ; 2^o l'observation du malade par sa précision présente un intérêt scientifique quant aux conséquences des diverses méthodes de traitements employées. Un seul coup d'œil sur le schéma permet d'avoir présente toute l'observation bucco-dentaire du malade.

L'auteur fait passer des projections qu'il explique.

II. — *D^r Marc Maroger, Médecin anesthésiste : Anesthésie et analgésie en chirurgie dentaire.*

L'Anesthésie générale a été pratiquement abandonnée par les dentistes au profit des anesthésies locales et loco régionales. Elle présente pourtant certaines indications. Trois problèmes doivent retenir l'attention : administration difficile (anesthésies par inhalation), risque d'absorption intra-bronchique (toutes anesthésies générales), perturbations de la physiologie respiratoire. L'emploi de différentes techniques peut, suivant le cas considéré, pallier aux inconvénients précités. Une seule résout entièrement ce triple problème : c'est l'intubation intra-trachéale : champ opératoire dégagé, arbre respiratoire à l'abri de toute infection ou obstruction, échanges respiratoires normaux. Il faudra réserver cette technique, souvent longue ou difficile, aux opérations importantes.

L'Analgésie donne bien des déboires, principalement, l'auto-analgésie. La réussite de l'Anesthésie ou de l'Analgésie dépendra toujours d'une coopération intelligente entre le dentiste et le médecin.

Interpellateurs : MM. Boucher, Lasne-Sauvigny, Gérard Maurel et Rohrer.

Le Président remercie les conférenciers et la séance est levée à 22 heures.

Le Secrétaire des Séances : J. Pérès.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance du 16 février 1943, consacrée à des présentations de malades dans le Service du D^r Raison, à l'Hôtel-Dieu.

- 1^o D^r Mollaret, Raison, Friez. — A propos d'un cas d'ostéopathie cranio-faciale.
- 2^o D^r Chateau. — Traitement d'un cas d'atrésie maxillaire avec palais ogival.
- 3^o D^r Raison, Friez, Bretey. — Un cas d'infection primitive tuberculeuse à début alvéolaire par le bacille bovin.
- 4^o D^r Cernéa. — Un cas d'adamantinome odontoplastique.
- 5^o D^r Raison. — Un cas de dent de sagesse incluse dans la branche montante.

Communiqués de la Section Dentaire du Conseil Supérieur de l'Ordre National des Médecins

60, Boulevard de Latour-Maubourg — Paris (7^e)

CARTES DE PRIORITÉ 1943 — PREMIER SEMESTRE

Rectificatif à notre précédent communiqué

I. — COTON CHIRURGICAL.

Notre précédent communiqué vous précisait que les tickets 25 de la carte de priorité du 1^{er} semestre 1943 étaient valorisés pour 1 kilo de coton hydrophile chirurgical. Le Comité d'Organisation de l'Industrie et du Commerce des Produits Pharmaceutiques vient de modifier l'affectation du ticket 25 comme suit :

— Ticket 25 : au lieu de 1 kilo de coton hydrophile chirurgical, ce ticket vaudra 500 grammes de coton hydrophile chirurgical en paquet.

— Les tickets 21 et 26, primitivement sans affectation, auront une valeur chacun de 250 grammes de coton hydrophile chirurgical à prendre au choix, soit en paquet, soit en rouleaux anti-salivaires.

II. — ROULEAUX DE COTON ANTI-SALIVAIRES.

Les Chirugiens-Dentistes peuvent s'approvisionner indifféremment en rouleaux de coton anti-salivaires chez leur pharmacien ou chez les négociants en fournitures dentaires. Ils sont donc autorisés, en ce dernier cas, à détacher de leur carte de priorité les tickets 21 et 26.

D'autre part, nous vous rappelons que la vente de la ouate de cellulose est actuellement libre, par conséquent restent libres la fabrication et la vente des rouleaux anti-salivaires préparés avec ce produit.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS ET SOCIÉTÉ D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

SÉANCES SCIENTIFIQUES ET DÉMONSTRATIONS PRATIQUES D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

Du 4 au 6 mai, à l'Ecole Dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.

PROGRAMME

Mardi 4 mai 1943, à 20 h. 45 précises :

D^r Quintero, de Lyon. — Diagnostic et traitement des canines incluses.

D^r de Nèvezé. — 1^o Stabilisation des appareils d'Orthodontie et de Prothèse ;
2^o Observation de traitement précoce.

Mercredi 5 mai, à 10 heures :

Diagnostic et traitement d'une dysmorphose compliquée, présentés spécialement par des confrères du Cours de perfectionnement pour les praticiens non spécialisés.

A 14 heures : Communications.

Jeudi 6 mai, à 10 heures :

1^o Présentation d'enfants du Service de Prophylaxie et de traitement odonto-orthodontique. — M. Besombes, chef de service, Mlle Delarbre, Mlle Deschamps et M. Beck, chefs de clinique.

2^o Intervention sous anesthésie générale. L'anesthésie générale chez les enfants. — D^r Amiot, chef de service ; MM. Collaret et Monet, chefs de clinique.

A 14 heures : Démonstrations pratiques. Présentation de plusieurs séries de résultats orthopédiques ayant trait à la prophylaxie.

Sous la présidence de M. le D^r Hulin ; MM. Beauregardt, Beck, Bergé, de Bordeaux ; Besombes, Brun, le Comité National d'Hygiène Dentaire, Decelle, Duncombe fils, Eissendeck, Housset, Liskenne, Milcent, D^r de Nèvezé, D^r Quintero, de Lyon ; Mme Vieu-Udenstock, M. Henri Villain, présenteront leurs travaux.

NÉCROLOGIE

Amedeo GOIA

C'est avec un grand chagrin que j'ai appris, très tardivement en raison des circonstances, la mort, survenue le 12 janvier 1942, de mon grand et fidèle ami, Amedeo Goia, de Turin, secrétaire adjoint de la Fédération Dentaire Internationale, un des plus éminents et des plus actifs représentants de l'Italie à la Fédération.

Goia était un esprit libéral, particulièrement éclairé et son profond attachement à son pays n'obscurcissait pas son altruisme élevé et le respect des autres nationalités ; aussi, outre le rôle très important qu'il a joué dans l'organisation de la profession dentaire en Italie, a-t-il tenu une place éminente dans la F. D. I. où il avait acquis l'estime et l'affection de tous. C'était un grand ami de la France ; il avait fait ses études à l'Ecole Dentaire de Paris d'où il était sorti D. E. D. P. en 1912. Il avait tenu à ce que son fils, le D^r Henrico Goia vint lui aussi conquérir le diplôme de notre Ecole à laquelle Goia était toujours resté profondément attaché.

Il était, je crois, Commandeur de la Couronne d'Italie ; l'Ecole Dentaire de Paris avait été heureuse de le faire nommer Officier d'Académie et cela avait été pour lui une très vive joie lorsque je lui avais remis l'insigne de cette distinction à Zurich, en 1939, à la session de la F. D. I., dernière fois où je l'ai vu.

La mort prématurée de cet excellent et si digne confrère, qui a grandement honoré la profession, sera apprise avec peine par tous ceux qui l'ont connu ; pour moi, qui avait noué avec lui des liens d'une étroite amitié, elle me cause un très vif chagrin et c'est le cœur profondément attristé que, au nom de l'Ecole Dentaire de Paris, de la Fédération Dentaire Internationale, et en mon nom personnel, j'adresse à sa famille, si cruellement éprouvée, l'expression de nos vifs regrets et de notre douloureuse sympathie et mes sentiments d'affectueuses condoléances.

D^r M. Roy.

Julien HOUDIÉ

J'ai le regret d'annoncer le décès d'un de nos plus anciens et dévoués confrères toulousains, Julien Houdié. Originaire de Saint-Pierre, Ile de la Réunion, où il était né en 1864, il avait fait ses études à l'Ecole Dentaire de Paris, en même temps que moi, et il en sortit diplômé en 1888. Après avoir été assez longtemps opérateur chez un des professeurs de l'Ecole, Heidé, qui l'estimait beaucoup, il se fixa à Toulouse où il exerça une quarantaine d'années. Praticien estimé, homme droit et consciencieux, je tiens à rendre hommage à sa mémoire qui restera chère à ses nombreux amis.

D^r J. Chemin.

NOUVELLES

COMMUNIQUÉ DU SECRÉTARIAT D'ÉTAT A LA SANTÉ

Allocations familiales. — Les membres des professions médicales, travailleurs indépendants (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, etc...), âgés de plus de 70 ans seront dorénavant exonérés, sur leur demande, des cotisations de compensation au titre des allocations familiales, à la condition qu'ils justifient que leur revenu professionnel a été inférieur à 50.000 francs au cours de l'année précédente.

Cette mesure prendra effet rétroactivement à dater du 1^{er} janvier 1943.

Pour les adhérents, atteignant en cours de semestre l'âge de 70 ans, elle s'appliquera à partir du semestre suivant celui au cours duquel cet âge aura été atteint.

Les Sports à l'Ecole Dentaire de Paris. — En cross comme dans tous les sports notre Ecole compte d'excellents athlètes ; malheureusement certains oublient trop souvent qu'il faut en toutes circonstances être prêt à défendre les couleurs de son club. Ainsi, au Championnat de France qui se disputa le 21 mars, *Carleron* fit une belle course et se classa fort honorablement. Par contre, son co-équipier *Lavaud* crut bon de s'abstenir ; nous comptons pourtant sur lui et nous pouvions espérer qu'il accomplirait une performance intéressante.

En football, la Coupe Daligault continue de se dérouler avec des fortunes diverses entre l'Ecole Odontotechnique et l'Ecole Dentaire de Paris ; le match aller a permis à nos camarades de remporter une nette victoire (6 à 1) mais, le match retour se termina sur le score 2 à 1 en faveur de l'équipe adverse. Signalons que les finalistes se rendront en Mai à Rennes.

Pour le Basket, les éliminatoires parisiennes de la Coupe Rolland ont été enlevées de haute lutte par notre équipe avec les scores significatifs de 31 à 10 (match aller) et 27 à 27 (match retour). Nos basketteurs ont obtenu toute cette saison des résultats satisfaisants ; puissent leur cohésion et leur ardeur servir d'exemple à beaucoup de nos sportifs ; espérons que le déplacement qu'ils feront à Rennes, grâce au D^r Rolland, leur apportera de nouveaux lauriers.

En natation on annonce la très prochaine Coupe S. S. White, que l'Ecole Odontotechnique ravit l'an passé et pour laquelle nos meilleurs nageurs, dont *Fayolle* et *Trinquecoste*, pourront faire preuve de leurs excellentes qualités.

En tennis, la Coupe Laly a opposé récemment notre équipe à celle de l'Ecole Odontotechnique ; notre victoire fut très nette et assez facile puisque les nôtres remportèrent la Coupe par cinq victoires à zéro.

Quant à l'athlétisme, il prend une place de plus en plus grande dans notre activité sportive et avec les beaux jours qui reviennent, l'entraînement en plein air va pouvoir reprendre très bientôt.

J. Huard.

Naissance. — M. et M^{me} Moulin, chirurgiens-dentistes à Etel (Morbihan), membres de notre Groupement, nous ont annoncé la naissance de leur fille Monique, le 15 mars 1943. Nos félicitations.

L'Administrateur-Gérant : P. LOISIER. — Autorisation S. 149.

Sec. Ré. Imp. & Pub. (Commun. Étampes)

L'ODONTOLOGIE

REVUE MENSUELLE

DIRIGÉE DE 1881 A 1896 PAR PAUL DUBOIS

DE 1896 A 1932 PAR CHARLES GODON

ET DE 1923 A 1940 PAR MAURICE ROY

Secrétaire de la Rédaction, Administrateur
Pierre LOISIER

Professeur sup. à l'Ecole Dentaire de Paris

Directeur et Rédacteur en Chef
A. AUDY

Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

- Diagnostic et Traitement des cancers du sinus maxillaire, par le *D^r Chigot*..... 66
Interprétation des accidents connus sous le nom de syphilis du bourgeon incisif,
par le *Professeur X.-J. Dubecq*..... 74
REVUE DES LIVRES ET DES REVUES..... 76

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

- Société d'Odontologie de Paris (*Séance du 6 avril 1943*)..... 77
Société Odontologique de France (*Séance du 23 mars 1943*)..... 77
Société de Stomatologie..... 78

- COMMUNIQUÉS DE LA SECTION DENTAIRE DU CONSEIL SUPÉRIEUR
DE L'ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS..... 79
NOUVELLES 80

ÉDITIONS DE LA SOCIÉTÉ RÉGIONALE D'IMPRIMERIE
MAURICE DORMANN, ÉDITEURRÉDACTION ET ADMINISTRATION : 45, rue de la Tour-d'Auvergne, PARIS (9^e)
Compte Chèques Postaux 277.93 Paris Téléphone : Trudaine 74-86 et 74-87

Abonnements : France.. 100 fr. par an. — Le numéro : 12 francs.
Etranger. 120 fr. par an. Pays ayant accepté une réduction de 50 % sur
les affranchissements des périodiques. Le numéro : 14 fr.
Pour les autres pays : 130 fr. par an. Le numéro : 16 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES CANCERS DU SINUS MAXILLAIRE

Par le Dr CHIGOT,

Ex-Chef de Clinique, Prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris,
le 2 février 1943). 616.716.1_006

Avant de prendre la parole sur le sujet de ce soir, je voudrais rappeler la première conférence que j'ai faite devant un public de dentistes : c'était à Munster, à l'Oflag VD. Nous avions organisé, en faisant ces conférences, ce qui devint plus tard les universités de camp. J'avais traité devant mes compagnons de captivité un sujet d'anatomie.

Je ne peux pas, ce soir, prendre la parole sans évoquer les camarades qui sont restés là-bas et qui ont le lourd devoir et l'honneur de soigner les prisonniers français, et qui attendent le retour, grâce à cette relève encore problématique pour laquelle, pourtant, nous travaillons tant.

Avec quelques camarades de captivité que j'aperçois dans la salle avec vous tous, j'adresse un salut très ému à tous les camarades dentistes que nous avons laissés dans les camps.

Le sujet qui m'amène aujourd'hui est un cancer. Malgré l'espèce de répugnance qu'on peut avoir pour les cancers de la face, il faut savoir s'y atteler, s'y accrocher. On est peu récompensé, il est vrai, puisque les résultats que nous obtenons dans les meilleures conditions sont, si l'on s'en tient aux chiffres statistiques, assez peu encourageants. Mais quand on a vu de ces malades qui étaient porteurs de tumeurs véritablement monstrueuses, qui après 4 ans, 5 ans, reviennent avec une guérison complète au point qu'on envisage quelquefois des opérations esthétiques secondaires, on ne pense plus à tous ceux qu'on a perdus et on a la satisfaction d'en avoir sauvé un de temps en temps.

Ceci dit, l'étude des cancers du sinus maxillaire comprend toutes les tumeurs malignes qui atteignent le sinus maxillaire et sa paroi osseuse. La plus grande partie sont des cancers, c'est-à-dire qu'ils se développent aux dépens de la muqueuse ; au contraire, le sarcome, tumeur conjonctive, tumeur développée aux dépens de l'os, est tout à fait exceptionnel.

Nous n'envisagerons pratiquement que les cancers, les épithéliomes partis aux dépens de la muqueuse maxillaire, ceux-ci étant de beaucoup les plus fréquents. Très rapidement c'est un cancer osseux secondaire, par propagation. La tumeur repose sur une cavité osseuse qui ne demande qu'à se laisser pénétrer par le processus cancéreux.

Quels sont les éléments de gravité, d'une part, et les éléments encourageants, d'autre part ? C'est, en présence d'un cancer, toujours ce qu'il faut se demander.

Dans les éléments de gravité, tout d'abord, c'est un cancer qui est presque toujours dans un sinus infecté, et rétentionniste. D'autre part, c'est un cancer dont il est très difficile d'envisager l'extension exacte. Prenons un exemple : le cancer de la langue. Il va présenter rapidement des envahissements ganglionnaires qui vont donner une limite objective de l'extension. On verra tout de suite si c'est un cancer à petite ou à grande extension, suivant que les ganglions sont plus ou moins atteints.

Dans le cancer du maxillaire supérieur, il est extrêmement difficile, même par la radiographie, même par tous les moyens para-cliniques, de faire un bilan exact de l'extension.

Enfin, le cancer du sinus maxillaire risque d'entraîner des mutilations effroyables qui ont même amené à abandonner les grandes opérations d'autrefois.

Quatrième élément de gravité, qui se voit dans les cancers qui s'étendent du côté de l'ethmoïde, à proximité de la dure mère : le risque méningé.

Voyons maintenant le côté encourageant. C'est tout d'abord un cancer qui évolue très lentement, qui, par conséquent, donne le temps d'agir. Il y a un revers à ceci, c'est qu'il ne faudrait pas trop se réjouir des succès immédiats : on peut avoir des récurrences très longtemps après le traitement.

C'est un cancer qui est peu lymphophile, c'est-à-dire qu'il ne va pas atteindre les ganglions. Enfin, il n'est absolument pas métastatique, ce qui est très tentant pour le chirurgien, puisqu'on peut supposer qu'une ablation complète donnera une guérison définitive.

Donc, lent d'évolution, peu lymphophile, il reste régional. Voici les éléments encourageants qui vont permettre d'appliquer le traitement du cancer du sinus maxillaire avec certains résultats.

Je ne vous parlerai pas de l'étiologie de ce cancer. Il semble qu'une irritation chronique, une sinusite chronique précède parfois l'éclosion de cancer maxillaire. Peut-on parler de lésions pré-cancéreuses ? On ne sait rien de précis.

Pratiquement, nous allons envisager comment un malade est averti d'une possibilité de cancer d'un sinus maxillaire ou comment un praticien peut être averti. Ce sont, en effet, des spécialistes extrêmement différents qui peuvent déceler le début d'un cancer du sinus maxillaire.

L'ophtalmologiste peut voir, au début, un cancer commençant par un symptôme aussi banal que l'œdème palpébral. Quelquefois on voit sourdre à l'angle interne de l'œil un bourgeon douteux, c'est un cancer d'une de ces demi-cellules maxillo ethmoïdales ; quelquefois c'est une exophtalmie ; d'autres fois, c'est une névralgie du nerf sous-orbitaire.

Quelquefois, c'est l'oto-rhino-laryngologiste ; il s'agit d'une sinusite banale qui traîne, ne s'accompagne pas de grande fièvre, sinusite chronique, douloureuse, résistante à toutes les thérapeutiques. Bourgeois insiste sur ce signe, surtout si cette douleur s'accompagne d'anesthésie dans le domaine de la névralgie faciale.

D'autres fois, c'est une épistaxis qui doit attirer l'attention ; on peut découvrir un bourgeon intra-nasal et déceler le cancer du sinus maxillaire.

Tantôt, c'est le neurologiste attiré par une névralgie faciale. Ailleurs, une céphalée à type frontal dans les cancers de la superstructure.

J'arrive à nos deux domaines : celui du chirurgien et celui du dentiste.

Nous autres chirurgiens, nous n'avons guère que la joue dans la face, car nous sommes entourés de toutes les spécialités, le dentiste, le laryngologiste, etc...

Nous voyons des malades qui viennent porteurs de tumeurs de la joue, sans avoir consulté d'autres spécialistes ; dans ces cas-là, nous voyons des

cancers malheureusement évidents. On se demande comment des gens peuvent avoir vécu si longtemps avec une énorme tumeur qui est déjà sous une peau lie de vin, ulcérée, avec un énorme œdème.

Dans ces cas, nous n'avons pas de mal à faire le diagnostic. La plupart des cancers que j'ai vus ainsi à la Salpêtrière étaient évidents.

Voyons maintenant comment le dentiste, le stomatologiste, peuvent avoir affaire à un cancer du sinus maxillaire au début.

Les cancers de l'infrastructure présentent des avantages cliniques. Autant les cancers haut situés sont graves du fait de la proximité des cellules osseuses, du fait de la proximité de l'œil et de la dure-mère, au contraire les cancers qui vont prendre naissance en bas ont un pronostic assez favorable.

Il arrive que des malades aient subi plusieurs extractions dentaires pour des douleurs inexplicables ; ces extractions ne calment pas les douleurs, bien au contraire, on voit la cicatrice alvéolaire ne pas se faire et l'alvéole déshabillée se remplit bientôt d'un bourgeon suspect qui saigne facilement ; il y a là l'occasion de curetter, de pouvoir prendre l'un de ces bourgeons, d'en pouvoir faire l'analyse histologique et déceler précocement des cancers du sinus maxillaire.

Dans d'autres cas, au contraire, il n'y a pas de douleurs et c'est pour une tuméfaction suspecte du rebord alvéolaire que le malade vient consulter une tuméfaction qui n'a pas toujours d'apparence inquiétante ; elle donne l'impression d'un ostéome, mais une crépitation parcheminée assez particulière, et une sensation de tuméfaction en carton mouillé ont attiré l'attention.

Il n'y a aucune raison de ne pas pratiquer une biopsie, et par un coup de bistouri ou de curette, aller chercher un bourgeon suspect qui permettra de faire le diagnostic.

Dans certains cas où l'on peut craindre le cancer du sinus maxillaire, c'est en trépanant la fosse canine qu'on pourra aller chercher un bourgeon pour en faire la biopsie.

Dans d'autres cas, c'est une ulcération qui peut avoir tous les caractères d'une ulcération néoplasique avec ses bords éversés et son fond saignant.

Tous ces caractères peuvent se voir au niveau de la gencive, mais il ne s'agit pas d'un cancer de la gencive ; c'est un cancer qui a effondré la paroi osseuse et s'extériorise au niveau de la gencive.

Dans d'autres cas, le stomatologiste peut avoir à faire le diagnostic par un début palatin ; au lieu de voir cette tuméfaction sourdre au-dessus du rebord alvéolaire ou des dents, il la voit se faire derrière le rebord alvéolaire, par une tuméfaction en verre de montre.

Enfin, un début tout à fait singulier, mais dont nous avons pu voir un cas, est un début par du trismus, et dans ce cas on ne peut être égaré sur un accident de dents de sagesse. Ces cancers qui débutent par du trismus sont généralement assez graves ; ils se développent postérieurement, restent silencieux extrêmement longtemps et se dévoilent par cet accident assez dramatique : le trismus, qui traduit déjà une extension grave, car la chirurgie peut très peu de chose pour les extensions postérieures.

Ainsi sont schématisées les différentes éventualités qui peuvent donner éveil aux praticiens. Ces éventualités ne sont pas très fréquentes, car je dois dire que la plupart du temps, les cancers du sinus maxillaire — ceux que nous voyons dans les centres anticancéreux — sont presque toujours évidents.

Ce que nous avons plutôt à faire, c'est d'établir un bilan de l'extension du cancer du sinus maxillaire plutôt que de nous préoccuper de faire le diagnostic qui, je le répète, est presque évident.

En avant, nous avons déjà vu l'extension muqueuse, l'extension au sillon jugo-alvéolaire. Cette extension n'est pas extrêmement grave, car elle va pouvoir être facilement atteinte par la chirurgie.

L'extension en arrière, se fait vers les muscles ptérygoïdiens.

Il est curieux de remarquer que bien que le cancer du sinus maxillaire s'étende en arrière vers les muscles ptérygoïdiens, le maxillaire interne ne s'ulcère jamais.

En dehors, il faut évaluer l'extension à la peau. J'ai déjà décrit ces malades dont la peau envahie a cette couleur lie de vin ; là, il y a un problème chirurgical important. Faut-il sacrifier largement la peau, et risquer une large brèche en cas de guérison ? Ou, au contraire, être économe de peau, compter sur les radiations pour stériliser la peau ? Dans certains cas, on est étonné de voir l'atteinte cutanée diminuer sous l'influence des radiations.

Il y a un problème très difficile, extrêmement important pour l'avenir esthétique du malade ; nous en reparlerons tout à l'heure.

Bien souvent on peut noter chez les malades un certain œdème qui précède l'envahissement, et l'on ne sacrifiera pas la peau.

D'autre part, il y a un cas particulier dans le cancer du sinus maxillaire. Autant dans un cancer lymphophile, comme le cancer du sein, il faut être large dans les ablations cutanées, autant dans les cancers du sinus maxillaire, il y a intérêt à être économe de peau.

En haut, nous avons l'orbite ; c'est une extension très grave qui va compromettre immédiatement l'œil. Le plancher de l'orbite n'est pas très épais, l'orbite est très souvent envahie. Là, il faut faire comprendre au malade la nécessité du sacrifice : le premier temps du traitement doit être une énucléation de l'œil, ceci simplifie le traitement ; si vous avez une extension orbitaire, vous pouvez être sûr que par le traitement chirurgical, l'œil est certainement perdu. Si ce n'est pas l'acte chirurgical, ce sont les radiations qui amènent une fonte de l'œil ; il est tout à fait inutile d'espérer le conserver. Il faut proposer, dans les extensions vers l'œil, l'énucléation qui est le premier temps du traitement.

En haut et en dedans, nous avons l'ethmoïde ; c'est une extension grave et particulière au point qu'elle a pu faire donner une individualité à ces cancers que l'on appelle cancers ethmoïdaux frontaux ; ils sont très graves ; il est difficile de faire la part de ce qui est atteint ou pas, et au fur et à mesure qu'on avance, on approche de plus en plus de la dure-mère.

On peut dire qu'il y a là une limite à la thérapeutique.

Quelle va être l'évolution de ces malades laissés à eux-mêmes ? Ils vont voir leur cancer s'étendre lentement, sans doute, mais très sûrement. Les accidents vont se succéder en même temps qu'une cachexie lente va les emmener. Un accident brutal peut les emmener, telle une méningite. La chose n'est pas rare, en particulier dans les cancers à tendance ethmoïde-frontale, mais surtout les hémorragies répétées, non point de gros vaisseaux, mais de ces hémorragies distillantes qui finissent par amener ces malades dans un état d'anémie important, et une toute petite hémorragie d'un bourgeon peut-être, sera l'hémorragie finale qui les enlève.

Voici donc envisagée la clinique des cancers du sinus maxillaire et la manière dont ces malades se présentent aux différents spécialistes.

Voyons maintenant quels sont les éléments de diagnostic en dehors de la clinique :

On serait tenté, en présence d'une douleur dentaire, de dépister un cancer du sinus maxillaire du début en pratiquant des radiographies ; malgré tous les progrès des radios de face, ou de haut en bas, il est certain qu'on voit peu de choses au début. On a parlé d'irrégularité dans les con-

tours, mais quand on compare un sinus à l'autre, c'est extrêmement douteux.

L'obscurcissement est un signe banal de sinusite chronique, ce n'est pas un signe de cancer. Il y a un signe assez particulier que Bourgeois a trouvé une fois, c'est la clarté à la translumination à la lumière, alors qu'on trouve un obscurcissement aux rayons X.

L'autre moyen para-clinique de faire le diagnostic, qui doit être fait dans tous les cancers si l'on veut avoir un dossier complet et étudier l'évolution du cancer, c'est la biopsie, c'est-à-dire le prélèvement d'un petit fragment, qui va être prélevé par un des moyens que nous avons vus tout à l'heure :

La trépanation de la fosse canine permet d'aller chercher un fragment de la muqueuse du sinus. Mais vous savez que ces biopsies systématiques, qui cherchent à déceler un cancer au début, sont quelquefois trompeuses, car on ne prélève qu'un petit fragment de muqueuse alors qu'un centimètre plus loin, la cellule est déjà cancéreuse. Ces biopsies à l'aveugle par curettage sont souvent trompeuses.

Vous voyez que la clinique des sinus maxillaires, pour le diagnostic, est au fond assez simple et tout l'intérêt vient dans le traitement qui, comme je vous le disais tout à l'heure, est un traitement rude pour le malade, souvent décevant pour le chirurgien, et qui pourtant, nous le verrons, est nécessaire, car nous obtenons de temps en temps de beaux résultats.

Que faisait-on, tout d'abord, aux cancers du sinus maxillaire autrefois ? On pratiquait la section de l'os malleire, de l'os propre du nez, puis du palatin, le maxillaire ne tenant plus en arrière que par son adhérence au palatin et aux cellules ethmoïdales.

On est étonné de voir des auteurs anciens qui alignent plusieurs de ces interventions, qui, actuellement ne sont plus pratiquées. On ne connaît pas la suite de ces malades, mais elle devait être absolument désastreuse du point de vue vital et du point de vue esthétique. En fait, ces interventions ont été complètement abandonnées.

Qu'avons-nous à notre disposition en dehors de cette chirurgie large ? Nous avons les résections limitées, résections typiques qui pourront s'adresser à des cancers du rebord alvéolaire. Il est assez facile, par des incisions cunéiformes, d'enlever partie de la lame palatine et du maxillaire. Evidemment, il y aura un gros délabrement du palais ; ceci est possible et peut être fait. De même pour certaines tumeurs du rebord ethmoïdo-frontal et orbitaire, on peut envisager des résections typiques en enlevant en bloc la partie cancéreuse, et Hautant y reste fidèle. Il la préfère à la résection à la demande que nous proposons à la Salpêtrière.

A côté de ces résections partielles, il y a, en effet, la résection à la demande, par le sinus : enlever ce qui paraît suspect, bourgeonnant, faire un véritable curettage du sinus maxillaire. Nous verrons tout à l'heure comment on le pratique.

En dehors de cette chirurgie isolée, on a les radiations isolées. Celles-ci sont très aléatoires en présence de l'os et d'autre part de l'infection. Os et infection, plus radiation, cela fait de la radio-nécrose qui peut quelquefois s'étendre plus encore que le cancer et par conséquent amener des accidents plus graves et rapides que ce dernier. Les radiations seules ont été abandonnées.

Il y a une autre méthode qui est employée : c'est la diathermie. Elle entraîne souvent des nécroses osseuses extrêmement importantes qui, si elles ne sont pas trop étendues, pour certains auteurs, sont favorablement interprétées ; mais cette chirurgie diathermique a été très rarement employée en France. Je n'en ai pas l'expérience, mais j'ai tenu à vous en parler parce que certains auteurs à l'étranger lui sont favorables.

En dehors de ces méthodes isolées, nous avons la méthode en symbiose, celle du radium-chirurgie employée dans les centres anti-cancéreux, car elle exige l'étroite collaboration du chirurgien d'une part, du Curie-thérapeute d'autre part.

Elle comporte, dans son principe, un acte chirurgical immédiat qui a pour but de dégager le terrain. On charge l'irradiation de faire le traitement microscopique, en quelque sorte.

Cette radium-chirurgie est logique, puisqu'elle offre une masse de tissu néoplasique beaucoup moins importante à détruire, aux radiations.

C'est ce que nous pratiquons à la Salpêtrière ; c'est cette méthode que je vais vous décrire. Tout d'abord, il s'agit de préparer ces malades à une intervention qui sera choquante et assez importante. Cette préparation comporte tous les examens pré-opératoires habituels, recherche d'urée dans le sang, temps de saignement, temps de coagulation, etc... Il faut absolument les pratiquer. Deux spécialistes commencent à donner leur aide : c'est l'ophtalmologiste et le dentiste.

Je vous ai exposé tout à l'heure les raisons pour lesquelles l'énucléation est nécessaire dans certains cas. D'autre part, il faut que le malade soit préparé au point de vue dentaire, que le dentiste lui mette sa bouche en état, que les dents cariées et infectées soient enlevées, pour supprimer au moins encore là une chance d'infection qui, associée au radium, pourrait causer des désastres.

Il est certain que les soins dentaires seront plus importants dans les cancers de l'infra-structure, dans les cancers bas situés que ceux haut situés. Il est bon, chez ces malades, de pratiquer une thérapeutique anti-infectieuse. On pouvait, il y a encore quelques années, les vacciner, ceci n'était pas inutile. Actuellement, avec les sulfamides, on a peut-être un moyen anti-infectieux, surtout post-opératoire, pourvu que ces sulfamides soient employés à dose massive.

La question de l'anesthésie est très importante. Les premières interventions ont été faites par anesthésie générale. Très rapidement on a abandonné celle-ci.

Il est important chez ces malades de supprimer l'angoisse qu'ils éprouvent lorsqu'on va leur faire de grosses interventions sur la face. Il faut, la veille, leur donner du chloral ; le matin, leur donner un anesthésique de base.

Une fois, votre malade un peu somnolent, on fait une anesthésie large loco-régionale avec la seringue de novocaïne à portée de votre main, et, au fur et à mesure du retour de la douleur, vous remettez un peu de novocaïne à 1 %. On arrive à faire très bien de grosses interventions chez ces malades uniquement à la loco-régionale. L'avantage est que le malade conserve tous ses réflexes et les suites opératoires en sont très améliorées.

Quelle est l'incision que nous prendrons pour traiter ces cancers du sinus maxillaire ? Il faut envisager ceux qui sont localisés à l'infra-structure, ceux qui ont envahi l'ensemble du sinus, c'est surtout ceux-là que nous traitons ; et enfin ceux qui sont à la partie supérieure.

Pour les cancers de l'infra-structure qui n'ont atteint que le rebord alvéolaire, une incision de la muqueuse dans le sillon qui sépare la gencive de la lèvre peut très bien suffire, et l'on peut faire cette intervention sans aucune incision cutanée.

On peut faire une incision de la commissure, mais nous n'avons jamais eu à l'employer. En soulevant la lèvre, on arrive très bien à faire une incision systématique d'un coin du rebord alvéolaire et de la voûte palatine.

Pour les cancers haut situés, Hautant propose une incision sous-orbitaire, incision à concavité supérieure et externe qui va permettre de curetter la région.

Personnellement, nous n'avons jamais eu l'occasion de traiter ces cancers si limités ethmoïdaux frontaux.

Il reste une incision, celle de Liston. Elle part de l'angle interne de l'œil, qui suit le sillon qui sépare l'aile du nez de la joue, puis elle passe en-dessous de la narine et se termine sur la partie médiane de la lèvre en la transperçant. Cette incision se dissimule ; elle est très antérieure ; elle ne risque que de couper les branches du facial. Cette incision donne un jour considérable ; vous pourrez brancher sur elle une petite incision sous-orbitaire ; vous aurez ainsi un véritable volet qui va se rabattre.

Une seule objection : c'est le canal de Stenon et les branches du facial. Si vous avez bien décollé la peau en restant contre l'os, vous serez étonnés de voir des malades conserver intactes leur salivation et leur mimique.

L'incision faite, comment va-t-on traiter l'os ? Nous avons vu que les résections totales du maxillaire inférieur ont été abandonnées. Nous avons vu les résections typiques, comme Hautant les pratique dans les cancers bas situés dans l'infra-structure.

Dans la majorité des cas, à la Salpêtrière, nous avons toujours pratiqué le curetage à la demande. Ou bien l'on tombe sur une tumeur extériorisée, où l'on va à la gouge, à la curette ; on va faire un véritable nettoyage. C'est une chirurgie qui n'est pas élégante, ni brillante ; on curette et l'on est étonné de voir apparaître des parois osseuses qui sont saines ; on les respecte ; ceci a un avantage, c'est qu'elles vont donner un appui pour appliquer tout à l'heure les tubes de radium.

Au cours de ce curetage, on a souvent des petites hémorragies ; on tamponne, on peut employer des produits hémostatiques qui peuvent amener une hémostase assez satisfaisante, car il est impossible de faire des ligatures dans un tissu osseux et cancéreux.

Il est commode aussi d'avoir le bistouri électrique à portée de la main pour faire l'hémostase ; quelquefois, au niveau d'un os lorsque cela saigne beaucoup, que cela résiste au tamponnement, un coup de bistouri électrique sera commode pour faire une hémostase sur une petite eschare.

Le maxillaire cureté, le deuxième temps va intervenir, c'est le temps Curiéthérapique ; il va consister dans la pose de tubes de radium de 2 millim. de platine, contenus dans des tubes en caoutchouc et qui contiennent environ 6 radium-éléments.

Je ne voudrais pas, ici, m'étendre sur la Curiéthérapie, ce n'est pas de ma compétence, mais je signale qu'il faut que nous disposions les tubes, 6 à 8, en les répartissant bien pour que toute la surface suspecte soit irradiée d'une manière égale. Il faut garder un ou deux tubes pour les placer vers le dehors. Dans les cas où la peau est suspecte, on peut avoir des surprises, et sur une peau qui semblait être vouée à la destruction, le radium peut amener d'importantes régressions.

Il faut mettre une grande mèche goménolée, il faut employer une mèche grasse, faire un véritable sac qui sera appliqué sur toute la surface de la région à irradier, et c'est dans ce sac que nous placerons les différents tubes de radium qui seront eux-mêmes placés dans les sondes en caoutchouc. Le sac est refermé et il sort par un orifice de drainage.

Le sac va jouer deux rôles : contenir les éléments radio-actifs et en même temps servir de drainage. Vous avez donc intérêt à faire sortir le sac toujours par le point déclive. Lorsque vous faites l'incision de Liston, vous faites passer le sac entre la joue et la gencive, le sac sortant juste sous la lèvre.

Ces tubes sont laissés environ 5 à 8 jours et l'on passe là une période assez dramatique ; il y a toujours de la fièvre, 40, 40,5.

Pendant ce temps, il faut soutenir les malades par tous les moyens, d'abord les hydrater considérablement ; ce sont des malades qui boivent

difficilement, il faut donc leur donner du sérum en grande quantité. Il y a un autre intérêt dans le sérum salé, c'est que tous les malades qui subissent la Curiéthérapie font de l'hypochlorémie. Il y a donc avantage à leur donner du sel et leur faire dans les veines de la solution salée hyper-tonique à 15 ou 20 %.

Il y a quelque chose d'assez pénible dans ce traitement, c'est que le sphacèle des éléments cancéreux par le radium amène une fétidité importante : ces malades doivent être isolés.

Il peut y avoir de véritables complications : d'abord réaction méningée dans les cas haut situés.

Il y a une autre complication, c'est la broncho-pneumonie, il faut asseoir ces malades, leur faire de la réaction quoique je ne pense pas qu'elle puisse faire grand chose, mais si on ne l'a pas fait, vos malades vous accuseront de ne l'avoir pas pratiquée.

Au cours du traitement du cancer de la langue par la Curiéthérapie, on observe quelquefois des hémorragies foudroyantes. Je ne me rappelle pas avoir vu cela après l'ablation des tubes de radium, dans les cancers de maxillaire.

Voilà donc le malade qui a été porteur pendant 6 jours de ces tubes de radium ; vous avez retiré les tubes, c'est extrêmement simple, il n'y aura qu'à tirer les mèches qui enfouissaient les tubes de radium.

Après ces 6 jours d'irradiation où il a reçu 30 à 60 millicuries, représentant la dose maximum, ce malade va cicatriser assez lentement ; il va y avoir de petits incidents ; il élimine souvent des petits séquestres ; on est étonné de voir une pièce osseuse qui s'élimine ; le squelette va prendre une allure de plus en plus normale ; il reste de gros délabrements ; nous verrons qu'on peut arriver à les traiter.

Au bout de combien de temps peut-on arriver à considérer ces malades comme guéris ? Il est nécessaire de les revoir très souvent, tous les mois au début, puis tous les trimestres et dans les trois ou quatre années qui vont suivre, au moins deux fois par an pour voir s'il n'y a pas de récurrence.

Quelles sont les séquelles ? Ce sont les pertes de substance. Je ne parle pas de celle de l'œil envisagée au début, mais on peut avoir deux pertes de substance au niveau de la peau ; quelquefois, on a des pertes comme la paume de la main, et si ces malades au bout de trois ou quatre ans, avec un pansement, une prothèse qui a bouché le trou pendant un certain temps, n'ont pas de récurrence, on peut envisager une greffe esthétique.

La perte de substance palatine est grave, car elle va amener de gros troubles dans la mastication. Faut-il mettre une prothèse ?

Hulin connaît comme nous un cas où l'on avait mis une prothèse palatine. A la suite d'elle, le malade a fait une récurrence, et depuis cet incident, nous ne sommes pas très favorables à la prothèse.

Quel est maintenant le résultat de cette chirurgie ? Si l'on compare les résultats de Tenon et ceux de la Salpêtrière, on voit que l'on arrive à peu près aux mêmes, puisque Hautant a une statistique qui atteint 38 % de guérisons de plus de 4 ans et que nous obtenons 36 % de guérisons de plus de 5 ans. On voit par conséquent que ces chiffres sont à peu près équivalents.

Evidemment c'est peu puisque cela représente 1/3, et que 2/3 des malades succombent d'une façon plus ou moins rapide dans les années qui suivent. Mais il est certain que l'on peut se dire, devant des tumeurs aussi graves, incontestablement mortelles, et d'une évolution répugnante, que s'il est possible de guérir un malade sur trois, c'est tout de même une chirurgie encourageante et qui mérite d'être pratiquée, et, surtout, perfectionnée.

INTERPRÉTATION DES ACCIDENTS CONNUS SOUS LE NOM DE SYPHILIS DU BOURGEON INCISIF

Par M. le Professeur X.-J. DUBECQ,

Chargé du Cours de Stomatologie à la Faculté de Médecine de Bordeaux

616.315 0026

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le 6 avril 1943)

L'auteur apporte deux observations personnelles de syphilis de la région incisive supérieure.

La première observation a trait à une jeune fille de 23 ans, qui se présente à sa consultation de Saint-André, en 1939, porteuse d'une destruction de la pyramide nasale et d'une résorption de la paroi vestibulaire des alvéoles de D1, D2.

Les accidents avaient commencé trois ans auparavant. Ils avaient consisté dans l'apparition de lésions suppurées, à localisations multiples, de la région sourcilière gauche, de la région dorsale, de la région de l'avant-bras, qui furent interprétées comme des abcès froids et traitées comme tels.

Au point de vue stomatologique, les premiers signes ont apparu en avril 1938, ils ont consisté dans l'ébranlement de D1 et G1, sans phénomènes douloureux appréciables. Ce n'est que trois mois après que l'on assiste à l'effondrement total de la pyramide nasale.

La malade finit par être hospitalisée à Bordeaux dans le service de Dermato-Syphiligraphie du Professeur Petges, en novembre 1938. C'est là que l'étiologie syphilitique fut envisagée et contrôlée par la réaction de B. W. très fortement positive.

Dans les antécédents l'on notait des signes d'hyarthrose des deux genoux vers l'âge de 7, 8 ans et des troubles de la menstruation caractérisée par un arrêt des règles à l'âge de 16 ans.

Les lésions dentaires et périodontaires étaient caractérisées par la dénudation complète de la racine de D1, incomplète de la racine de G1, par suite de la résorption de la paroi vestibulaire de leurs alvéoles. D2 était également le siège d'une mobilité anormale.

La malade fut soignée dans le service du Professeur Petges d'une façon intense et progressive au mercure et au bismuth. Les lésions furent arrêtées dans leur évolution. Actuellement la malade est porteuse d'une prothèse cosmétique à l'acétate de cellulose.

La deuxième observation a trait à une jeune fille de 15 ans, qui, en mars 1942, fut envoyée par son dentiste, porteuse d'une destruction localisée de la paroi vestibulaire de la racine de D1. Cette destruction qui dénudait la moitié intérieure de cette racine était limitée en haut, par une ligne en croissant de lune ; une sérosité discrète s'échappait de l'alvéole, la dent était le siège d'une mobilité anormale. La muqueuse environnante ne présentait pas d'autres ulcérations.

La similitude de ces lésions avec les lésions présentées par la malade précédente nous firent penser à une étiologie syphilitique ; la confirmation en fut demandée à deux laboratoires différents, tous deux répondirent : réaction B. W. négative, réaction de Hecht négative.

Malgré cela la malade fut soumise à un traitement antisiphilitique intense, mercuriel et bismuthique. Revue régulièrement et après un an de

traitement l'on constate, indépendamment de l'arrêt du processus de destruction vestibulaire, l'arrêt de tout écoulement et une grosse diminution de la mobilité anormale de D1. Il n'y a pas d'autres altérations de voisinage, en particulier pas d'écoulement nasal anormal, et pas de tuméfaction palatine.

L'auteur faisant remarquer que toute observation clinique n'a de valeur qu'en fonction de l'examen comparatif d'observations similaires, donne un aperçu de la documentation historique basée sur 17 observations trouvées dans la littérature. (Juvin, Aguilhon de Sarran, Mauriac, Combe, Vercher, Lebedinsky, Chompert, Veillard, Nicolas-Massia-Dupasquier, Beltrami et Vigne, Dufays, Milian et Delamare, Sabit et Friez, M^{lle} O. Elliascheff, Bercher et Merville). Il insiste sur les faits suivants :

1° Les signes de début sont, dans l'immense majorité des cas, des signes dentaires qui se caractérisent par la mobilité anormale d'une ou plusieurs incisives et qui toujours ont précédé les désastres irrémédiables que l'on trouve dans certaines observations ;

2° Les deux sexes sont frappés de façon sensiblement égale ;

3° La syphilis congénitale est en jeu dans plus de la moitié des cas ;

4° Il est rare que les lésions atteignent simultanément la totalité du bloc des incisives. Les lésions, d'abord localisées à une dent qui est le plus souvent l'incisive centrale, s'étendent progressivement et d'une manière plus ou moins rapide à la totalité du bloc incisif. Dans une observation la canine était ébranlée ;

5° Bien que les réactions sérologiques n'aient pas été pratiquées chez tous les malades, la réaction de B. W. est quelquefois négative et ne doit pas couvrir une abstention thérapeutique ;

6° Les résultats thérapeutiques sont fonction des modalités d'un traitement institué par un spécialiste compétent.

L'interprétation des lésions décrites sous le nom de syphilis du bourgeon incisif doit être modifiée en fonction des acquisitions nouvelles tant d'ordre embryologique que d'ordre anatomo-pathologique. Au double point de vue morphologique et clinique on peut dire que la région décrite par les premiers embryologistes sous le nom de bourgeon incisif a perdu son autonomie et qu'il est plus logique de substituer au terme de bourgeon incisif celui de région incisive.

D'une part, notre ami Cadenat, de Toulouse, a montré la non-concordance dans le temps et dans l'espace des phénomènes de formation des bourgeons, d'odontogénèse et d'ossification.

D'autre part, étudiant par la méthode de l'éclaircissement la vascularisation du maxillaire supérieur, les anatomistes ont cru que la région incisive était au carrefour des quatre sources artérielles représentées par la branche interne de la sphéno-palatine, la palatine supérieure, l'artère de la sous-cloison et l'artère dentaire antérieure.

Si l'on tient compte que la syphilis tertiaire atteint d'une manière élective les parois artérielles dans lesquelles le microscope décèle une dégénérescence du type mucoïde, cet ensemble de données suffit à comprendre et à interpréter plus sainement les désordres de la région incisive d'origine spécifique, expliquer leur évolution, leur extension qui dépasse quelquefois la région incisive.

REVUE DES LIVRES ET DES REVUES

HORVENO (P. G.). — **Signes et traitement de l'ostéomyélite du maxillaire supérieur chez le nourrisson.** — (Thèse de Paris, 1942).

Dans ce travail, M. Horveno aborde avec soin l'étude de l'ostéomyélite du maxillaire supérieur chez le nourrisson ; en particulier, la symptomatologie du début qui est des plus variables, pouvant être même si légère qu'elle passe inaperçue. Il traite également longuement le traitement de cette affection et en fait une mise au point très intéressante.

L'auteur insiste sur le fait qu'au début, souvent le bébé dépérit, présente un mauvais état général, dort mal, refuse le sein, a de la diarrhée ou de la constipation, salive parfois abondamment, présente un peu de température, sans rien de précis. En bref, simples signes d'un léger état infectieux, jusqu'à ce qu'apparaisse la tuméfaction d'une partie de la face.

L'évolution de l'affection comprend deux phases, une première phase aiguë puis une de chronicité.

1^{re} Phase aiguë. — C'est la période des symptômes généraux et de la tuméfaction. Le gonflement se produit en des points variables, fosse canine le plus souvent ou bien région sous-orbitaire. La peau rougit et il y a quelquefois un léger œdème.

Au niveau de la bouche on constate également sur l'arcade alvéolaire une tuméfaction envahissant la voûte palatine et ne dépassant pas en arrière le palais osseux. L'hémipalais malade présente une voussure qui contraste avec le côté sain.

Si le traitement institué n'amène pas la régression de l'affection ou si l'intervention chirurgicale nécessaire n'est pas pratiquée, l'affection tend vers la suppuration et la fistulisation. Ces collections se fistulisent souvent en des points relativement éloignés de l'endroit primitivement infecté ; par ordre de fréquence ces abcès se fistulisent : au niveau du rebord alvéolaire, à l'angle interne de l'œil, dans la cavité nasale. Au niveau du rebord alvéolaire l'expulsion d'un germe dentaire est fréquent.

2^{de} Phase chronique. — Comme dans tous les processus ostéomyélitiques à la phase aiguë succède une phase chronique, avec écoulement de pus et l'élimination de petits séquestres.

Le traitement de l'ostéomyélite du maxillaire supérieur chez le nourrisson est passé par des stades successifs, à mesure que l'arsenal de la thérapeutique s'enrichissait. Actuellement, on peut dire que, uniquement chirurgical il y a quelques années, il a tendance à devenir médical pur : Emploi de l'anatoxinothérapie staphylococcique, emploi d'un bactériophage, emploi de la sulfamidothérapie.

Bien entendu, un traitement général bien compris viendra compléter ce traitement de l'infection ; l'intervention chirurgicale est secondaire. P. V.

ROGER (G.). — **Diagnostic rapide en orthodontie.** — (Société de Médecine de Paris 26 juin 1942.)

L'insuffisance du développement transversal des maxillaires est une malformation dont les conséquences sont graves. Son traitement par la méthode physio-mécanique préconisée par l'auteur améliore nettement l'état général.

Le dépistage précoce de l'atrésie maxillaire est donc nécessaire, indispensable. Mais il ne suffit pas de la dépister, il faut en évaluer avec précision l'importance afin de juger de l'urgence et de la durée probable du traitement ainsi que de la valeur des résultats que l'on peut en attendre.

L'atrésiomètre apporte une solution simple et pratique au problème du dépistage précoce de l'atrésie maxillaire en permettant au praticien d'apprécier instantanément l'équilibre ou le déséquilibre du rapport : volume dentaire et développement transversal des arcades. P. V.

THUREL (R.). — **Névralgie faciale et alcoolisation du ganglion de Gasser.** — (Un volume de 88 pages, édité chez Masson, Paris, 1942).

L'auteur développe longuement dans cet ouvrage, divisé en six chapitres, ses idées personnelles sur la névralgie faciale et son traitement par l'alcoolisation du ganglion de Gasser, qu'il préfère à la neurotomie rétro-gassérienne. C'est une étude très bien faite, très complète et très intéressante de cette affection si cruelle et au traitement si délicat.

Chapitre 1^{er}. — *Classification physiopathologique des douleurs.* — M. Thurel commence par critiquer les diverses théories émises : opinions de Claude Bernard, de Tournay qui démontre l'exaltation de la sensibilité après la section du sympathique cervical ; opinion de Baudoin et Schaeffer qui n'admettent pas que toute douleur continue puisse être attribuée à l'action du sympathique ; opinion de Thomas sur la sensibilité sympathique. L'auteur expose ensuite sa conception personnelle de la question.

Chapitre 2. — *Caractères de la névralgie faciale et de ses douleurs.*

Chapitre 3. — *Caractères qui permettent de distinguer les divers types de névralgie.*

Chapitre 4. — *Exposé des diverses affections susceptibles de se compliquer de névralgie du trijumeau.* (Observations de malades). — Tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux. — Syringobulbie, scléroses ou plaques, tabès, paludisme. P. V.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 6 avril 1943

La séance est ouverte à 20 h. 30, sous la présidence du Dr Hulin.

Le Prof. Dubecq présente une instrumentation permettant un diagnostic rapide des *dysmorphoses maxillo-faciales*.

Cet appareillage peut rendre les plus grands services dans les cas de dépistage de ces malformations sur le plan de la médecine sociale.

MM. H. Villain, Besombes, Beauregardt, Brochère et le Dr Hulin participent à la discussion.

Le Prof. Dubecq relate ensuite deux observations personnelles de *Syphilis de la région incisive supérieure*.

Dans le premier cas, un ébranlement des deux incisives centrales supérieures était apparu, suivi trois mois plus tard d'un effondrement total de la pyramide nasale.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une destruction anormale de la paroi vestibulaire de DI avec mobilité anormale de la dent.

Malgré la négativité des réactions de Wassermann et de Hecht, le traitement d'épreuve se montra actif.

L'extension des lésions dépasse souvent la région incisive et leur cause doit être liée à l'andartérite des vaisseaux nourriciers de cette région qui est une manifestation soit de syphilis tertiaire soit de syphilis héréditaire.

Les Docteurs Solas et Roy prennent part à la discussion.

M. R. Dubois-Prévoist, par suite de l'heure avancée, ne peut traiter que la première partie de sa communication intitulée : *La dent à l'état de santé et de maladie*.

La projection de superbes microphotographies est commentée par l'auteur tant sur le plan histologique que sur le plan physiologique.

Quelques vues nouvelles sur les variations des coefficients de dilatation de l'émail et de l'ivoire pourraient expliquer la genèse des fêlures dentaires.

La séance est levée à 22 h. 30.

Le Secrétaire général : Dr Laurian.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 23 mars 1943

La séance est ouverte à 20 h. 50, sous la présidence de M. Vabois, professeur à l'Ecole Odontotechnique.

I. Lecture du procès-verbal de la séance du 22 février 1943. Adopté.

II. M. Maurice Fillatre, chef de Clinique à l'Ecole Odontotechnique : *Prothèse fixe or et Palapont*.

Il s'agit de deux bridges qui ont été réalisés avec des piliers ordinaires, c'est-à-dire que seules les dents absentes ont été remplacées par du Palapont.

Ils ont ceci de particulier qu'en cas de fracture ou d'usure prématurée de la matière, chaque élément de Palapont peut se transformer d'une manière interchangeable, grâce à une armature reliant tous les éléments entre eux.

Le côté droit se compose de trois piliers : couronne sur D6, une Carmichaels sur D3 et Richmond sur D2 reliées entre elles par deux demi-jones soudés dos à dos ; sur cette barre, on soude un fil rond au centre des futures dents pour, le cas échéant, les transformer en dents à tube.

Le côté gauche comprend 2 Richmond sur G2 et G3. G4 est absente et G5 est couronnée ; les éléments sont reliés de la même façon que l'autre bridge avec une barre horizontale et un fil rond au centre. On procède ensuite à la sculpture des dents en cire suivant l'articulé ; on met le tout en moufle et on bourre suivant la technique ordinaire du Palapont.

Interpelleurs : M. Deltour, M. Budin, M. Fourquet.

III. Dr Gérard Marchand, chirurgien des Hôpitaux de Paris : *Les ostéites fibreuses*.

Les ostéites fibreuses sont individualisées par un caractère anatomo-pathologique commun : la substitution au tissu osseux normal de tissu fibreux. Mais cette substitution se rencontre dans une série de maladies qu'opposent bien des points différents.

Certaines sont bénignes et localisées. Telle est l'ostéite fibreuse localisée qui, pour beaucoup, n'a pas d'individualité propre et ne serait qu'un stade évolutif du kyste essentiel des os. De ce dernier, on peut rapprocher les tumeurs à myéloplaxes. Toutes ces affections sont de pathogénie encore inconnue, mais leurs signes cliniques et leur traitement sont très voisins.

A l'opposé figure la Maladie de Recklinghausen, grave et diffuse. A sa base, on trouve toujours l'adénome parathyroïdien dont l'exérèse suffit à amener la guérison. Quant à la maladie de Paget, certains auteurs la rapprochent de l'ostéite fibreuse généralisée. Elle s'en écarte par la coexistence d'un processus d'ostéite condensante.

Il est impossible encore de classer définitivement ces diverses affections. C'est l'avenir seul qui permettra de départager les unicistes sensibles à la similitude des lésions, et les dualistes qu'impressionnent les divergences cliniques et pathogéniques. Le problème est toujours à l'étude et demeure d'un intérêt passionnant.

L'auteur montre des radiographies qu'il commente.

Interpelleurs : Dr Gérard Maurel, Dr Peyre.

Le Président félicite et remercie les conférenciers et la séance est levée à 22 h. 30.

Le Secrétaire des séances : Jean Pérès.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Présidence du Dr Richard.

Séance consacrée à des présentations de malades dans le Service de Stomatologie du Dr Lacronique, à l'Hôpital Tenon.

Drs Lebourg, Lambert. — Chancre d'inoculation tuberculeuse à localisation gingivale.

Drs Richard, Cernéa. — Présentation d'un cas de mycose avec présence de grains jaunes.

Drs Lacronique, Parant. — Cellulite génienne d'aspect mycosique.

Drs Richard, Cernéa. — Ostéomyélite totale de la mandibule d'origine hémotogène.

Drs Lacronique, Parant. — Ostéite mandibulaire à évolution chronique.

Drs Lacronique, Chaput. — Electrocoagulation et tuberculose mandibulaire.

Drs Lacronique, Parant. — Ostéome du masséter.

Dr Chaput. — Un cas d'ostéo-périostite traité par l'ozone.

Communiqués de la Section Dentaire du Conseil Supérieur de l'Ordre National des Médecins

60, Boulevard de Latour-Maubourg — Paris (7^e)

RELÈVE DES CHIRURGIENS-DENTISTES PRISONNIERS

DERNIÈRE HEURE

La Section Dentaire du Conseil Supérieur de l'Ordre National des Médecins voit enfin se réaliser la relève des confrères à laquelle elle a consacré avec sa commission des prisonniers tous ses efforts.

Cette relève qui a fait l'objet d'accords diplomatiques récents (3 février 1943) doit s'opérer de la manière suivante :

Les relevés. — Les confrères prisonniers seront relevés par ordre d'ancienneté d'âge, qu'ils soient mariés ou célibataires.

Pour le calcul de l'ancienneté chaque enfant fait bénéficier de deux années d'ancienneté.

Cette relève doit toucher tous les officiers et auxiliaires diplômés et dans un deuxième temps, les Dentistes auxiliaires non diplômés, exception faite des diplômés n'appartenant pas au service sanitaire, c'est-à-dire mobilisés dans une armée combattante.

C'est la délégation du Secrétariat d'Etat à la guerre (échelon Santé) qui est chargée de désigner les prisonniers à relever et doit établir une liste par rang d'âge à soumettre à l'agrément des autorités allemandes.

Les relevants. — La relève doit s'opérer en principe par tranches de 100 praticiens comprenant : 80 médecins, 15 chirurgiens-dentistes et 5 pharmaciens. La Section Dentaire du Conseil Supérieur est intervenue auprès des Services publics qualifiés pour obtenir un pourcentage plus favorable aux intérêts de nos confrères prisonniers.

Les relevants sont envoyés en Allemagne pour une durée d'un an, pendant laquelle ce personnel sanitaire n'aura pas de permission.

Le Secrétariat d'Etat à la Santé et à la Famille est chargé légalement (loi du 25 mars 1943) de procéder à la réquisition civile des relevants.

Ceux-ci auxquels des demandes de renseignements sont déjà adressées doivent faire connaître au Secrétariat d'Etat à la Santé et non au Conseil de l'Ordre, les raisons majeures qui les mettraient dans l'impossibilité absolue de participer à cette relève — ou de faire connaître les cas spéciaux.

Le Secrétariat d'Etat à la Santé après étude de chaque cas procédera à la réquisition civile des praticiens en commençant par les diplômés appartenant aux plus jeunes classes, et en tenant compte des situations de famille, célibataires, mariés sans enfants, mariés avec enfants.

La Section Dentaire du Conseil Supérieur est conviée à apporter, aux fins de ces désignations, le concours de son organisation départementale (liste des praticiens inscrits au tableau annexe de l'Ordre des Médecins).

Les listes prioritaires ainsi établies légalement par le Secrétariat d'Etat à la Santé seront transmises au Secrétariat d'Etat à la guerre (échelon Santé) qui est chargé des convocations.

Les titulaires seront convoqués avec le dernier grade d'Officier dont ils étaient titulaires.

Ceux qui n'ont été titulaires ni d'un grade d'officier ni d'aucun grade dans l'armée, seront à l'occasion de cette convocation nommés Médecins ou Dentistes Sous-Lieutenant de réserve à titre provisoire.

La Section Dentaire du Conseil Supérieur a obtenu l'assurance que le bénéfice du Statut médical qu'elle a acquis si difficilement pour les chirurgiens-dentistes soit maintenu.

Tous les efforts de toutes les administrations civiles et militaires qualifiées tendront à activer la relève et la Section Dentaire du Conseil Supérieur à rendre son action encore plus diligente dans l'intérêt des confrères prisonniers.

NOUVELLES

Mariages. — Le mariage de Mlle Mireille Martine, fille de notre confrère M. Paul Martine, membre de notre Groupement, avec M. Serge Leplat, a été célébré le 8 avril 1943, à Asnières.

Le mariage de M. Victor Decelle, chirurgien-dentiste, professeur suppléant à l'E. D. P., membre de notre Groupement, avec Mlle Anne-Marie Wolff, pharmacien, a été célébré le 29 avril 1943, à Ecouen, dans la plus stricte intimité.

Nos félicitations et vœux de bonheur.

Naissances. — M. et M^{me} Duband-Hug, chirurgien-dentiste, ancienne élève de l'E.D.P. et membre de notre Groupement, nous ont fait part de la naissance de leur fille Christiane, le 4 avril 1943.

M. et M^{me} A. Richter, chirurgiens-dentistes, anciens élèves de l'E.D.P., membres de notre Groupement, nous ont annoncé la naissance de leur fille Monique.

M. Jean Habib, étudiant à l'E.D.P. et M^{me}, nous ont fait part de la naissance de leur fils Jean-Claude, le 23 avril 1943.

Nos félicitations.

Nécrologie. — La Direction et le Corps Enseignant de l'Ecole Odontotechnique nous ont fait part de la mort de M. Edouard Rodolphe, président honoraire de l'Association de l'Ecole Odontotechnique, professeur honoraire, ex-président de la Société Odontologique de France, Chevalier de la Légion d'Honneur, décédé à Paris, le 12 avril 1943.

Nos bien sincères condoléances.

Nous avons le regret de devoir annoncer la mort de M. René Manteau, chirurgien-dentiste, ancien membre du Conseil d'Administration de l'E. D. P., dont il était chef de clinique honoraire, décédé le 20 avril 1943, à l'âge de 65 ans.

Nous prions M^{me} René Manteau et sa famille de trouver ici l'expression de nos sincères condoléances.

Les Sports à l'Ecole Dentaire de Paris. — En football, l'E.D.P. a enlevé la belle de la Coupe *Daligault*, par 2 buts à 1, après un match fort disputé et s'est qualifiée pour la grande finale contre Rennes. Le match sera sûrement très dur et nos joueurs devront faire appel à toute leur ardeur pour obtenir la victoire.

En basket également, l'E.D.P. s'est qualifiée pour jouer contre Rennes aux dépens de Garancière. Le match retour a été brillamment gagné, et Bourdier et ses coéquipiers peuvent envisager sans crainte le choc contre les « dentistes » Rennais.

Mais le « clou » de cette fin de saison va être sans contredit la grande rencontre E.D. Rennes-E.D.P. Grâce à la générosité du Dr Rolland et de M. *Daligault*, nos footballeurs, basketteurs et basketteuses iront dans la cité bretonne, sous la conduite de leur conseiller technique, M. Marguerite, les 14, 15 et 16 mai. Pendant que les garçons disputeront les finales des deux Coupes, nos joueuses disputeront un match amical contre celles de Rennes. Etant donné la valeur de tous et leur bonne tenue au cours des rencontres précédentes, nous pouvons espérer que de nouveaux lauriers viendront s'ajouter à ceux déjà si nombreux de nos joueurs.

En ping-pong, nos joueurs ont remporté la Coupe *Ash* par huit victoires à deux.

Le challenge de Natation Inter-Ecoles-Dentaires (Coupe *S.S. White*) aura lieu le 16 mai, à la piscine Saint-Germain de Pontoise. Avec Fayolle et Trinquecoste, nous pouvons attendre cette épreuve avec optimisme.

Enfin, signalons le 6 mai, dans les bois de Saint-Germain, une réunion sportive et récréative qui réunira joyeusement tous les membres et supporters de notre Groupe Sportif.

J. Huard.

L'Administrateur-Gérant : P. LOISIER. — Autorisation S. 149.

Soc. Rep. Imp. & Pub. (DOMMINE ÉTIENNE)

L'ODONTOLOGIE

REVUE MENSUELLE

DIRIGÉE DE 1881 A 1896 PAR PAUL DUBOIS
DE 1896 A 1932 PAR CHARLES GODON
ET DE 1923 A 1940 PAR MAURICE ROY

Secrétaire de la Rédaction, Administrateur
Pierre LOISIER
Professeur sup. à l'Ecole Dentaire de Paris

Directeur et Rédacteur en Chef
A. AUDY
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Le diagnostic des Dysmorphoses maxillo-faciales sur le plan de la Médecine sociale, par le Professeur X.-J. Dubeeq.....	82
Les retards d'éruption des incisives centrales supérieures, par le Dr James Quintero ..	83
La création du certificat de soins dentaires obligatoire, par le Dr de Nèvezé... ..	85
REVUE DES LIVRES ET DES REVUES.....	89

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

Société d'Odontologie de Paris. — (Séances des 4, 5 et 6 mai 1943).....	90
HYGIÈNE	94
NOUVELLES.....	96

EDITIONS DE LA SOCIÉTÉ RÉGIONALE D'IMPRIMERIE
MAURICE DORMANN, ÉDITEUR

RÉDACTION ET ADMINISTRATION : 45, rue de la Tour-d'Auvergne, PARIS (9^e)
Compte Chèques Postaux 277.93 Paris Téléphone : Trudaine 74-86 et 74-87

Abonnements : France.. 100 fr. par an. — Le numéro : 12 francs.
Etranger. 120 fr. par an. Pays ayant accepté une réduction de 50 % sur
les affranchissements des périodiques. Le numéro : 14 fr.
Pour les autres pays : 130 fr. par an. Le numéro : 16 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

LE DIAGNOSTIC DES DYSMORPHOSES MAXILLO-FACIALES SUR LE PLAN DE LA MÉDECINE SOCIALE

Par M. le Professeur X.-J. DUBECQ,

Chargé du Cours de Stomatologie à la Faculté de Médecine de Bordeaux

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le 6 avril 1943)

616.314 089.23

L'orthopédie maxillo-faciale est encore une science mystérieuse, que médecins et dentistes continuent à identifier avec le redressement des dents. Il est pourtant acquis que l'élément dentaire, avec son critère occlusal, ne représente qu'un élément du diagnostic des dysmorphoses maxillo-faciales. Il est tout aussi bien acquis que les malformations de la face, qu'elles soient d'origine acquise ou congénitale, retentissent fâcheusement, sur le développement des enfants qui en sont porteurs.

C'est pour que leur correction soit envisagée, autant sur le plan de la médecine sociale que sur le plan de la clientèle courante, que nous nous sommes attaché à en rendre, par une instrumentation réduite et peu coûteuse, par le choix de quelques signes essentiels, le diagnostic facile, accessible à tous les pédiâtres et à tous les chirurgiens-dentistes.

Notre instrumentation se résume ainsi :

- 1° un profilomètre ;
- 2° un compas de sculpteur ou anthropométrique ;
- 3° un mensurateur sagittal ;
- 4° un compas d'écolier à pointes mousses ;
- 5° un jeu de formes elliptiques ;
- 6° une règle graduée en millimètres ;
- 7° la table barème de Pont.

Bien que modeste, une telle instrumentation permet de dresser un tableau séméiologique suffisant en pratique courante et de mettre en lumière les signes cardinaux de toute malformation.

L'examen du profil localise la dysmorphose sur l'un ou sur l'autre des deux maxillaires. La profilométrie a sur la photographie et la téléradiographie l'avantage de la rapidité. La mesure de la distance bizygomatique osseuse et de la distance trago-incisive ou trago-sous-nasale donne le grand axe et le petit axe, qui sont nécessaires et suffisants pour construire l'ellipse idéale du sujet examiné.

La largeur maxima de l'arcade mesurée avec un compas d'écolier, la longueur de l'arcade mesurée à l'aide du mensurateur sagittal, la mesure de la largeur de l'arcade en des points déterminés, permettent de construire l'arcade réelle et de la superposer à l'arcade idéale.

A ce moment, le diagnostic est fait dans ce qu'il a d'essentiel au double point de vue morphologique et biologique.

Il gagne à être confirmé par la recherche de l'indice de Pont, dont les résultats sont, dans l'immense majorité des cas, concordants.

Enfin, il y a lieu de la compléter par l'examen de l'occlusion et par la mention des malformations ou malpositions dentaires isolées.

L'examen orthopédique sera résumé dans une fiche.

LES RETARDS D'ÉRUPTION DES INCISIVES CENTRALES SUPÉRIEURES

Par le Dr James QUINTERO

Stomatologiste de l'Hôpital Debrousse,
Professeur à l'Ecole Dentaire de Lyon.

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le 4 mai 1943)

616.314 007 12

Les retards d'éruption ne sont pas rares et l'Orthodontiste peut les observer au niveau de différentes dents, en particulier des canines. Ce qui est plus rare, c'est l'évolution tardive de l'incisive centrale supérieure. Nous pouvons rester plusieurs mois, parfois des années sans en observer un cas, puis, la loi des séries faisant sentir ses effets, nous en rencontrons soudain sept ou huit cas différents. C'est ce qui vient de se passer pour moi et comme certains de ces cas présentent un intérêt particulier, j'ai pensé qu'il ne serait pas inutile dans une réunion qui n'est pas réservée exclusivement aux orthodontistes de vous faire part de mes observations.

Je crois que le premier qui ait attiré vraiment l'attention sur ces retards d'évolution est notre confrère anglais Chapman, de Londres. Plus récemment, Comte, de Genève, au Congrès de la Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale à Lille, en 1938, a présenté un travail très intéressant sur les kystes dentifères en orthodontie. Il présentait trois cas se rapportant tous à des retards d'évolution des incisives supérieures par suite de la présence de kystes dentifères. Dans la discussion, Fernex, de Genève, relatait un cas de même ordre mais où il s'agissait d'une canine.

Pour Chapman, tous les cas de retard d'évolution sont dus à la présence de dents surnuméraires, une ou deux suivant le cas. Personnellement, j'ai pu observer des cas où le retard d'évolution n'était dû ni à un kyste dentifère, ni à une dent surnuméraire, mais simplement à une endognathie prononcée du maxillaire.

Nous voyons donc que trois causes peuvent être mises en avant pour expliquer ces retards d'évolution, soit la présence de dents surnuméraires comme l'a montré Chapman, soit les cas de kystes dentifères comme dans les cas de Comte, soit enfin l'endognathie comme je viens de l'indiquer.

Où se présentent ces obstacles ? — Dans le cas de kyste, le sac qui enveloppe la couronne de la dent permanente et siège par conséquent en partie du côté vestibulaire et en partie du côté palatin et c'est surtout du côté palatin que nous trouvons les denticules ou les dents surnuméraires en cause. Dans le cas de dent surnuméraire, tout au moins par ceux rapportés par Chapman et ceux que j'ai pu observer moi-même ou qui m'ont été soumis par les confrères, c'est toujours du côté palatin qu'il faut rechercher la dent surnuméraire.

Quel est le volume de l'obstacle ? — Eh bien, cet obstacle peut être éminemment variable. Tantôt il est constitué par une dent naine, tantôt par une dent de dimension normale, quelquefois c'est une véritable dent géante, plus ou moins mal placée que nous rencontrons. Au mois de juillet dernier, j'ai eu à intervenir dans un cas de retard d'évolution des deux incisives centrales. D'un côté se présentait une petite dent du volume d'une incisive latérale terminée par un petit sac ramolli qui figurait approximativement

la racine. De l'autre côté, il s'agissait au contraire d'une dent très volumineuse ayant exactement la forme d'un cône d'environ 1 centimètre de hauteur sur 1 centimètre de diamètre, terminée également par un sac ayant la forme d'un cône renversé par rapport au premier, les deux cônes se touchant par leur base.

Comment intervenir dans ces cas ? — Le chirurgien-dentiste a généralement tendance à pratiquer des incisions petites et à travailler dans un puits. Le manque de préparation médico-chirurgicale explique cette tendance à réduire le plus possible le champ de son intervention.

Je crois qu'il ne faut pas hésiter à faire des incisions très larges et à récliner fortement la muqueuse en opérant de la manière préconisée par Gérard Maurel pour l'extraction des canines incluses. De cette façon, nous pouvons avoir une vue très large et très étendue sur le champ opératoire et sans crainte d'hémorragie, car il est bien connu que si nous avons un petit écoulement sanguin au début de l'intervention, cet écoulement se tarit très rapidement et d'ailleurs nous possédons des hémostatiques qui nous permettent de travailler en pleine lumière.

Ceci fait, ou bien la dent surnuméraire se présente à notre vue et nous pouvons l'extraire très facilement, ou bien alors il nous faut, avec la gouge et le maillet dégager la couronne jusqu'à ce qu'il soit possible de l'extraire facilement. Un petit tamponnement provisoire permet d'arrêter l'écoulement sanguin s'il y en a un et au bout de quelques minutes nous pouvons enlever ce tamponnement, remettre en place la muqueuse et la maintenir avec un ou deux points de suture. L'obstacle est enlevé. Le plus souvent la dent évoluera d'elle-même ; cependant lorsqu'il s'agit de patients relativement âgés et lorsque la racine est complètement développée, l'évolution paraît suivre un temps d'arrêt et on peut être conduit à obtenir la sortie de la dent par des moyens orthodontiques.

Je n'ai pas besoin d'insister sur les méthodes employées qui sont bien connues de tous et qui peuvent se résumer de la façon suivante : ou bien on fore un trou calibré dans la couronne de la dent, comme pour une canine incluse, et on y scelle un tenon en forme de spirale, ayant exactement la dimension du trou, puis au moyen d'un ressort ou de ligatures, on opère des tractions ; ou bien on dégage la couronne de la dent, on entoure celle-ci au niveau du collet d'une ligature métallique se terminant par un crochet sur lequel on peut agir par les mêmes moyens que précédemment. Dans les cas de kyste on intervient suivant la technique habituelle toujours avec un large dégagement du champ opératoire et on facilite la sortie de la dent par les méthodes que je viens d'indiquer. Enfin lorsque le retard est dû uniquement à l'endognathie, le traitement consiste à élargir le maxillaire suffisamment pour que les incisives ne soient plus gênées par leurs voisines et puissent évoluer librement. Cette dernière méthode étant plus longue, il est possible que la dent n'évolue pas d'elle-même, et que l'on soit amené ici aussi, pour terminer le traitement à user des moyens artificiels mais en général l'expansion seule suffira à lever les obstacles.

J'ai cru bon d'attirer l'attention sur ces cas qui ne sont pas très fréquents, parce que, par leur rareté même, les confrères non spécialisés en orthodontie peuvent hésiter sur la conduite à tenir. Mais lorsqu'on a eu l'occasion de traiter un seul de ces cas, on a l'attention suffisamment attirée sur ces anomalies pour en tirer les conclusions et agir en conséquence.

LA CRÉATION DU CERTIFICAT DE SOINS DENTAIRES OBLIGATOIRE

Par le Dr de NÉVREZÉ,
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le 4 mai 1943)

616.314 084

Les réunions qui vont se dérouler ont été faites sur le thème de la prophylaxie des dysmorphoses facio-maxillo-dentaires et accessoirement de la polycarie dentaire infantile : car de l'avis de tous les auteurs, la disparition prématurée des dents temporaires par carie ou par extraction intempestive est une cause majeure de malpositions. Cette double prophylaxie odonto-orthodontique reste le problème redoutable de notre profession.

Ce problème de la prophylaxie des troubles dentaires a été abordé dans notre Société par de nombreux auteurs dont les noms sont tous présents à notre esprit. Ils sont tous tombés d'accord sur le fait que cette prophylaxie est scientifiquement réalisée sur le plan individuel mais qu'elle ne l'a jamais été dans notre pays sur le plan social.

En France, son organisation implique une réforme totale au point de vue politique et professionnel. Elle ne paraît réalisable que par l'autorité de l'Etat et par l'autorité de l'Ordre des dentistes. Le moyen paraît simple :

Il faut obtenir la création du *certificat de soins dentaires obligatoire* pour tout écolier français.

Qu'il faille accomplir cette révolution autoritaire pour assurer la santé de nos enfants et l'accomplir non pas théoriquement, non point en paroles, mais réellement, concrètement dans les faits, voilà qui n'est pas douteux.

Aucun redressement national, aucune amélioration de la race ne sont possibles si nous ne parvenons pas à modifier nos méthodes, nos mœurs, nos manières de penser, à organiser notre vie sociale selon de nouvelles règles, de nouvelles cadences à adapter aux nécessités de l'heure tragique présente.

La carie dentaire est un fléau national. Il faut organiser une véritable croisade pour le combattre. Voilà le fait.

Etudions rapidement les conditions de sa production et sa fréquence et les moyens qu'on peut proposer pour la diminuer.

1° *Sur le plan individuel*, les troubles dentaires représentent une diminution évidente de la valeur physique du porteur parce que la denture joue un rôle capital dans la mastication, dans la phonation, dans la respiration et même dans l'attraction sexuelle. La destruction de l'engrenage dentaire s'accompagne de troubles douloureux, des infections osseuses et de complications générales variées incompatibles avec l'effort du travail quotidien.

L'évolution progressive de ces troubles aboutit à l'édentition qui tare sévèrement le porteur. Mais, notion capitale, la fréquence des troubles dentaires est surtout considérable chez les enfants.

a) *Les irrégularités dento-maxillaires* peuvent créer des difformités faciales par réduction ou exagération des diamètres normaux. Suivant les milieux sociaux, leur fréquence n'est pas inférieure à 10 % et peut atteindre jusqu'à 50 %. Elles doivent être dépistées et traitées précocement et sont

d'autant plus faciles à corriger qu'elles sont traitées plus tôt. Elles sont nettement aggravées par la disparition prématurée des dents temporaires par carie ou par extraction.

b) La *polycarie dentaire* atteint de 80 à 88% des cas, suivant les milieux sociaux, chez les enfants de 5 à 16 ans. Elle se raréfie à partir de l'adolescence si bien qu'un sujet correctement soigné jusqu'à 16 ans ne perdra presque plus de dents au cours de sa vie. Pour les raisons déjà rappelées, la denture temporaire doit être minutieusement traitée et conservée comme la denture permanente. En outre, des soins de propreté et de brossage, la prophylaxie de la carie dentaire infantile consiste dans une inspection régulière trimestrielle ou semestrielle de la denture. Toute lésion découverte doit être suivie immédiatement de traitement d'obturation. Toute inspection non sanctionnée par un traitement immédiat est un acte stérile. Une appendicite diagnostiquée suspend la vie sociale du sujet et le met sous l'observation chirurgicale. Une carie dentaire doit prendre la même importance.

Lorsque la polycarie est nombreuse, un traitement médical doit être institué. Je reste de plus en plus convaincu que la polycarie dentaire symétrique récidivante ou accompagnée d'accidents d'intolérance, révèle un terrain imprégné de tuberculose. De nombreuses radiographies m'ont démontré que la polycarie dentaire est parallèle de la polyadénite thoracique.

Malgré la certitude des résultats thérapeutiques contre les malpositions et caries dentaires, ces deux calamités restent un fléau morbide, vaincu en raison d'obstacles plus particulièrement psychologiques.

2° Sur le plan social, ceux qui se sont activement penchés sur ce problème ont tous été frappés de ses facteurs psychologiques :

a) Les enfants n'aiment pas l'art dentaire dont ils ne connaissent que la douleur et les bobards qu'on raconte à son sujet (ignorance).

b) Les parents n'aiment pas l'art dentaire pour leurs enfants et craignent surtout les dépenses d'argent que comportent ces soins (avarice).

c) Les praticiens n'aiment pas l'art dentaire infantile en raison de la perte de temps qu'exige l'éducation psychologique des enfants et des parents (paresse).

d) La corporation sait que la charge des soins dentaires scolaires est lourde, et à part quelques initiatives locales, s'est cantonnée dans l'inspection dentaire.

En résumé, ignorance, paresse, malpropreté, avarice, indiscipline générale, telles sont les causes qui entretiennent et propagent ce fléau pathologique, véritable psychose collective. *C'est de plus un fléau national.* Plus de cent mille édentés furent incapables de faire leur devoir militaire en 1914, tant qu'ils ne furent pas appareillés ; et on peut dire que la situation restait inchangée en 1939, les mêmes causes produisent les mêmes effets. Ajoutons enfin que si les troubles dentaires ne sont pas nettement dus à la tuberculose ils contribuent à favoriser son éclosion en diminuant le terrain. Cette constatation n'est pas pour restreindre l'importance de ce fléau, qui est le résultat maximum de la conjonction des égoïsmes social, administratif et corporatif.

3° Sur le plan professionnel : la création du *certificat de soins dentaires obligatoire* représenterait certainement pour la corporation un lourd service social. Elle forcerait l'ordre des dentistes à de multiples créations.

Parmi les moyens utilisables, je retiens ceux proposés par Tacail dans son remarquable ouvrage sur la prophylaxie odonto-orthodontique et dans le récent travail de Dechaume et Cauhèpe.

Voici les principaux :

1° *Livret dentaire scolaire* pour tout enfant de 6 à 16 ans.

2° *Certificat de soins dentaires effectués* délivré par le dentiste traitant, à présenter chaque semestre ou chaque année, à l'entrée des classes avec sanction pour les négligents ; passage interdit d'une classe à la classe supérieure, refus d'inscription aux examens et aux différents concours, etc... Et ceci au même titre que le certificat anti-variolique et anti-dyphtérique.

3° Service social rétribué suffisamment. Pour tous ceux qui collaborent à notre travail professionnel :

a) Pour les jeunes diplômés des deux sexes : les jeunes femmes seraient spécialisées dans le traitement des jeunes enfants et les soins orthodontiques. Stage deux ans avec concours de sortie (internat à organiser dans les dispensaires dentaires constitués en école de perfectionnement avec enseignement pratique et théorique) ;

b) Pour tous les praticiens : durée variable suivant les besoins professionnels, suivant l'âge, les charges de famille, les capacités, les titres ; à employer par roulement, par tour de service (un mois par an) ;

c) Pour tous les prothésistes diplômés (diplômes à créer) dans les mêmes conditions que les praticiens ;

d) Pour toutes les infirmières diplômées et assistantes sociales spécialisées (diplômes à créer).

4° Instituts ou dispensaires dentaires à raison d'un établissement pour chaque agglomération de 20.000 enfants : un par région ou par département suivant la densité de la population. Les écoles dentaires seraient utilisées comme dispensaires. L'Institut Eastman serait un modèle à copier s'il pouvait devenir pour les jeunes praticiens une école de perfectionnement technique.

5° Voitures ou remorques stomatologiques en nombre suffisant dans chaque département pour atteindre les écoliers ruraux.

Les moyens devraient être calculés pour soigner 10 classes d'enfant de 6 à 16 ans, sur le taux de 400.000 naissances par an, soit 4 millions d'enfants.

Malgré ces chiffres impressionnants, la campagne doit être entreprise. Elle pourrait éteindre progressivement la carie dentaire en une dizaine d'années et diminuer intensément les maladies digestives et pulmonaires.

4° *Sur le plan économique.* — Notre confrère Tacail s'est livré au calcul de la dépense que représenterait cette croisade contre les maladies dentaires de 20.000 enfants indigents. D'après les tarifs établis en 1937, les soins pour chaque enfant indigent atteindraient environ 150 fr. par an. Ils seraient en grande partie couverts par les Assurances sociales. En raison de la dévaluation monétaire actuelle, le chiffre serait quadruplé, mais dans les mêmes proportions pour tout le monde. Même si on réalisait ce programme par tranches annuelles en débutant par les enfants de moins de six ans, cela constituerait une lourde charge de travail et d'argent pour la corporation. J'ajoute que ni les stomatologistes, ni les dentistes ne pourraient l'accomplir seuls les uns sans les autres.

On peut cependant concevoir la réorganisation de la profession en vue de fournir ce travail. La bonne volonté et le dévouement ne manqueraient pas. Mais la profession est ridiculement pauvre d'argent en raison de sa qualité de profession libérale, si on la compare aux ressources que peut fournir la grande industrie. Il n'y a qu'à constater le dénuement de nos écoles dentaires en comparaison des immeubles représentatifs des autres professions industrielles.

Si l'on recherche les causes de cette anomalie sociale, on voit que la profession dentaire a organisé par ses propres moyens son enseignement et n'a reçu de l'Etat que des crédits dérisoires.

Actuellement les conditions matérielles de la vie nous font prévoir que la corporation ne pourra vivre et avoir un rendement social qu'à condition que l'Etat permette et favorise la *constitution d'un patrimoine corporatif*. Cette constitution n'est pas une nouveauté puisqu'elle a été préconisée par les disciples, fidèles continuateurs exacts de la grande pensée réformatrice de Le Play et La Tour du Pin.

Ce *patrimoine corporatif* pourrait être constitué par :

1° Un pourcentage sur les patentes et sur les bénéfices fiscaux que réalisent la Profession et ceux qui en vivent (fournisseurs dentaires, métallurgistes de métaux précieux, fabricants de brosses à dents, de dentifrices, etc...).

Le Ministère de la Production Industrielle l'a réalisé pour le thermalisme, le Ministère de la Santé Publique pourrait le réaliser pour la prophylaxie des maladies dentaires.

Les assujettis paieraient ces cotisations d'autant plus facilement qu'elles seraient imputées aux frais généraux et non pas déduites des bénéfices. Elles serviraient au développement de la profession matériellement et moralement, en même temps qu'elles contribueraient à l'œuvre de salut public.

Ce patrimoine corporatif prendrait à sa charge, sous le contrôle de l'Etat :

1° La création d'une ou deux écoles, d'instituts dentaires, dispensaires ou écoles dentaires bien équipés pour l'enseignement et le traitement des maladies dentaires scolaires ;

2° Le financement des services sociaux pour la prophylaxie odonto-orthodontique en association avec les Assurances sociales. Il faut une augmentation des tarifs concernant les soins de conservation de la dentition des enfants ;

3° Les retraites des vieux travailleurs. Un prothésiste totalisant un certain nombre d'années dans son métier en deviendrait propriétaire, au même titre qu'un officier, de son grade. En cas de chômage, la corporation le prendrait en charge en lui versant un pourcentage à déterminer (75 % du salaire mensuel moyen antérieur) ;

4° L'apprentissage serait également réglé par la corporation qui bénéficierait de taxes d'apprentissage ;

5° La retraite des dentistes, en fixant le lieu et le nombre des cabinets dentaires, qui fonctionneraient comme des charges. En devenant une valeur officielle marchande, la charge assurerait la retraite du dentiste ou un capital en cas de décès, pour veuve ou orphelin.

A l'abri de ce patrimoine, la corporation connaîtrait la sécurité, la paix sociale et la considération en faisant œuvre nationale. Ce serait une véritable libération de la profession étouffée plus ou moins sous les prises anémiantes de l'Etat.

Telles sont les grandes lignes d'un projet encore utopique et théorique. Mais nos Sociétés scientifiques ne sont-elles pas constituées pour chercher les moyens de progrès individuel, professionnel et social? Notre profession constituée de la sorte sur le patrimoine corporatif, déchargerait et à la lettre, dégrèverait l'Etat central de quelques-unes des fonctions qu'il remplit le plus mal et qui sont cependant urgentes.

Là prophylaxie odonto-orthodontique est urgente dans un pays où la population a été durement éprouvée dans sa santé morale et physique au cours des années tragiques que nous avons vécues.

A mon avis, la création du certificat de soins dentaires obligatoire pour les écoliers français est le premier signal d'alarme à donner dans la voie que nous poursuivons. Le reste suivra.

REVUE DES LIVRES ET DES REVUES

VIARD (Paul). — **Contribution au traitement de la stomatite aphteuse chronique grave.** (*Société de Thérapeutique*, Paris, 9 décembre 1942).

L'auteur rapporte trois observations de malades atteints de stomatite aphteuse chronique grave, totalement guéris et sans rechute depuis deux ans, grâce à l'histaminothérapie.

Ces patients souffraient depuis plus ou moins longtemps de crises d'aphtes térebants, ulcérés, intéressant la muqueuse pharyngo-glosso-jugale et survenant par crises de trois semaines à deux mois, incessantes et retentissant si profondément et si gravement sur l'état général que l'un des patient était précachectique.

La guérison dans ces trois cas a été obtenue en quatre mois de traitement par l'histaminothérapie pratiquée sous forme d'injections intramusculaires tri-hebdomadaires de bichlorhydrate d'histamine à doses réfractées de 0 gr. 01 à 10 gr. Dans le cas le plus sévère deux séries de 40 injections ont amené la guérison. Par prudence, deux séries supplémentaires furent conseillées. P. V.

HETZAR (W.). — **La Sialographie.** — (Edité à Leipzig, chez G. Thieme, 1942).

La sialographie est une méthode d'examen destinée à préciser le diagnostic des affections des glandes salivaires, parotide et sous-maxillaire.

L'auteur indique les techniques d'opacification des conduits de Sténon et de Wharton et recommande comme produit de contraste l'iodopine de Merck à 40 pour 100 ou le lipiodol.

La sialographie permet de localiser les fistules et les séquelles de blessure des glandes salivaires ; elle précise la forme et la situation des sialolithes qui donnent sur les clichés simples des opacités peu denses, d'interprétation délicate.

Dans les inflammations aiguës, on observe une réduction de calibre de tous les canaux excréteurs. Dans les inflammations chroniques on constate une augmentation de volume des canaux, surtout du conduit principal ; en général, les fines ramifications périphériques ne sont pas remplies ; dans les stades tardifs on constate des dilatations moniliformes et les ectasies localisées des canaux principaux.

Dans les inflammations spécifiques (tuberculose, actinomycose) on observe des taches opaques, des lacunes irrégulières, réunies au système excréteur.

Dans les tumeurs on peut différencier les néoplasies bénignes des néoplasies malignes. Un assez grand nombre de reproductions radiographiques accompagnent le texte. P. V.

MOREAU (A.). — **Nos connaissances actuelles sur la vitamine P P et l'avitaminose nicotinique.** — (Edité à Paris, chez Maloine, 1942).

La connaissance et l'étude de la vitamine P. P. ainsi que les troubles fréquents que sa carence fait naître, dominent à l'heure actuelle la pathologie et la thérapeutique ; aussi ce travail sera-t-il d'un grand intérêt pour tous les praticiens.

L'auteur, dans ce travail très bien exposé et complet, s'appuyant sur les travaux publiés çà et là, dans la littérature médicale, insiste en les commentant, sur l'importance actuelle que revêt la vitamine P. P. Les conclusions soulèvent des problèmes nouveaux posés par les restrictions alimentaires actuelles, principalement en lait, œufs, viande, poisson...

Personne, aujourd'hui, ne doit ignorer les causes, la symptomatologie, le traitement, la prévention des troubles fréquents et quelques fois graves causés par la carence de cette vitamine.

Dans les circonstances actuelles l'avitaminose nicotinique revêt une grande importance d'où l'intérêt et l'utilité de cette publication. P. V.

Hygiène du sommeil. — (*Zahnärztliche Mitteilungen*, 4-11 janvier 1942, n°s 1-2).

Le professeur I. H. Schultz nous en parle dans la *Zeitschrift Für Ärztliche Fortbildung*, 1941-42.

Le sommeil humain est une accoutumance suivant la situation sociale, culturelle et technique de l'individu. Le rythme de base est comme chez les autres êtres vivants conditionné par la lumière.

Du sommeil du nourrisson s'étendant sur 24 heures, avec de courtes interruptions il se développe deux types de dormeurs : le premier met une demi-heure à une heure pour s'endormir et reste 3 à 4 heures dans le sommeil le plus profond. Il se réveille au bout de 7 à 8 heures de sommeil total, frais et reposé. Le deuxième type, également en bonne santé, met le même temps pour s'endormir mais ne reste que 2 à 3 heures dans le sommeil profond. Il se réveille au bout de 5 heures de sommeil, total pour répéter le cycle. Il a donc besoin de 10 heures de sommeil. C'est le dormeur en deux phases. Lorsqu'on le réveille au bout de 7 à 8 heures, on l'arrache du sommeil profond. Il ne se sent pas frais est de mauvaise humeur, et doit combattre cet état.

Schultz recommande à ceux ayant ce double cycle de raccourcir leur temps de sommeil de 5 à 6 heures et d'interrompre les 18 restant par un sommeil profond d'une heure. Souvent les 5 à 6 heures de sommeil leur suffisent, mais à ceux de constitution plus faible il est recommandé une interruption d'une heure.

J. K.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 4 mai 1943

Cette séance qui a lieu au cours des journées scientifiques d'Orthopédie dento-faciale, est présidée par le Dr Hulin, qui donne la parole à M. Girbon pour la lecture d^e la communication du Dr Quintero, de Lyon, empêché.

Les retards d'éruption des incisives centrales supérieures dont le Dr Quintero vient d'observer plusieurs cas récents, sont un fait assez rare. Ces retards peuvent être dus à la présence de dents surnuméraires, à l'existence d'un kyste dentifère ou à une endognathie du maxillaire.

Dans les deux premiers cas, après intervention chirurgicale, on fore une cavité dans la couronne de la dent incluse et après scellement d'un tenon, on opère des tractions mécaniques par ressort ou ligatures.

Dans les cas d'endognathie, l'expansion est généralement suffisante.

Le Dr de Névrezé aborde l'étude du certificat de soins dentaires obligatoire.

L'auteur montre la nécessité de réaliser la prophylaxie odonto-orthodontique non seulement sur le plan individuel, mais aussi sur le plan social, par la création d'un certificat de soins dentaires obligatoire pour tout écolier.

Se basant sur les travaux récents de Tacail et des Drs Dechaume et Cauhépe, le Dr de Névrezé propose la création d'un livret dentaire scolaire pour tout enfant de 6 à 16 ans, et d'un certificat de soins dentaires délivré par le dentiste traitant, à présenter obligatoirement pour toute inscription dans un établissement d'enseignement.

La constitution d'un patrimoine corporatif permettrait la création d'Instituts et de Dispensaires de prophylaxie bucco-dentaire, et le financement des services sociaux s'y rattachant.

MM. Besombes, Tacail et H. Villain, les Drs Roy et Hulin participent à la discussion au cours de laquelle sont bien mis en évidence les deux points suivants : l'inspection dentaire scolaire ne signifie rien si elle n'est pas suivie des soins correspondants ; les caries dentaires des dents temporaires doivent être soignées au même titre que celles des dents permanentes.

La Société d'Odontologie de Paris émet le vœu que le travail du Dr de Névrezé soit présenté aux Pouvoirs publics comme un vœu de la Profession.

Une Commission est nommée pour l'étude de ce problème.

La séance est levée à 22 h. 15.

Le Secrétaire général : Dr Laurian.

La SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS avait organisé, en plus de sa séance mensuelle du mardi 4 mai, des réunions scientifiques et des démonstrations pratiques consacrées à l'Orthopédie maxillo-faciale, à la Prophylaxie odonto-orthodontique et à l'Anesthésie générale.

Mardi 5 mai, le matin. — Mme Vieu-Udenstock, MM. Beck, Duncombe fils et Milcent fils, présentèrent le *Diagnostic et traitement d'une Dysmorphose compliquée*.

En temps ordinaire, pendant leurs études, les élèves sont libres d'assister aux cours théoriques de travaux pratiques. Il est notoire que cette préparation est insuf-

fisante. C'est pour combler cette lacune — encore plus grande actuellement — que des cours complémentaires sont institués à l'Ecole Dentaire de Paris.

Cet exposé a montré qu'en assistant tous les jeudis après-midi aux leçons théoriques et aux travaux pratiques, les jeunes confrères peuvent acquérir le complément de connaissances indispensables pour remplir leur rôle en pratique privée.

Le Dr de Névrezé exprime toute son émotion pour la fidélité de ceux qui ont continué son enseignement interrompu par les circonstances et, s'associant aux témoignages de plusieurs auditeurs, félicite à la fois les jeunes confrères et M. Liskenne qui a particulièrement préparé leur instruction.

Mercredi 5 mai, l'après-midi, sous la présidence du Dr de Névrezé, eut lieu une réunion consacrée à des communications scientifiques.

Le COMITÉ NATIONAL D'HYGIÈNE DENTAIRE, représenté par son Secrétaire général technique, M. A. Besombes, professeur à l'E. D. P., nous exposa quel devait être le rôle de la Profession dentaire dans la Prophylaxie en Orthopédie dento-maxillo-faciale. Ce rôle doit comprendre trois parties principales : la propagande, le dépistage, le traitement. L'auteur rappelle que dans un projet déposé en 1941, il avait préconisé : 1° l'organisation dès la première enfance, de visites obligatoires de prophylaxie odonto-orthodontique ; 2° l'institution d'un carnet dentaire annexé au carnet médical. Il signale que la prophylaxie ne doit pas s'adresser uniquement à la carie dentaire, mais aussi aux dysmorphoses dento-maxillo-faciales et doit devenir une prophylaxie odonto-orthodontique.

M. Besombes reconnaît l'étendue et les difficultés de la tâche à entreprendre, aussi bien auprès du public qu'auprès de la Profession et demande à celle-ci tout entière son concours pour la sauvegarde de la santé de l'enfance.

MM. de Névrezé, Tacail, Beauregardt, Bergé, H. Villain, argumentent cette communication et sont d'accord avec l'auteur pour reconnaître l'utilité de l'organisation de ces soins prophylactiques, mais aussi pour reconnaître les obstacles à vaincre pour mener cette tâche à bonne fin.

M. Tacail, professeur à l'Ecole Odontotechnique, dans une communication : *Renseignements techniques orthodontiques de pis-aller en 1943*, signale les difficultés que rencontre l'enseignement de l'orthopédie dento-maxillo-faciale en période de guerre et même dans la période actuelle, ces difficultés étant dues en grande partie à la dispersion des membres du Corps enseignant et à la disparition des matières premières. L'auteur rappelle les principales techniques : 1° Appareils à arcs et bagues de série type Angle ; 2° Appareils entièrement construits par le praticien : Ainsworth Mershon, et leurs variantes en acier inoxydable ; 3° Les appareils mobiles, dont l'exécution prothétique est difficile pour les étudiants.

M. Tacail présente un appareil original caractérisé par une plaque et un arc amovible, qui a permis à une famille éloignée de son cabinet de collaborer au traitement. Il regrette que les étudiants se désintéressent de la prothèse, car c'est toujours le dentiste qui doit diriger le prothésiste.

MM. de Névrezé, Beauregardt, H. Villain insistent sur la nécessité de l'enseignement de cette branche de notre spécialité.

M. Reytnas, dentiste contrôleur des Assurances Sociales, expose ensuite : *Les rapports de l'Orthopédie dento-faciale et des Assurances Sociales*. L'auteur rappelle d'abord ce qu'étaient ces rapports avant août 1941, l'enfant n'étant pris en charge que pour 6 mois et le traitement ne donnait droit qu'à une participation forfaitaire variant de 10 à 20 PB. Depuis août 1941, et se basant sur l'article 6, § 16 du décret du 28 octobre 1935, et sur l'arrêté ministériel du 10 avril 1940, les Caisses peuvent accorder des prestations pendant une durée de deux années pour les traitements orthodontiques. Du point de vue technique ces prestations sont basées sur la nomenclature de Quintero qui a l'avantage de la simplicité, mais qui a pour inconvénient de manquer d'élasticité.

M. Reytnas expose ensuite le fonctionnement de l'ensemble : Examen des enfants au début du traitement, prise des dispositions administratives pour la prise en charge par la Caisse, versement des premières prestations. Il donne ensuite les raisons pour lesquelles des renseignements sont demandés aux praticiens concernant : Le diagnostic, le plan de traitement, la dépense totale envisagée, et la présentation des modèles initiaux. Les résultats obtenus actuellement sont considérables par rapport à ceux obtenus avec l'ancien système en ce qui concerne le nombre d'enfants qui, sont présentés aux Caisses et par rapport aux résultats thérapeutiques obtenus aussi bien du point de vue local que du point de vue général.

L'auteur termine en signalant les améliorations qu'il y aurait encore à envi-

sager pour qu'un nombre encore plus grand d'enfants puissent bénéficier des traitements orthodontiques.

MM. de Névrezé, Besombes, Monteil, Bergé posent différentes questions à l'orateur et le remercient des renseignements qu'il a bien voulu apporter aux praticiens.

M. Liskenne, chef de clinique à l'Ecole Dentaire de Paris, expose : *Ce que révèlent les statistiques de la consultation d'Orthopédie dento-faciale de l'Ecole Dentaire de Paris*. Ces statistiques établies sur une année scolaire, portent en particulier sur l'âge des enfants consultants, qui présentent des malformations existant depuis plusieurs années. Le recrutement de ces enfants provient des inspections scolaires, des dispensaires, des confrères. Sur ces 390 consultants, 119 ont été pris en traitement à l'Ecole, 21 ont été dirigés chez des confrères spécialisés. Les autres ont été perdus de vue et sont vraisemblablement restés sans traitement. L'auteur conclut en demandant qu'une meilleure place soit réservée à l'enseignement de l'Orthopédie dento-faciale ; qu'une propagande efficace soit faite en faveur du dépistage précoce et par tous les praticiens ; que des remboursements plus importants des Assurances Sociales permettent à un plus grand nombre d'enfants de bénéficier de ces traitements.

MM. de Névrezé, Bergé, H. Villain, Mme Muller, MM. Besombes, Blondel, Tacail et Beaugregard argumentent ce rapport et sont d'accord pour demander que l'enseignement de l'Orthodontie soit sanctionné aux examens de fin d'études, afin que tous les praticiens soient capables sinon de traiter, du moins de consulter et de diriger leurs jeunes patients présentant des dysmorphoses dento-maxillo-faciales.

M. Beaugregard, en raison de l'heure tardive ne présente que sa communication ayant trait à la Terminologie et intitulée : *Contribution sur la Terminologie et la Classification des formes analytiques des dysmorphoses*. Dans cette substantielle étude, il propose de modifier en partie la terminologie en usage : Le terme de dysmorphose convient parfaitement pour désigner l'ensemble des anomalies, mais celles-ci doivent être divisées en deux grandes catégories : Les dysmorphoses du squelette (os, alvéoles, dents) ou statiques ; les dysmorphoses de l'articulation temporo-mandibulaire ou cinématiques. Cette distinction est nécessaire parce que le diagnostic et le traitement de ces dysmorphoses essentielles sont nettement différents.

Le radical « morphose » serait plus rationnel que le radical « gnathie » pour désigner les anomalies statiques et cinématiques qui se présentent dans les six sens.

Le terme « gnathie » garde ainsi toute sa valeur pour désigner sans ambiguïté la région osseuse.

Le terme « alvéolie » (de alvéolus, petite auge), doit être préféré au terme de « gnathie alvéolaire », parce qu'il précise bien la région alvéolaire, et qu'il est plus facile à énoncer.

Les dysmorphoses cinématiques telles que l'antéposition, la rétroposition, les latéropositions mandibulaires doivent comprendre, en plus, deux formes analytiques qui individualisent les rotations exagérées ou insuffisantes de l'articulation temporo-mandibulaire, dans le sens vertical (3^e temps cinématique de la mandibule, selon le Professeur Dubecq).

Le terme « clusion » serait plus rationnel que le terme de « gnathie » pour qualifier les formes analytiques, parce que ce sont les rapports d'occlusion qui sont constatés avant les troubles des autres régions : Alvéolaires, osseuses qui, d'ailleurs, peuvent manquer.

C'est dans cet esprit que l'auteur présente un tableau synoptique de formes analytiques symptomatiques.

« La valeur d'une science ne peut être mieux démontrée que par la richesse de sa terminologie. La vulgarisation de la prophylaxie des dysmorphoses exige un langage qui soit uniforme pour tous les praticiens mais qui, pour être conforme au postulat des D^{rs} Bozo et Izard, doit être d'une absolue précision. »

M. de Névrezé félicite M. Beaugregard et souligne la difficulté d'argumenter une telle question sans l'avoir étudiée et demande à tous les confrères d'utiliser la même terminologie.

M. H. Villain demande que ce travail puisse être publié pour pouvoir être étudié et discuté.

Egalement en raison de l'heure tardive, **M. H. Villain** remet sa communication pour une autre réunion, et présente le livre du D^r Boisson sur l'art dentaire en Belgique, à propos de l'opinion de cet auteur sur le traitement des dents de lait et de la dent de six ans.

Jeudi 6 mai, le matin. — Le jeudi matin, à 10 heures, eut lieu une *Présentation d'enfants du Service de Prophylaxie Odonto-orthodontique*.

M. Besombes concrétisant les conclusions de son exposé de la veille relatif à la nécessité du dépistage et des soins avant l'âge de 6 ans, montra sur les consultants nouveaux (donc pris au hasard), les inconvénients des soins tardifs, tant en ce qui concerne la carie dentaire que les dysmorphoses. De nombreux enfants présentent entre 6 et 9 ans une destruction, sinon une absence totale des molaires temporaires.

D'intéressants cas d'agénésies, de dystrophie, d'anomalies dentaires, de malpositions dues à l'absence de diastèmes de Bogue furent présentés.

Le *Service d'Anesthésie générale*, dirigé par le **D^r Amiot** procéda à un certain nombre d'interventions pratiquées par **M. Monet**, particulièrement justiciables de ce mode d'anesthésie, qui fut également employé chez quelques enfants. Les indications en furent précisées sur des cas particulièrement démonstratifs, permettant de conclure à la réelle utilité, dans des cas bien déterminés, de l'anesthésie générale en dentisterie et chirurgie infantiles.

Jeudi 6 mai, l'après-midi était réservé à une séance de démonstrations pratiques.

M. Beauregardt présente une série de cent cas de dysmorphoses simples et compliquées, divisée en deux groupes pour montrer par des faits positifs les nombreux avantages de l'orthopédie précoce et les multiples inconvénients de l'orthopédie tardive, en considérant : l'enfant, les parents, le praticien, les Assurances Sociales.

Chaque cas accompagné de moulages, de photographies des appareils et d'une courte notice comprenant le diagnostic, la description de l'appareillage et les critiques, permet à chacun de conclure que les dysmorphoses doivent être reconnues — et même pressenties — dès leur formation ; qu'elles peuvent être corrigées avec des moyens simples, pour la plupart ; que les Assurances Sociales doivent favoriser le remboursement aux familles qui, consciencieusement, font examiner leurs enfants depuis le plus jeune âge et que l'orthopédie ne doit pas être l'apanage de quelques confrères spécialisés, sauf pour des cas d'exception.

M. Bergé présente : 1° un dispositif monté sur plaque, dérivé des appareils de *Coster* réalisant la correction automatique de la mésiosition des molaires et prémolaires ; 2° un dispositif d'arrêt automatique des écarteurs à forces continues permettant d'arrêter l'action de l'appareil lorsque le degré d'expansion désiré est obtenu.

M. Brun présente de nombreux cas cliniques de malpositions frontales compliquées de mésiosition molaires et prémolaires unilatérales, traités par un appareil à forces continues de *Chenet-Beauregardt*. Au lieu de placer cet écarteur perpendiculairement au repli palatin, l'auteur place cette machine motrice dans une position plus ou moins oblique indiquée d'après un diagnostic précis, ce qui lui permet de corriger simultanément certaines dysmorphoses frontales, compliquées de malpositions dans le sens antéro-postérieur.

M. Decelle présente une série d'appareils amovibles ayant pour particularités : 1° une force motrice continue produite par des ressorts d'acier en épingle ; 2° des arcs vestibulaires fixés par sertissage dans le caoutchouc sans avoir recours à la vulcanisation ; leur amovibilité permet leur remplacement immédiat ; 3° des crochets en acier, avec ongles, ajustés directement sur le collet des dents et s'insinuant dans les espaces interdentaires vestibulaires ou sur des bagues en acier ; la pose et le retrait des appareils est grandement facilité.

M. Eissendeck : 1° Exposé d'un tour de main pour l'emploi d'un écarteur en vue de faciliter sa finition au laboratoire et son adaptation en bouche ;

2° Présentation de films de stéréoradiographie dentaire démontrant le rôle de la stéréoradiographie dentaire en orthodontie, illustrant : a) kyste dentifère cause de retard à l'évolution d'une incisive ; b) dent surnuméraire empêchant l'évolution d'une incisive. Présentation d'un porte-film pour prise de vue horizontale en stéréoradiographie dentaire ;

3° Prognathie alvéolaire supérieure traitée : a) par appareil fixe, méthode de *Coster* ; b) par adaptation du même principe sur appareil amovible.

M. Beauregardt présente un procédé pour augmenter l'action des écarteurs à forces continues qui évite le remontage dans le remplacement des appareils.

R. Girbon.

HYGIÈNE

COMITÉ NATIONAL D'HYGIÈNE DENTAIRE

Réunion du Conseil d'Administration du 6 mai 1943

Le Conseil d'Administration du Comité National d'Hygiène Dentaire s'est réuni le 6 mai 1943 sous la présidence de M. Lozier, Président du Comité National. Vingt-quatre membres sur trente avaient répondu à leur convocation.

Après un exposé très complet du Président sur le programme de travail envisagé pour le Comité National en 1943, le Secrétaire Général Administratif rendit compte des missions de propagande dont il a été chargé par le Secrétaire d'Etat dans tous les départements.

Cette mission accomplie dans le cadre de la Région a déjà permis d'atteindre quarante-deux départements dans lesquels des Comités Départementaux et des Inspections Scolaires Dentaires sont désignés ou en voie de formation.

Partout l'accueil réservé au représentant du Comité National a été des plus chaleureux, non moins que celui de l'Administration Préfectorale. A noter l'arrêté pris, sur notre demande, par M. le Préfet de Seine-et-Oise qui a rendu, dans son département, l'Inspection Scolaire Dentaire obligatoire à la date du 4 mai 1943.

Il a été donné connaissance également des rapports déposés par : MM. Dehilotte (Basses-Pyrénées), Benoist (Landes), Selbmann (Nice), Bichon (Angers), Sénécal (Le Raincy), Mme Régis (Paris), Frey (Savigny-sur-Orge).

Ils ont été envoyés pour études et avis à l'examen de la Commission d'Enseignement et du Bureau du Comité National d'Hygiène Dentaire.

OUVERTURE D'UN CONCOURS POUR L'AMÉNAGEMENT IDÉAL D'UN POSTE D'EXAMEN DENTAIRE SCOLAIRE

Le Comité National d'Hygiène Dentaire a décidé d'ouvrir un concours pour l'aménagement d'un poste d'examen dentaire scolaire.

Deux cas sont à envisager :

- 1° Dans les centres scolaires importants, installation d'un poste fixe ;
- 2° Dans les petites communes le praticien transportera son matériel dans une voiture spécialement aménagée.

L'objet du concours est de prévoir l'aménagement des locaux et leur dotation en mobilier et matériel.

En principe, le Dentiste-Inspecteur doit se borner à examiner les bouches des écoliers et à dresser une fiche, il est assisté d'un aide.

Dans les centres scolaires importants, l'aide sera probablement une assistante sociale.

Dotation d'un poste fixe. — La salle d'examen doit être convenablement éclairée par une fenêtre large (donner des suggestions sur le revêtement des murs et du sol.)

Mobilier. — 1° Un fauteuil simple, crachoir, tablette. La tête doit être d'un modèle simple. Au voisinage immédiat de cette tête doit être fixé un rouleau de papier hygiénique qui permette par un geste simple de recouvrir d'une feuille de papier nouvelle la tête à chaque examen d'enfant ;

2° Un tabouret pivotant ;

3° Un lavabo qui doit être à la portée du praticien qui ne doit pas avoir à se déplacer pour se laver les mains (l'opérateur opérera ganté). Le lavabo peut être alimenté en eau courante ou muni de tonnelets.

4° Un meuble fichier : a) ce meuble doit pouvoir contenir les fiches des groupes scolaires ; b) servir de resserre au petit matériel d'examen et de stérilisation ; c) le dessus du meuble doit servir de pupitre pour l'assistant qui remplit les fiches sous la dictée du praticien.

5° Une tablette recouverte de céramique (fixée aux parois de la pièce et destinée : a) à supporter une étuve à air sec ; b) à servir de tablette pour la manipulation des instruments en vue de leur stérilisation ; c) à recevoir les instruments venant de la stérilisation.

6° Un évier avec égouttoir pour le lavage des instruments d'examen ;

7° Un groupe de trois ou quatre petits lavabos destinés à permettre aux enfants qui attendent leur tour d'examen de brosser leurs dents.

8° Un lit de repos.

Fonctionnement d'un poste d'examen. — Les enfants arrivent en principe conduits par leur instituteur. Ils sont porteurs chacun de leur brosse à dents contenue dans un étui (modèle à prévoir).

Ils passent au lavabo spécialement prévu et brossent leurs dents. Prévoir un distributeur de savon dentifrice liquide. Les fiches sont distribuées par l'assistant ou l'instituteur et les enfants préparés passent au fauteuil d'examen. L'examen proprement dit dure deux minutes environ.

La disposition des meubles doit permettre à la circulation de se faire sans heurt. La sortie des enfants est à prévoir par une porte distincte de l'entrée.

Le petit matériel. — 1° Sondes à examen, deux modèles : a) une sonde à angle obtus ; b) une sonde n° 17 ;

2° Miroirs plans. Un miroir entièrement métallique peut être étudié, son prix de revient étant moins élevé faciliterait la dotation de nombreux postes.

3° Précelles d'un modèle courant ;

4° Un porte-bouillottes de coton ;

5° Une petite pharmacie avec trois ou quatre flacons (matériel destiné uniquement à faire exceptionnellement un pansement calmant).

Les instruments sont groupés par quatre : un miroir, deux sondes, une précelle.

Ils sont enveloppés dans une serviette de papier (à prévoir). Ils arrivent ainsi à leur sortie de l'étuve. Ils sont développés sur la tablette. La serviette de papier les isole du contact de la tablette pendant l'examen. Ils seront enveloppés après chaque examen et la serviette jetée dans un panier à déchets (modèle à prévoir).

Nombre des instruments : le nombre des instruments doit être suffisant pour permettre au praticien d'exercer pendant 20 minutes c'est-à-dire de pratiquer environ 10 examens. Pour cela il faut prévoir 10 miroirs, 20 sondes et 10 précelles.

Pendant les 20 minutes, une même quantité d'instruments doit être à stériliser dans l'étuve et une autre même quantité doit être mise à refroidir.

Le poste de stérilisation. — a) sur une tablette, une étuve à air sec, de chaque côté un espace libre à droite par exemple, un espace où les instruments sont enveloppés avant la stérilisation et mis par 10 jeux sur un plateau ;

Au centre l'étuve, à gauche, un espace libre où le jeu d'instruments qui sort de l'étuve est mis à refroidir ;

b) A proximité immédiate, un évier à égouttoir. Lavage et égouttage des instruments. Au total pour chaque poste : 30 miroirs, 60 sondes, 30 précelles.

Dotation d'un poste mobile. — Une automobile contenant les mêmes éléments que le poste fixe. On peut prévoir que la caisse de l'auto servira de salle d'examen ou que le matériel sera sorti à chaque séance pour être transporté dans la salle d'école.

Prévoir le cas des localités où n'existe pas l'eau courante, ni le gaz, ni l'électricité.

Les principes de l'examen restent les mêmes. Opérateur assisté d'un aide.

CONDITIONS D'ADMISSION AU CONCOURS

Etre Français et arien, jouir de ses droits civils et politiques, appartenir à la corporation sanitaire (praticien, fabricant, fournisseur, etc...).

Déposer avant le 1^{er} octobre un projet envisageant l'aménagement du poste d'examen dentaire avec dessins cotés et prix de revient. — Une exposition de maquettes, plans et dessins sera organisée.

Le concours sera doté de cinq prix :

1° Le premier prix recevra..... 4.000 fr.

2° Le deuxième et le troisième prix recevra..... 2.000 fr.

3° Le quatrième et le cinquième prix recevra..... 1.000 fr.

Le jury est présidé par le Président du Comité National d'Hygiène Dentaire et comprend :

1° Le Bureau du Comité National d'Hygiène Dentaire ;

2° La Commission d'Education du Comité National d'Hygiène Dentaire ;

3° a) Le Chef de la Section d'Education Sanitaire ; b) le Chef de la Propagande Educative ; c) l'Inspecteur général de la Commission Centrale de la Propagande au Secrétariat d'Etat à la Santé ;

4° Un membre désigné par le Bureau de la Chambre Syndicale des Fabricants ;

5° Un membre désigné par le Bureau de la Chambre Syndicale des Négociants ;

6° Un membre de l'Association des Artistes Dessinateurs ;

7° Cinq membres du Conseil d'Administration du Comité National d'Hygiène Dentaire désignés par le Bureau.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au Secrétariat du Comité, 15, rue Jean-Mermoz, Paris (8^e).

NOUVELLES

Concours à l'Ecole Dentaire de Paris. — Par décision du Conseil d'administration du 11 mai 1943, un concours est ouvert et aura lieu en octobre 1943 : 1^o pour deux postes de chefs de clinique et un poste de professeur suppléant d'Orthodontie ; 2^o pour un poste de chef de clinique et un poste de professeur suppléant de céramique.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 1^{er} septembre 1943, au Secrétariat de l'Ecole, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris (9^e).

Nomination. — Nous avons appris avec plaisir que M. Gaston Ramon, directeur des services de production des sérums et vaccins de l'Institut Pasteur et directeur des Laboratoires de Recherches de Garches, vient d'être élu membre de l'Académie des Sciences. Nous adressons à M. Gaston Ramon nos chaleureuses félicitations ainsi que nos remerciements pour le bienveillant accueil qu'il nous a toujours réservé.

Naissances. — Mme et M. René Ménégalli, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, nous ont annoncé la naissance de leur fils, Didier, le 27 mai 1943.

Mme et M. Pierre Lavray, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, nous ont annoncé la naissance de leur fille Jacqueline, le 29 mai 1943.

* Mme et M. Raymond Hétois, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, nous ont fait part de la naissance de leur fils Pierre, le 29 mai 1943.

Nos félicitations.

Les Sports à l'Ecole Dentaire de Paris. — Le mois de mai a été un mois bien rempli pour nos sportifs. C'est en effet les 14, 15 et 16 de ce mois que l'E. D. P. a envoyé trois équipes de football et de basket disputer des matches importants à Rennes.

On sait que nos camarades avaient réussi à éliminer dans la Coupe Daligault et dans la Coupe Rolland les joueurs de l'Ecole Odontotechnique. Le déplacement de Rennes s'avérait difficile, mais nous avions confiance en nos joueurs, surtout en nos basketteurs. Pourtant nos espoirs furent partiellement déçus ; nous avons essuyé à Rennes deux échecs.

Tout d'abord notre équipe de football fut battue sur le score de 8-4 par une équipe plus athlétique et plus entraînée. Ensuite notre équipe féminine de basket fournit une belle exhibition et ne s'inclina, en un match amical, que sur le score de 11-10 devant une équipe plus aguerrie.

Par contre, la Coupe Rolland reste à l'Ecole Dentaire de Paris. L'Ecole Dentaire de Rennes n'ayant pu présenter une équipe complète, nos joueurs en profitèrent pour rencontrer en un match amical une formation très appréciée en Bretagne, le Patronage de La Tour-d'Auvergne.

Signalons que nos camarades, dirigés par M. Marguerite, leur conseiller technique, ont été chaleureusement accueillis dans la grande cité bretonne et magnifiquement traités par tous nos amis de Rennes.

En natation, nos nageurs dont Fayolle et Trinquescoste qui se sont particulièrement distingués, ont disputé avec succès la Coupe S. S. White et ils ont remporté une belle victoire contre l'Ecole Odontotechnique. Une agréable soirée, très réussie, suivie d'un vin d'honneur avait réuni joueurs et organisateurs, sous la présidence de M. Mourgue, directeur des Etablissements S. S. White, de M. H. Villain, de M. Wallis-Davy et de M. Marguerite, de l'Ecole Dentaire de Paris.

J. Huard.

On nous communique : A vendre, après décès, cabinet tenu pendant 36 ans par Stomatologiste, région Ouest ; installation moderne, rayons X. — S'adresser à M. Victor Breyer, 39, rue Pierre-Demours, Paris (17^e). — Carnot 36-55.

L'Administrateur-Gérant : P. LOISIER. — Autorisation S. 149.

Sec. Rég. Imp. & Pub. (Donner Épreuves)

L'ODONTOLOGIE

REVUE MENSUELLE

DIRIGÉE DE 1881 A 1896 PAR PAUL DUBOIS
DE 1896 A 1932 PAR CHARLES GODON
ET DE 1923 A 1940 PAR MAURICE ROY

Secrétaire de la Rédaction, Administrateur
Pierre LOISIER
Professeur sup. à l'Ecole Dentaire de Paris

Directeur et Rédacteur en Chef
A. AUDY
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

- Traitement chirurgical d'un Prognathisme supérieur, par P. Barthélémy de Mau-
passant..... 98
- Ce que révèlent les Statistiques de la consultation d'Orthopédie dento-faciale
à l'Ecole Dentaire de Paris, par P. Liskenne..... 103
- Sur la capacité professionnelle des Chirurgiens-Dentistes, par le Dr L. Solas... 106

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

- Société d'Odontologie de Paris (Séance du 1^{er} juin 1943) 109
- COMMUNIQUÉ DE LA SECTION DENTAIRE DU CONSEIL SUPÉRIEUR
DE L'ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS..... 110
- NOUVELLES..... 111
- FICHES BIBLIOGRAPHIQUES 112

ÉDITIONS DE LA SOCIÉTÉ RÉGIONALE D'IMPRIMERIE
MAURICE DORMANN, ÉDITEUR

RÉDACTION ET ADMINISTRATION : 45, rue de la Tour-d'Auvergne, PARIS (9^e)
Compte Chèques Postaux 277.93 Paris Téléphone : Trudaine 74-86 et 74-87

Abonnements : France.. 100 fr. par an. — Le numéro : 12 francs.
Etranger. 120 fr. par an. Pays ayant accepté une réduction de 50 % sur
les affranchissements des périodiques. Le numéro : 14 fr.
Pour les autres pays : 130 fr. par an. Le numéro : 16 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT CHIRURGICAL D'UN PROGNATHISME SUPÉRIEUR

Par P. BARTHÉLEMY DE MAUPASSANT

Chef de Clinique à l'Ecole Dentaire de Paris

*(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris,
le 1^{er} juin 1943)*

616.314.21 007.53

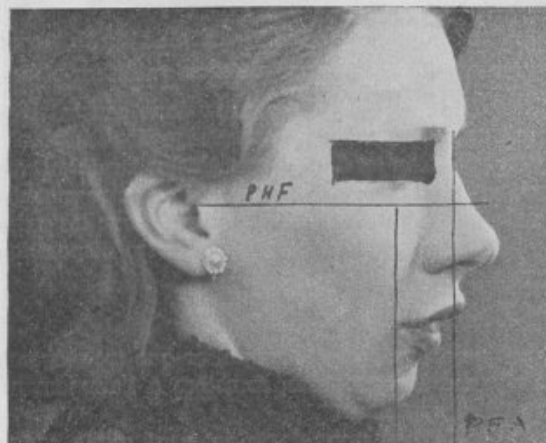
Je n'ignore pas qu'en vous parlant du traitement chirurgical d'un prognathisme supérieur, je vais m'attirer les foudres des orthodontistes, bien qu'il s'agisse en l'occurrence d'une adulte. Quoique cette thérapeutique ne soit pas courante, il faut bien admettre que dans certains cas bien déterminés, sur des adultes seulement, il nous est difficile d'entreprendre un traitement orthodontique qui demanderait de la part du client des qualités de volonté et de patience que celui-ci n'a pas ou bien une perte, de temps beaucoup trop grande.

C'est alors que la chirurgie nous apporte une aide précieuse nous permettant d'obtenir un résultat satisfaisant quant à l'esthétique et à la rapidité. Avant d'aborder le traitement du cas que j'ai l'honneur de vous présenter ce soir, qu'il me soit permis de rappeler quelques données qui nous permettront de poser le diagnostic. Souvent, lorsqu'on se trouve en présence d'un cas semblable, on hésite à poser d'emblée un diagnostic précis. Avons-nous affaire à un prognathisme supérieur ou à un rétrognathisme inférieur ? On conçoit aisément que le diagnostic ait son importance et que de lui dépende le succès ou l'insuccès du traitement.

Eh bien ! pour poser un diagnostic précis, nous avons quelques règles à suivre qui nous sont données par l'application des trois plans orthogonaux dans le sens sagittal.

A) Le plan horizontal de Francfort (PHF), a pour repère postérieur le bord supérieur du conduit auditif et pour repère antérieur le point le plus déclive du rebord orbitaire inférieur ;

B) Le plan frontal antérieur de Sylvain Dreyfus (PFA) est perpendiculaire au (PHF) point le plus en arrière de l'ensellure nasale entre les deux yeux ;



Enfin, le plan moyen de Simon (PFM) est perpendiculaire au plan de Francfort au point sous-orbitaire.

Or, pour qu'un profil soit normal, il faut :

- 1° Que la lèvre supérieure soit coupée dans sa portion muqueuse par le plan frontal antérieur ;
- 2° Que la lèvre inférieure affleure au plan antérieur ;
- 3° Que le menton soit équidistant du plan antérieur et du plan moyen.

Ces principes étant posés, vous pouvez donc constater sur les photographies qui sont entre vos mains, et sur lesquelles les plans sus-indiqués sont tracés, qu'il s'agit bien ici d'un prognathisme supérieur avec vestibuloversion des incisives supérieures, compliqué d'un rétrognathisme inférieur.

Ayant éliminé le traitement orthodontique pour les raisons que nous avons données plus haut, il ne restait plus à notre disposition que le traitement chirurgical.

Que fallait-il faire alors ?

Il fallait, puisqu'on ne pouvait propulser que très légèrement la lèvre inférieure au moyen d'une prothèse, remettre à l'alignement autant que possible le maxillaire supérieur.

Après avoir vérifié les temps de saignement et de coagulation de la malade, dans un premier temps nous avons pratiqué l'avulsion des six dents de bouche supérieures.

Dans un second temps nous avons réséqué le maxillaire supérieur sur tout le bloc incisif.

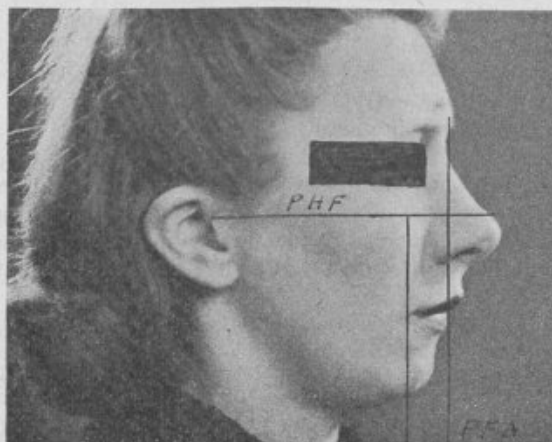
La désinfection du champ opératoire faite par une application de teinture d'iode, nous pratiquons une anesthésie très étendue du bloc incisif avec une solution de novocaïne à 2 % et adrénaline.

La gencive est incisée en suivant les crêtes osseuses et sectionnée à fond. Le lambeau fibro-muqueux est ruginé, puis détaché de la table externe de l'os jusqu'au fond du vestibule en s'efforçant de désinsérer le périoste qui ne sert pas, comme on dit souvent, à provoquer l'ostéogénèse, mais à la guider ; ce lambeau est ensuite récliné et maintenu à l'aide d'un écarteur.

Les crêtes osseuses sont alors sectionnées à la pince-gouge et la portion exubérante à la gouge sur une épaisseur environ d'un bon centimètre en profondeur.

Cette résection peut être très étendue du côté vestibulaire sans aucun inconvénient, mais par contre il faut ménager le bord occlusal en vue de la restauration prothétique et être très prudent du côté palatin en ne perdant pas de vue l'artère palatine. Ensuite, la surface osseuse est polie à la râpe à os de manière à ne laisser subsister aucune arête vive susceptible de léser la muqueuse ultérieurement.

Le lambeau vestibulaire est alors rabattu ; il est à ce moment trop long, on sectionne donc la partie en trop, puis on affronte les deux lèvres de la plaie. Il faut veiller à ce que le lambeau remis en place ne soit ni trop lâche ni trop tendu ; il convient donc de le raccourcir dans le premier



cas, et dans le second de décoller les tissus du côté palatin pour donner un peu d'élasticité.

Quelques points de suture sont faits avec du fil de lin très fin monté sur un porte-aiguille sans trop tirer sur la fibro-muqueuse. Ces points de suture espacés de 5 à 6 millimètres laissent entre eux un léger écartement des lambeaux par où peut s'effectuer l'écoulement du sang et des sérosités.

Les suites opératoires ont été très simples et moins pénibles pour l'opérée que celles d'une extraction difficile.

La cicatrisation par première intention est de règle et rapide, nous avons retiré les fils dès le septième jour, et au bout d'une dizaine de jours la cicatrisation était suffisante pour permettre la prise d'empreintes, néanmoins comme le temps ne nous pressait pas, nous avons attendu un mois avant d'appareiller la malade. Il peut arriver parfois que quelques petits bourgeonnements apparaissent, on les cautérise avec une solution de chlorure de zinc au 1/10^e.

L'appareillage fut très simple. Etant donné qu'il nous restait deux ou trois dents de chaque côté, nous lui avons fait en haut une plaque métallique avec dents ajustées devant, en rétablissant l'articulé avec les incisives inférieures.

Pour le bas, comme des prémolaires et molaires étaient absentes, nous lui avons exécuté un appareil dans le même genre, mais pour propulser légèrement la lèvre inférieure afin de rétablir un profil plus harmonieux, deux petites ailettes en caoutchouc ont été disposées sur le vestibule au niveau des incisives inférieures.

Vous avez pu constater, Messieurs, d'après les photographies, que le résultat ainsi obtenu est intéressant et rapide, que le profil approche de la normale, et que la malade peut fermer la bouche sans laisser paraître ses dents comme précédemment, que par conséquent si ce traitement ne doit pas être appliqué systématiquement, on peut y penser quelquefois à la grande satisfaction des malades dont le physique s'améliore incontestablement, mais aussi dont le moral qui souffre d'un véritable complexe d'infériorité change considérablement.

CE QUE RÉVÈLENT LES STATISTIQUES DE LA CONSULTATION D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Par Paul LISKENNE
Chef de Clinique à l'Ecole Dentaire de Paris

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le 5 mai 1943)

616.314 084

Ayant été chargé depuis deux ans de la consultation hebdomadaire du service d'Orthopédie Dento-Faciale à l'Ecole Dentaire de Paris, j'ai pensé qu'il pouvait être intéressant d'apporter aux confrères quelques précisions sur nos possibilités de traitement des nombreux patients atteints de dysmorphoses. Je vous citerai quelques chiffres, parce qu'eux seuls permettent de juger clairement la situation actuelle en face du vaste problème social que représentent les traitements de la spécialité orthopédique.

J'ai pris pour base d'appréciation la période scolaire qui s'étend de septembre 1941 à juillet 1942, au cours de laquelle il y a eu 39 consultations. Le nombre de patients qui se sont présentés est de 403, dont 390 étaient atteints d'anomalies facio-maxillo-dentaires, soit en évolution, soit nettement caractérisées.

L'âge des consultants se répartit comme suit :

a) au-dessous de 6 ans	7, soit environ 1,8 %
b) de 6 à 8 ans	35, — 9 %
c) de 8 à 10 ans	104, — 26 %
d) de 10 à 12 ans	98, — 25 %
e) au-dessus de 12 ans	146, — 38 %

Sauf pour les malpositions dentaires dues à l'évolution des dents de sagesse, la grande majorité des dysmorphoses constatées sur les sujets de plus de 12 ans présentaient un caractère étiologique et pathogénique permettant d'affirmer que ces malformations existaient depuis plusieurs années et que ces patients étaient venus trop tardivement à notre consultation — surtout si l'on compare le chiffre de 146 à ceux des âges inférieurs. (Reconnaissons toutefois que la tendance est manifeste, les enfants jeunes sont présentés en plus grand nombre qu'autrefois).

En interrogeant les parents sur les raisons qui ont motivé cette décision tardive, les réponses obtenues sont peu différentes — ou bien c'est un motif esthétique qui les a incités à tenter l'amélioration d'un visage disgracieux ; ou bien ils ont attendu — le plus souvent d'ailleurs sur le conseil d'un confrère — que l'enfant ait atteint un âge avancé et que la denture permanente ait terminé son évolution. On ne saurait trop répéter qu'il y a là une erreur regrettable, préjudiciable à l'intéressé puisque le traitement à ces âges sera plus aléatoire, sinon impossible, mais sûrement plus long et plus onéreux. Nous savons, en effet, que vers l'âge de 12 ans

les arcades dentaires ont atteint leurs dimensions transversales maxima dans le même temps qu'a évolué la denture permanente. La pratique de l'orthopédie nous a appris qu'il est plus rationnel et plus facile d'agir au cours du développement du squelette facial encore peu ossifié, que sur des maxillaires calcifiés ayant sensiblement atteint leurs formes définitives.

Si nous prenons l'exemple des anté ou latéro-positions mandibulaires, nous savons qu'il est généralement facile de corriger ces malocclusions dès leur apparition à la denture temporaire ou au moment de l'évolution des incisives permanentes par des appareillages simples, intra ou extra-buccaux, alors que le traitement tardif est hérissé de tant de difficultés qu'on doit parfois avoir recours à des extractions et même à une intervention chirurgicale sur la mandibule.

De ce premier tableau, nous pouvons conclure que si l'âge des consultants est en moyenne trop élevé, c'est que le dépistage des anomalies n'est ni assez précoce, ni assez répandu. Le seul remède qui paraît s'imposer serait le dépistage systématique par l'examen périodique et obligatoire de tous les enfants, à tous les âges depuis la naissance, pour permettre d'instituer en temps utile les traitements précoces les plus simples et de donner aux parents les conseils ayant trait à la prophylaxie des dystrophies dento-maxillo-faciales.

Il ne faut pas méconnaître les efforts déjà tentés, ainsi que les résultats obtenus, comme nous l'indiquent les chiffres suivants :

- a) les inspections scolaires ;
 - les dispensaires de Paris et de Banlieue ;
 - les services de Stomatologie des Hôpitaux ;
 - les consultations dentaires d'œuvres diverses, nous ont adressé 187 consultants, 48 %.
- b) les confrères de Paris et environs, 86 consultants, 22 %.
- c) les autres consultants sont venus d'eux-mêmes.

Cette statistique démontre que les services d'hygiène sociale, en particulier les inspections scolaires et les dispensaires développent une activité, toujours accrue d'ailleurs, en matière de surveillance dentaire, puisqu'ils ont provoqué près de la moitié des consultations dans notre service. Regrettons seulement que ces organismes ne puissent surveiller tous les enfants et ne soient pas toujours en mesure de donner directement les conseils de prophylaxie obligeant ainsi les parents à un déplacement vers un centre de traitement, ce qu'ils négligent souvent de faire.

Des cabinets particuliers nous sont venus 86 enfants adressés à l'Ecole pour y être traités dans nos services :

— soit par raison d'économie, les honoraires demandés étant trop onéreux pour des familles de situation modeste ;

— soit parce que nos confrères ne voulaient pas prendre la responsabilité de cas trop compliqués, ou simplement qu'ils ne s'intéressent pas à l'orthodontie.

Indiquons maintenant, pour terminer, ce que sont devenus ces 390 consultants, tous justiciables d'un traitement.

Sur ce total, l'Ecole a accepté dans son service d'orthopédie, 119 personnes choisies par priorité parmi les enfants des prisonniers de guerre et dans les familles nombreuses de situation modeste, puis parmi les enfants les plus jeunes porteurs de lésions, les plus faciles à appareiller, de façon à traiter avec efficacité le plus grand nombre de sujets possible. Nous avons éliminé systématiquement les patients ne présentant que des irrégularités dentaires uniquement inesthétiques, sans aucun trouble fonctionnel.

D'autre part, 21 ont accepté de s'adresser à des spécialistes pour être traités dans leurs cabinets particuliers.

Malgré tous les efforts des membres du corps enseignant de notre service qui ne disposent que de 35 séances environ par an et qui doivent employer une grande partie de leur temps à la formation professionnelle des étudiants, il résulte que 240 enfants n'ont pu être traités, soit environ 2 sur 3. J'ajouterai que depuis le mois de septembre dernier, la proportion des patients laissés sans traitement a encore augmentée par suite de difficultés croissantes auxquelles nous devons faire face.

On est un peu troublé quand on pense que la plupart des enfants attendant leur tour d'admission, présentent des troubles fonctionnels de respiration et de mastication qui retentissent sur leur état général. La situation s'est certes aggravée au cours de la période actuelle, mais on ne peut nier le fait que la prophylaxie et le traitement des dystrophies facio-maxillo-dentaires ne soient pas assez répandus dans le grand public français.

De ces chiffres, nous pouvons conclure :

que d'une part, les organismes de dépistage et de prophylaxie qui fonctionnent à Paris, et sans doute dans les grands centres, ne sont pas assez nombreux pour exercer efficacement la surveillance dentaire infantile ; que dans les villes moins importantes et les campagnes, ces organismes sont à peu près inexistantes ;

que d'autre part, un nombre très important d'enfants justiciables de traitements spécialisés, ne sont pas traités, faute de praticiens s'intéressant à l'orthodontie.

Malgré les efforts constants de la Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale et des établissements d'enseignement, l'intérêt que présente cette spécialité n'a pas encore touché nombre de praticiens qui considèrent l'orthopédie comme un art obscur, les obligeant à des études longues et difficiles. Trop de confrères ignorent la rapidité et l'excellence des résultats obtenus par des traitements précoces effectués dès l'apparition des lésions, au moyen d'appareillages simples ou même par la suppression de certaines habitudes infantiles. On ne saurait trop insister, à mon avis, auprès des jurys d'examen, pour que les candidats subissent une épreuve obligatoire sur l'orthopédie ; et auprès de nos jeunes confrères, pour qu'ils viennent se perfectionner dans les Ecoles et assistent avec assiduité aux réunions des sociétés scientifiques.

Quant au public, ignorant ce qui touche à la médecine, toutes les mesures devraient être mises en œuvre pour l'inciter, et même l'obliger à solliciter des avis pour le plier à des visites périodiques qui seules permettraient le dépistage précoce des anomalies.

Dans cet esprit, j'approuve pleinement une solution pratique présentée par M. Beauregardt, et qui pourrait amener une amélioration immédiate. Notre confrère a proposé que les tarifs de remboursement des Caisses d'Assurances Sociales soient d'autant plus substantiels que l'enfant aura été suivi régulièrement depuis sa naissance et que le traitement aura été plus précoce. De cette façon, tout le monde y gagnerait, aussi bien les assurés que les Caisses, à la condition toutefois que la profession dentaire tout entière apporte son concours éclairé à une œuvre d'un intérêt social indéniable.

SUR LA CAPACITÉ PROFESSIONNELLE DES CHIRURGIENS-DENTISTES

*« Il est trop tard déjà pour parler encore d'elle
Quinze jours sont passés depuis qu'elle n'est plus. »*
Alfred de Musset.

Le souvenir de la belle et jeune femme qui charmait ses contemporains par son talent et sa grâce nous est parvenu transmis par la magie de la poésie, exaltant notre sentiment.

Nous souhaitons que notre prose ne s'adressant qu'à la raison, agisse à l'opposé et plonge dans un oubli définitif l'une des dernières séances de la Société de Médecine légale où le Statut des Chirurgiens-Dentistes a été évoqué. Il y a été question de limiter leurs capacités professionnelles. Les chirurgiens-dentistes, derniers venus au Corps Sanitaire, ont le regret de constater que presque chaque fois que l'on s'occupe d'eux dans les milieux officiels, c'est pour restreindre leur patrimoine déjà bien modeste.

Cette fois encore, une assemblée dont la compétence et l'utilité ne sont pas contestées, a été sollicitée pour prendre parti contre les chirurgiens-dentistes à l'invitation de quelques-uns de ses membres dont la culture scientifique et médicale fait autorité et par cela même donne à leurs suggestions une force capable d'entraîner la décision des Pouvoirs publics.

La thèse soutenue était que :

L'anesthésie générale peut être à l'origine d'accidents graves quelquefois mortels.

La prescription des sulfamides est susceptible d'occasionner des accidents d'intoxication.

L'extraction de certaines dents nécessite un haut degré d'habileté chirurgicale.

Certains kystes dépassent quelque peu le territoire strictement gingivo-dentaire.

.

En conclusion, il faut retirer tous ces actes de la pratique légale des chirurgiens-dentistes.

Ces derniers sont émus et le contraire nous étonnerait. Nous sommes persuadés que les auteurs de cette offensive l'ont déclanchée après mûre réflexion, en toute bonne foi, ne voyant que l'intérêt public, acceptant d'avance le sacrifice de leur popularité en vue d'accomplir ce qu'ils estiment être leur devoir. C'est parce que nous croyons bien sincèrement qu'aucune considération étrangère n'est intervenue pour influencer les rapporteurs que nous désirons soumettre à leurs réflexions quelques considérations de nature, il nous semble, à créer un climat plus aimable, susceptible de rapprocher des points de vue aujourd'hui fort éloignés l'un de l'autre.

Lorsque, en 1892, fut créé le diplôme de chirurgien-dentiste, on donna aux nouveaux titulaires le droit de pratiquer l'anesthésie générale. C'était un cadeau d'importance.

Probablement était-ce un hommage implicitement rendu à Horace Wells, modeste chirurgien-dentiste des Etats-Unis, initiateur de l'anes-

thèse générale. Les confrères de l'époque, dentistes patentés, souvent autodidactes sans grande culture scientifique ou médicale, étaient peu préparés à l'usage des anesthésiques généraux. Le législateur conscient de sa responsabilité a voulu alors que les chirurgiens-dentistes fussent instruits en anesthésie, il a introduit dans les programmes d'études un cours de pathologie comprenant notamment les maladies du cœur et des poumons. Il est facile de faire la critique de cet enseignement. Les cours théoriques créés en 1892 existent, les examens aussi, la fréquentation des cliniques hospitalières est à peu près facultative ; certaines écoles dentaires l'exigent, d'autres la recommandent, d'autres enfin s'en désintéressent.

Nous sommes d'autant plus fondés à nous plaindre de l'état de choses actuel que, depuis toujours, nous en demandons l'aménagement. Sur le cours de pathologie générale nous n'avons rien de particulier à dire. Il est confié à des professeurs de Faculté de Médecine ou à des médecins choisis par eux.

Les examens, par contre, sont d'une facilité qui étonne lorsqu'on la compare avec la rigueur des épreuves subies par les étudiants en médecine.

Quant aux fréquentations hospitalières, il est invraisemblable que depuis 1892, on n'ait jamais obligé les futurs chirurgiens-dentistes à suivre effectivement des stages semblables à ceux des étudiants en médecine. Un minimum de deux stages, un de médecine et un de chirurgie, c'est-à-dire huit mois d'hôpital, devrait depuis longtemps être inclus dans les programmes d'études.

Si donc les intentions du législateur de 1892 n'avaient pas été minimisées dans la pratique par l'incompétence de quelques-uns et par l'indifférence des autorités responsables, les chirurgiens-dentistes auraient aujourd'hui une culture médico-chirurgicale générale qui rassurerait la Société de Médecine légale. Aujourd'hui, le diplôme de chirurgien-dentiste a 50 ans d'existence ; le nombre des praticiens est de 9.000 environ. La vitalité de cette profession est démontrée par les faits. Comme toutes les choses humaines elle est périssable ; mais, pour un temps indéterminé, ces 9.000 praticiens font partie intégrante du Corps Sanitaire. Ils rendent à la population des services dont elle ne peut se passer. Quelle que soit notre opinion sur l'avenir de la profession dentaire, qu'elle fusionne ou ne fusionne pas avec la profession médicale dans un temps plus ou moins lointain, il est hors de doute qu'une longue période transitoire s'écoulera jusqu'à ce que le dernier chirurgien-dentiste ait disparu et rien ne prouve à l'heure actuelle que la suppression du titre de chirurgien-dentiste s'impose ou soit même désirable.

Dans l'hypothèse la moins favorable à la pérennité du titre, longtemps encore il couvrira l'exercice légal de la grande majorité des praticiens.

Dans ces conditions, nous serions heureux si la Société de Médecine légale s'inspirant de l'esprit du législateur de 1892, consentait à reconsidérer la question.

Nous aimerions lui entendre dire :

L'anesthésie générale est délicate à manier ;

Les sulfamides sont toxiques ;

Les dents incluses offrent des difficultés opératoires.

En conclusion, nous demandons l'introduction dans les programmes d'études des chirurgiens-dentistes, dans leurs examens, dans leurs travaux

pratiques, les compléments que nous croyons indispensables à la bonne exécution des prescriptions et des interventions jugées délicates.

En même temps qu'elle ferait cette excellente proposition, la Société de Médecine légale pourrait aussi bien dire aux Facultés de Médecine, aux Ecoles dentaires, aux Instituts de Facultés, au Ministère de l'Education Nationale, tout le prix qu'elle attache à ce que ces modifications d'enseignement soient rigoureusement appliquées et sanctionnées. Nous avons la certitude qu'un ordre du jour qui demanderait aux chirurgiens-dentistes de perfectionner leur instruction aurait un grand succès d'abord auprès d'eux-mêmes qui ont toujours sollicité les améliorations (c'est sur leur demande qu'a été créé en 1892 le diplôme de chirurgien-dentiste, que les études ont été portées de trois à cinq ans en 1909 et que, récemment, le baccalauréat est devenu obligatoire).

Auprès des médecins stomatologistes qui, dans un but d'intérêt général souhaitent que la culture médicale générale rapproche les deux sources de recrutement des praticiens.

Auprès du Corps médical dont la grande majorité entretient avec les chirurgiens-dentistes d'excellentes relations professionnelles.

Auprès du public dont la santé ne peut que gagner à recevoir les soins d'un praticien toujours plus averti.

En réalité, la question posée à la Société de Médecine légale manquait d'envergure. C'est tout le statut des chirurgiens-dentistes qui devrait être remanié ; de petites réformes partielles ne peuvent aboutir à rien de bon, surtout lorsqu'elles ont contre elles l'opinion d'une grande majorité de praticiens.

Il reste à trouver des gens avertis, s'élevant au-dessus de toutes les tendances sentimentales, qui confrontent toutes les thèses pour en tirer enfin une solution qui ne fasse ni vainqueurs ni vaincus, mais satisfasse avant tout la Santé Publique.

Il y a dans tous les milieux professionnels d'excellents éléments ; des Ecoles Dentaires, des Services de Stomatologie fonctionnent en s'ignorant, alors que le bon sens serait qu'ils travaillassent en parfaite harmonie. Les hommes qui s'attacheront à la synthèse de toutes ces valeurs rendront à notre profession le plus signalé service. L'importance du but à atteindre vaut bien qu'ils risquent un peu de leur tranquillité, voire même de leur popularité.

Dr L. Solas.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 1^{er} juin 1943

La séance est ouverte à 21 heures, sous la présidence du *D^r Hulin* qui donne la parole à *M. Barthélemy de Maupassant* qui relate une observation de traitement chirurgical d'un prognathisme supérieur.

Chez cette jeune femme, l'auteur pratique l'avulsion des incisives et canines supérieures et la régularisation de la crête alvéolaire; une prothèse mobile fut placée quelques jours plus tard et le résultat esthétique fut parfait comme le prouvèrent les photographies présentées par *M. Barthélemy*.

Le *D^r Hulin*, *MM. Besombes* et *Villain* participèrent à la discussion.

La communication de *M. Copin*, intitulée : *Quelques renseignements d'ordre pratique sur l'identification des déchets d'or* intéressa vivement les confrères par son caractère d'actualité.

M. Copin passe en revue les différents titres des bijoux, étudie les différents poinçons et montre comment on peut pratiquer l'identification des déchets d'or par le procédé de la pierre de touche.

En cas de déchets remis par les clients et sur lesquels on a des doutes, l'affineur a la possibilité de faire une expertise sans procéder à la fonte.

M. Copin attire l'attention sur les bijoux étrangers, le plus souvent non poinçonnés et de titre plus faible et sur le doublé dans lequel le poids de métal précieux est presque nul.

MM. Marrel, *Cottarel*, *Bernot* et *Besombes* participent à la discussion.

Le *D^r Solas* demande à *M. Hulin* de bien vouloir permettre la publication de cette conférence dans le Bulletin de la Section Dentaire qui doit paraître prochainement, car elle est susceptible d'intéresser la plupart de nos confrères.

La séance est levée à 23 heures.

Le Secrétaire général : *D^r Laurian*.

NOUVELLE PUBLICATION

C'est avec plaisir que nous avons reçu les premiers numéros du « Bulletin de la Section Dentaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins », dont la parution a dû surmonter de nombreuses difficultés pour sa réalisation.

Ce Bulletin est envoyé à tous les chirurgiens-dentistes assimilés inscrits au Tableau annexe de l'Ordre. Il est également envoyé à tous les Stomatologistes inscrits au Tableau de l'Ordre, sous cette spécialité, et bénéficiant régulièrement des Services de Répartition.

Ainsi se trouve officiellement réalisée la liaison entre « l'Ordre » et la Profession dentaire.

Communiqué de la Section Dentaire du Conseil Supérieur de l'Ordre National des Médecins

60, Boulevard de Latour-Maubourg — Paris (7^e)

OFFICE DENTAIRE FRANÇAIS DE L'ASSURANCE SOCIALE ALLEMANDE (O.D.F.A.S.A.)

A) **SOINS.** — Les instructions données par le Bulletin de la Section Dentaire du Conseil National, n° 2 (page 42) relatives aux soins donnés aux travailleurs français en Allemagne et à leurs familles sont caduques à compter du 1^{er} juillet 1943.

Seules les instructions suivantes sont valables :

1) La convention signée en 1942 a été dénoncée et remplacée par une nouvelle convention élaborée par les Autorités allemandes. Cette nouvelle convention qui porte le même tarif que l'ancienne a subi deux modifications :

a) L'anesthésie locale qui ne figurait pas dans l'ancien tarif est remboursée à 20 francs ;

b) Les traitements de fractures des maxillaires sont supprimés.

2) Les imprimés (feuille de soins blanche et bordereaux verts) ainsi que le certificat de maladie portant les initiales A. ou M.F. délivré par la Caisse allemande ou les Mairies, n'ont plus aucune valeur à dater du 1^{er} juillet 1943.

Toutefois, ils devront nous être envoyés par les praticiens pour les remboursements des soins qui auraient pu être donnés avant le 1^{er} juillet.

3) A dater du 1^{er} juillet 1943, tous les travailleurs français en Allemagne, leurs conjoints et descendants directs qui ont droit à la gratuité des soins dentaires, devront se présenter chez le praticien, munis d'une *feuille spéciale*, délivrée par l'Administration des Assurances Sociales françaises.

Cette feuille spéciale n'a rien de commun avec la feuille des ressortissants ordinaires des assurances sociales françaises.

Les soins donnés par les praticiens doivent être intégralement gratuits.

B) **REMBOURSEMENT DES SOINS.** — Les praticiens devront, comme par le passé, adresser leurs demandes de remboursement à la Section Dentaire du Conseil National, 60, boulevard de la Tour-Maubourg, à Paris (7^e) (Service O.D.F.A.S.A.).

Cette demande de remboursement sera faite uniquement par l'envoi des pièces suivantes :

a) La feuille spéciale délivrée par les Assurances Sociales françaises au patient et remise par lui au praticien au début des soins ;

b) La feuille de soins (nouvel imprimé) qui sera envoyée au praticien, sur sa demande, par la *Section Dentaire Départementale* dont il ressort.

Seuls peuvent obtenir ces feuilles et par conséquent, profiter du remboursement de leurs honoraires, les praticiens régulièrement inscrits au Tableau Annexe de l'Ordre.

c) Le dossier du praticien comprenant les deux feuilles précitées (feuille des A. S. et feuille de soins) doit nous être adressé aussitôt les soins terminés. Il est inutile d'attendre la fin d'un trimestre ou d'attendre qu'il y ait plusieurs dossiers pour nous les transmettre.

Il est dans l'intérêt du praticien d'apposer son timbre sur les feuilles de soins qu'il recevra de la *Section Départementale*, en effet, nous avons actuellement beaucoup de dossiers qu'il est impossible de régler parce que les noms des praticiens sont illisibles ou les adresses incomplètes, et force nous est d'attendre les réclamations des confrères pour provoquer leur remboursement.

C) **PROTHÈSE.** — Les travailleurs français en Allemagne, leurs conjoints et descendants directs ont droit à la prothèse dans les mêmes conditions que les ressortissants ordinaires des Assurances Sociales françaises, c'est-à-dire qu'ils doivent payer les honoraires directement au praticien ; à charge pour eux de se faire rembourser par l'Administration des Assurances Sociales françaises qui est chargée des assurés sociaux allemands en ce qui concerne la prothèse.

Toutefois, ils devront présenter au praticien, une feuille spéciale de prothèse qui se distingue de la feuille de prothèse des assurés français par les initiales A. S. A. (assuré social allemand).

NOUVELLES

Le Comité des XVII^{es} Journées Dentaires de Paris nous avise que ses réunions de Novembre prochain revêtiront l'allure d'un important Congrès dont la préparation est déjà commencée.

Des sujets de rapports ont été choisis dans trois des principaux domaines professionnels et confiés à trois de nos plus éminents collègues. Ce sont :

1^o Rapport de Chirurgie maxillo-faciale. — D^r Gérard Maurel : *Diagnostic différentiel des phlegmons du plancher buccal d'origine bucco-dentaire.*

2^o Rapport de pathologie bucco-dentaire. — D^r Marcel Rachel : *Dépistage clinique et interprétation radiologique des lésions inflammatoires et tumorales d'origine dentaire et paradentaire du plancher du sinus maxillaire. Thérapeutique.*

3^o Rapport de Prothèse dentaire. — M. Vieilleville : *Des ancrages, attachements et serrures diverses sur les appareils amovibles de la prothèse de sélection.*

Ces trois rapports seront mis en discussion au cours des séances du Congrès.

Le Comité prie, dès maintenant, les Confrères que ces sujets intéressent et qui désireront prendre la parole, d'envoyer leurs nom et adresse à M. Pierre Fouques, Secrétaire général des XVII^{es} Journées Dentaires de Paris, 38, avenue J.-B.-Clément, Boulogne-sur-Seine, en spécifiant le ou les rapports qu'ils désirent argumenter. Un résumé dudit rapport leur sera envoyé en temps opportun.

Nous prions aussi les Confrères désirant faire une communication ou présenter une démonstration pratique d'en prévenir le Secrétaire Général le plus tôt possible.

Mariages. — Le mariage de M. Adolphe Vankeunebrouck, chirurgien-dentiste, ancien élève de l'Ecole Dentaire de Paris, avec Mlle Georgette Leruste a été célébré le 5 juillet 1943, à Tourcoing.

Le mariage de M. Aré Edwards, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, avec Mlle Yvonne Losfeld, a été célébré le 5 juillet 1943 à Paris.

Le mariage de M. Jacques Sabatier, chirurgien-dentiste, ancien élève de l'Ecole Dentaire de Paris, avec Mlle Elise Courson, a été célébré le 19 juin 1943, à Paris.

Nos félicitations et vœux de bonheur.

Naissances. — M. Hémard, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, et Madame, nous ont annoncé la naissance de leur fils Serge, le 19 juin 1943.

M. P. Lepoivre, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, et Madame nous ont fait part de la naissance de leur fils Jean-Pierre, le 21 juin 1943.

M. Vinin, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, et Madame, nous ont fait part de la naissance de leur fille Françoise, le 27 juin 1943.

Nos félicitations.

Nécrologie. — Le D^r A. Audy, directeur-rédacteur en chef de *L'Odontologie*, a été éprouvé par la mort de sa sœur, M^{me} Lucien Marcé, décédée le 1^{er} juin 1943, dans sa 63^e année.

Nous prions le D^r A. Audy et sa famille de trouver ici l'expression de nos très sincères condoléances.

ERRATUM

Une erreur s'est glissée dans l'annonce du Concours d'Orthodontie ouvert par l'Ecole Dentaire de Paris, parue dans notre numéro de juin 1943. Celui-ci ne concerne en effet que deux postes de chefs de Clinique et pas de poste de professeur suppléant.

AFFECTIONS MAXILLO-FACIALES

Guilhem. — Contribution à l'étude des adénites génienues (*Thèse de Bordeaux*, 1933).

Montès (R.). — Des adénites génienues d'origine dentaire (*Thèse de Paris*, 1904).

Vigier. — Des adénites de la joue : adénites génienues (*Thèse de Lyon*, 1892).

Thévenot. — Des adénites génienues (*Gazette Hebd. des Hôpitaux de Paris*, n° 46, 1900).

Rateau. — Les adénites génienues. (*Revue de Laryngologie Paris*, n° 8, 1923).

Petit (M.-H.). — Adénites de la joue, adénites de Poncet (*Union Médicale*, vol. 2, 1892, p. 891 à 896).

Dubecq (X.-J.). — Quelques cas de traumatologie maxillo-faciale, appareils selon une méthode personnelle (*Revue d'Odonto-Stomatologie*, juillet 1939).

Aubry. — Les lésions du sinus maxillaire dans les traumatismes de la face. (*Société de Médecine de Paris*, 24 octobre 1941).

Papin et Dubecq. — Sur un cas de fracture complexe du massif facial supérieur (*Société de Chirurgie de Bordeaux*, 26 juin 1941).

Dubecq (X.-J.). — Les adénites génienues (*Revue d'Odonto-Stomatologie*, janvier 1939).

Albertin. — Les adénites génienues. Adénites de Poncet (*Archives Provinciales de Chirurgie*, tome IV, 1895, p. 259 à 274).

Capette-Lapleire (J.-A.). — Les ganglions de la joue. Anatomie et pathologie (*Thèse de Bordeaux*, 1898).

Coteneau. — Les adénites génienues (*Thèse de Paris*, 1902).

Dubecq (X.-J.). — La question des adénites dites génienues en stomatologie ; étude critique, anatomique et clinique (*Gazette Hebd. des Sc. Méd. de Bordeaux*, n° 15, 1935).

Leroux (R.) et Leroux Robert (J.). Les tumeurs dites mixtes des glandes salivaires et des autres formations glandulaires cervico-faciales (*Ann. d'Oto-Laryngologie*, février 1936).

AFFECTIONS MAXILLO-FACIALES

Runaud. — Un fléau de l'enfance et de la race : les dysmorphies maxillo-faciales (*Journal de Médecine de Lyon*, 5 déc. 1939).

Watry. — Pédiatrie et orthopédie dento-faciale (*Le Scalpel*, 30 mars 1940).

Imbert. — Notes de chirurgie maxillo-faciale (*Marseille Médical*, 15 mars 1940).

Popesco (S.). — Procédé pour obtenir automatiquement les indices en anthropologie et en orthopédie facio-maxillo-dentaire. Présentation d'un indicomètre (*Odontologie*, octobre 1941).

Weiss et Zayer. — Staphylococcie maligne suraiguë de la face. Sur un cas complexe (*Bulletin Médical*, 6 sept. 1941).

Liebault. — L'urgence dans le traitement des traumatismes de la face et de ses cavités (*Gazette Médicale de France*, juin 1941).

Aubry et Freidel. — Chirurgie de la face et de la région maxillo-faciale (Edité chez Masson, Paris, 1941).

Witt. — Une anesthésie de la 3^e branche du trijumeau produit une parésie dans l'innervation oculaire (*Zahnärztliche Rundschau*, n° 41, 1941).

Bessières. — La prophylaxie des hémorragies dans les opérations sur les cavités de la face (*Thèse Montpellier*, 1938).

Dubecq (X.-J.). — Les plaies de la face par projectiles de guerre et leur traitement (*Progrès Médical Paris*, 20 janvier 1940).

Dechaume (M.). — Quelques réflexions sur la chirurgie maxillo-faciale (*Revue de Stomat. Paris*, sept. 1941).

Margarot, Rimbaud, Ravoir, Delmas. — Trois cas de gommages du masséter (*Société des Sciences Méd. et Biologiques de Montpellier*, 21 mars 1941).

Moulonguet et Feunet. — Des tumeurs mixtes de la face (*Ann. d'Anatomie pathol.*, décembre 1927).

L'Administrateur-Gérant : P. LOISIER. — Autorisation S. 149.

Soc. Rép. Imp. & Pub. (DOMAINE ETAMPES)

L'ODONTOLOGIE

REVUE MENSUELLE

DIRIGÉE DE 1881 A 1896 PAR PAUL DUBOIS
DE 1896 A 1932 PAR CHARLES GODON
ET DE 1923 A 1940 PAR MAURICE ROY

Secrétaire de la Rédaction, Administrateur
Pierre LOISIER
Professeur sup. à l'Ecole Dentaire de Paris

Directeur et Rédacteur en Chef
A. AUDY
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Le rôle de la profession dentaire dans la prophylaxie en orthopédie dento-faciale, par A. Besombes.....	114
DÉFENSE PROFESSIONNELLE.....	122

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

Société d'Odontologie de Paris (Séance du 6 juillet 1943).....	124
Société Odontologique de France (Séance du 25 mai 1943).....	124
COMMUNIQUÉ DE LA SECTION DENTAIRE DU CONSEIL DÉPARTE- MENTAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS DE LA SEINE (Insertion légale)	126
NOUVELLES.....	127
FICHES BIBLIOGRAPHIQUES	128

ÉDITIONS DE LA SOCIÉTÉ RÉGIONALE D'IMPRIMERIE
MAURICE DORMANN, ÉDITEUR

RÉDACTION ET ADMINISTRATION : 45, rue de la Tour-d'Auvergne, PARIS (9^e)
Compte Chèques Postaux 277.93 Paris Téléphone : Trudaine 74-86 et 74-87

Abonnements : France.. 100 fr. par an. — Le numéro : 12 francs.
Etranger. 120 fr. par an. Pays ayant accepté une réduction de 50 % sur
les affranchissements des périodiques. Le numéro : 14 fr.
Pour les autres pays : 130 fr. par an. Le numéro : 16 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

LE RÔLE DE LA PROFESSION DENTAIRE DANS LA PROPHYLAXIE EN ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

(Communication présentée par A. Besombes, Secrétaire général technique du Comité National d'Hygiène Dentaire, à la Session d'Orthopédie Dento-Faciale de la Société d'Odontologie de Paris, le 5 mai 1943).

616.314 084

Quand il eut connaissance de la Session d'Orthopédie Dento-Faciale organisée par la Société d'Odontologie de Paris, le Bureau du Comité National d'Hygiène Dentaire pensa qu'il devait vous faire connaître ses conceptions, puisque les séances que vous organisez constituent une sorte de Congrès d'Orthopédie Dento-Faciale, en l'absence des Congrès annuels de la Société Française d'Orthopédie.

Si le sujet choisi apparaît immense, il peut, seul, vous montrer que le Comité National d'Hygiène Dentaire a cherché et cherche encore à se dégager des sentiers battus et rebattus du *Seul dépistage de la carie dentaire à la période d'état*.

En effet, dans la « Conférence type » faite, à titre expérimental, par des praticiens dans les Ecoles de la Ville de Paris, comme dans l'ouvrage : *L'Hygiène bucco-dentaire* destiné au grand public, nous avons donné un grand relief à la question de la prophylaxie :

- un chapitre intitulé (dans un but de vulgarisation) : « Prophylaxie bucco-dentaire » lui est entièrement consacré ;
- de même qu'une grande partie du chapitre des « Préjugés en Art dentaire ».

Le rôle du praticien a été bien défini par mon regretté maître, G. Vilain, qui le résumait ainsi : *Conseiller, surveiller, agir* ; et plus récemment, par Renard-Danin dans un article : « L'Hygiène sociale, le Dentiste et la Santé publique » : *Propagandiste, hygiéniste, thérapeute*. Trois rôles qui convergent vers un seul et même but : L'amélioration de la santé bucco-dentaire et, partant, de la Santé publique.

La prophylaxie odonto-orthodontique est donc un tryptique ainsi constitué :

- a) Propagande et éducation ;
- b) Dépistage ;
- c) Traitement.

Dans un rapport que j'ai présenté à l'assemblée générale du Comité National d'Hygiène Dentaire du 26 novembre 1942, je me suis efforcé de justifier l'expression « Prophylaxie odonto-orthodontique » dont l'absolue nécessité est une vérité première.

L'interdépendance réciproque des dentures et des dentitions, le retentissement si intime et profond des unes sur les autres permettent d'affirmer qu'il est impossible de les dissocier, tant sur le plan prophylactique que sur le plan thérapeutique.

L'effort en vue de l'hygiène bucco-dentaire et de la prophylaxie odonto-orthodontique doit être intégré dans l'équipement sanitaire de la nation.

L'organisation de la prophylaxie odonto-orthodontique dans notre

pays, sa mise en route d'une part et, d'autre part, l'étude de l'organisation du système de distribution des soins constituent le domaine d'action du Comité National d'Hygiène Dentaire qui doit encore se préoccuper de coordonner l'action entreprise dans le cadre de la spécialité avec l'action des autres spécialités médicales.

Cette double mission d'organisation prophylactique et thérapeutique peut être :

- 1° Prise en charge par l'Etat ;
- 2° Abandonnée à l'initiative privée ;
- 3° Mixte, avec de nombreuses variantes.

Nous ne pouvons reprendre, dans ses détails, l'étude de ces diverses modalités. Cette étude, jointe à une documentation basée sur les réalisations pratiques et les projets théoriques établis à l'Etranger et en France, me conduisait à préconiser, pour les temps actuels, l'adoption d'un système reposant sur le praticien *indépendant* (c'est-à-dire non fonctionnaire), tant en ce qui concerne :

- la propagande et l'éducation d'hygiène ;
- le dépistage ;
- le traitement.

A) LA PROPAGANDE ET L'ÉDUCATION D'HYGIÈNE.

1° Propagande à l'école :

- a) Education du corps enseignant : Conférences dans les écoles normales d'instituteurs ; Conférences ou brochures aux instituteurs.
- b) Education des enfants : Conférences par le praticien dans la classe.

2° Propagande dans le public :

- a) Conseils durant les périodes de séjour dans les collectivités : colonies de vacances, camps de jeunesse, offices d'orientation professionnelle, etc.
- b) Conseils durant la grossesse : Consultations de femmes enceintes.
- c) Toutes formes de publicité : Affiches, films, expositions, T. S. F.
- d) Conseils donnés par le praticien à ses patients et à leur famille.

Il paraît possible au Comité National d'Hygiène Dentaire de recruter un nombre suffisant de conférenciers parmi les praticiens, mais il est souhaitable de préciser la doctrine adoptée, de procéder à la fixation de règles précises en matière d'orthopédie préventive, lors des cours suivis par les conférenciers. La création d'un diplôme ou certificat pourrait être utilement envisagée.

B) LE DÉPISTAGE.

a) Première et deuxième enfances : âge pré-scolaire ;

Le cabinet du dentiste de famille est actuellement et sera longtemps encore le seul lieu où l'enfant pourra être examiné.

b) Troisième enfance : âge scolaire.

A côté de la surveillance facultative exercée par le dentiste de famille, l'inspection dentaire scolaire obligatoire va être généralisée. Le dépistage doit comprendre l'examen de la denture et la surveillance des phénomènes de dentition. L'école paraît être, à défaut de Centres de diagnostic, le lieu indiqué pour cette inspection.

La grande majorité des praticiens exerçant actuellement, possède la compétence suffisante pour procéder à un dépistage efficace. Cependant les difficultés rencontrées pour l'établissement du diagnostic précoce, notamment en orthopédie dento-faciale, sont souvent assez grandes. Il apparaît utile d'envisager des cours à l'usage du Dentiste Inspecteur scolaire, sanctionnés par la délivrance d'un certificat ou diplôme. En effet, des considérations d'ordre amical ou politique ont paru jusqu'à ce jour,

le plus souvent, l'emporter sur les seules considérations de valeur et de qualification professionnelle.

C) LE TRAITEMENT

Que nous n'avons pas à envisager ici, si ce n'est pour souligner, une première fois, car nous y reviendrons, *l'économie réalisée sur les temps nécessaires aux soins et traitements* par un dépistage et un traitement également précoces, et pour faire ressortir *l'importance du nombre des praticiens nécessaires pour l'organisation de la prophylaxie et du traitement odonto-orthodontique*.

Quel que soit le système envisagé pour la distribution de ces soins et le mode d'établissement *des besoins en personnel traitant*, on arrive au chiffre de 7 à 8.000 praticiens nécessaires en France pour les besoins de prophylaxie et traitement odonto-orthodontique de la population de 1 à 14 ans.

..

Si donc, dans l'état actuel de notre profession, les efforts entrepris pour la diffusion de la nécessité de la prophylaxie et des soins odonto-orthodontiques, aboutissaient pleinement, l'activité des praticiens actuellement en exercice serait presque totalement absorbée. Mille dentistes environ disposeraient de temps pour donner les soins à la population adolescente et adulte...

N'insistons pas sur ce point toujours âprement discuté, de la *pléthore professionnelle* ou de l'insuffisance du nombre des praticiens sur lequel il ne m'appartient pas, ici, de prendre position.

..

La nécessité impérieuse d'une organisation de la prophylaxie et du traitement précoce s'impose pourtant plus que jamais. Les jeunes générations ont souffert et souffrent des restrictions de tous ordres. Les nouveaux-nés de demain paieront le tribut aux privations de leurs parents. L'urgence est extrême, et il apparaît malheureusement que la France qui devra, à l'issue des combats en cours, rebâtir ses ruines et panser ses blessures ne pourra, avant des années, construire les quelque 400 cliniques modèle *Tacail* et les postes automobiles, ni disposer des milliards nécessaires à leur entretien et à leur fonctionnement.

..

C'est conscient de ces dures réalités que j'ai proposé, en 1941, un système constructif, compatible avec les difficultés des heures présentes, lors d'un

RAPPORT présenté par A. BESOMBES

à la Commission Intersyndicale de la Seine, chargée d'établir un **tarif minimum** d'orthodontie (juillet et août 1941), et transmis à la Caisse Interdépartementale des Assurances Sociales le 25 août 1941.

Le signataire, estimant qu'un gros effort peut et doit être tenté, en cette période de restrictions alimentaires, pour la sauvegarde de la Santé Publique en général, et de l'intégrité bucco-dentaire en particulier, préconise :

— Une action durable et profonde, de vaste envergure, basée sur un sincère désir d'étroite et franche collaboration entre :

- a) Les praticiens de l'Art dentaire, agissant personnellement auprès de leur clientèle; qu'ils s'efforceront d'éduquer ;
- b) Les Caisses d'Assurances Sociales, disposant de moyens matériels, de possibilité de persuasion, voire même de contrainte ;

Afin de sauvegarder principalement les nouvelles générations (il faut frapper vite et fort), il propose les mesures suivantes à appliquer *dès la première enfance* :

I. *Institution d'un carnet dentaire* (feuilles annexées au Carnet Médical) sur lequel seront notés :

- a) les observations lors de chaque visite prophylactique ;
- b) les divers traitements pratiqués, leur date.

II. *Organisation de visites obligatoires de Prophylaxie* odonto-orthodontique à chaque stade important des phénomènes de dentition. Un certain nombre de ces visites pourrait être pratiqué lors :

- des visites obligatoires des femmes enceintes (conseils diététiques et d'hygiène, et soins bucco-dentaires en période gravidique) ;
- des consultations de nourrissons.

Chez l'enfant, ces visites auraient lieu aux moments suivants :

- 1) à l'établissement de l'articulé incisif temporaire (de 5 à 8 mois) ;
Notation de l'articulé : normal ;
— — — anormal.
Conseils d'hygiène bucco-dentaire.
- 2) lors de l'achèvement de la denture temporaire (2 ans, 2 ans et demi) ;
Notation de l'articulé dentaire ;
Prophylaxie de la carie : prédisposition à la carie ;
Conseils d'hygiène bucco-dentaire.
- 3) à 5 ans : Prophylaxie de la carie. Diastèmes de Bogue.
- 4) à 7 ans : Articulé incisif permanent.
Par la prédisposition plus ou moins marquée à la carie dentaire, la fréquence souhaitable des visites de surveillance pourrait être modifiée.
- 5) à 10 ans.
- 6) à 13 ans.

Pour une au moins de ces visites, le *Dentiste Omnipraticien* pourrait demander une *Consultation à un Spécialiste* de Pédiodontologie ou d'Orthopédie Dento-faciale. (Une liste de Praticiens qualifiés par leurs études spécialisées pourrait être dressée par les Caisses en accord avec les Groupements professionnels compétents).

La polycarpie systématisée, les récurrences excessives, seraient signalées, ainsi que les diverses manifestations bucco-dentaires des maladies. Elles motiveraient l'examen de l'enfant par le Médecin de famille.

Le Praticien de l'Art Dentaire signerait le Carnet Dentaire à chacune de ces visites. Il engagerait ainsi sa responsabilité en indiquant :

- au point de vue orthodontique : la normalité ou la non-normalité de l'occlusion.

- au point de vue carie : la prédisposition plus ou moins marquée.

L'hygiène bucco-dentaire : observée, négligée, nulle.

III. *Comment financer cette organisation ?*

Ces visites, afin d'avoir un rendement maximum, devraient n'occasionner *ni débours aux Parents*, et, pour cela, être remboursées au Tarif Syndical minimum.

D'autre part, les remboursements des *soins de dentisterie infantile* devraient bénéficier d'un *Tarif privilégié* et être « survalorisés » (de 50 à 100 %) pour les mettre au taux des honoraires habituellement pratiqués, quand ils sont exécutés *dès leur dépistage*.

Il en est de même pour les traitements d'orthopédie dento-faciale dont la nécessité serait constatée par le Contrôle de la Caisse. Ils devraient être :

- 1) *remboursés au maximum*, c'est-à-dire intégralement, si exécutés dès le dépistage : *traitement précoce* et ses avantages (appareillages plus simples, thérapeutique physiologique à retentissement profond).
- 2) *remboursés moins un ticket modérateur* si le traitement est « *différé* ».
- 3) *non remboursé* si le traitement est exagérément « *retardé* ».

Nous nous rallions entièrement à la *Nomenclature et à la Cotation en D* établie par la Commission Spéciale de la *Société Française d'Orthopédie Dento-faciale*. La cotation en D permet de suivre les variations du coût de la vie, le chiffre-clé suivant ces variations.

La collectivité, en l'espèce les Caisses d'Assurances Sociales, n'aurait ainsi pas à subir le préjudice causé par l'incompréhension ou l'indifférence de l'Affilié, les lésions

ayant toujours tendance à l'aggravation (inconvenients du traitement tardif), qu'il s'agisse de la carie dentaire ou d'orthopédie dento-faciale.

Il faut avoir conscience de la négligence et de l'ignorance du Public, de sa crainte des soins dentaires. C'est au milieu professionnel, éclairé, d'éduquer la masse. C'est aux Pouvoirs Publics qu'il appartient d'exercer la contrainte suffisante pour vaincre son apathie. C'est aux organismes de mutualité et d'assistance qu'il appartient de lui permettre, matériellement, de recevoir les soins nécessaires.

Ce plan nous paraît présenter les avantages suivants :

a) L'élévation du plafond à 4.200 francs, fait que les sept dixièmes des Français sont assujettis aux Assurances Sociales ;

b) Les Caisses d'Assurances Sociales possèdent un *dispositif de contrôle* efficace permettant de suivre les résultats d'un système de prophylaxie et traitement (par application, par exemple, du coefficient de Frey, de Savigny-sur-Orge).

c) Les Caisses disposent de moyens de publicité et... de coercition qui viendraient renforcer les moyens plus doux, mais uniquement moraux, dont dispose actuellement la propagande d'hygiène bucco-dentaire.

d) Les possibilités matérielles des Caisses leur permettent de faire face aux dépenses des 6 visites prévues (ce nombre a été volontairement réduit afin de permettre le « démarrage ». Il peut être augmenté si l'état pathologique du sujet le demande).

e) Le financement de la prophylaxie par les Caisses d'Assurances Sociales paraît équitable : Les dépenses ainsi engagées ne représentent qu'une avance de fonds provisoire puisque :

Au point de vue local :

— une économie ultérieure sera réalisée sur les soins et la prothèse dentaire.

Au point de vue général :

— les bienfaits d'un « complément vital fonctionnel eumorphique », d'une mastication intégrale, sont indéniables.

— de nombreuses maladies seront évitées, notamment celles à point de départ buccal ou résultant d'infection focale.

f) En utilisant les moyens actuellement existants :

1° Institut Eastman ;

Cliniques infantiles des Ecoles dentaires ;

Cliniques dentaires scolaires ;

Dispensaires.

En ce qui concerne les Services officiels.

2° Les Cabinets des praticiens

devenant des cellules de cette vaste organisation, particulièrement précieuse pour la période pré-scolaire.

Il permet une action immédiate, plus que jamais souhaitable, étant donné les immenses besoins résultant des conditions matérielles des temps présents.

g) Il permet de réaliser cette *harmonie entre le Professionnel et le Social*, *facteur capital* dans l'équipement sanitaire de la Nation comme l'a si justement souligné *Benoist*, dont les paroles doivent être reproduites :

« Sous aucun prétexte, l'un de ces deux éléments (le Professionnel et le Social) ne doit pouvoir exercer une action tyrannique sur l'autre. Le Sanitaire doit être assuré que, dans l'accomplissement de son devoir, il pourra vivre de la prophylaxie.

« Par l'Assistance Médicale, par l'extension et l'amélioration constante du régime des Assurances Sociales, il ne doit plus y avoir de dés-hérités du Service Médico-Social ».

Ajoutons que, respectant le « *libre choix du praticien* », base essentielle de la Charte Médicale, il donne satisfaction à l'ensemble de la Profession.

Les 3 visites prévues pendant la période pré-scolaire doivent donner les résultats les plus fructueux.

Ne s'occuper de l'enfance qu'à partir de l'âge scolaire constitue une erreur, puisqu'on néglige ainsi la première et la deuxième enfances, qui constituent la véritable *phase prophylactique*, par la présentation de malformations ultérieures plus graves.

A partir de 6 ans, suivant la saisissante expression de *Korkhaus*, on ne s'adresse qu'à des « *catégories sacrifiées* ». On rentre dans une phase presque exclusivement *thérapeutique* ou purement *symptomatique*.

Et ce n'est pourtant qu'à dater de cet âge que l'on s'était jusqu'ici intéressé, sur le plan social, à l'enfance. Cela tenait surtout, évidemment, à la facilité qu'offre le rassemblement des enfants à l'école.

..

La Profession est-elle actuellement en mesure d'assurer l'exécution convenable des exigences du plan proposé ? Oui, à certaines conditions. L'éducation, ou le perfectionnement des professionnels doivent être poursuivis afin que des diagnostics précoces, très précoces, puissent être posés. Seuls ces diagnostics précoces permettent la mise en œuvre de moyens prophylactiques simples mais actifs, à retentissement physiologique profond.

Soigner tôt, c'est soigner vite et durable.

La simplicité des traitements et la rapidité des résultats peuvent, seuls, compenser l'insuffisance des moyens thérapeutiques. On ne peut espérer résoudre la question sociale des dysmorphoses que par des traitements extrêmement précoces succédant à de sérieuses séances de prophylaxie aux étapes dangereuses des phénomènes de dentition.

Ces « moments dangereux » sont nombreux, difficiles à déceler. Leur connaissance exige un certain entraînement.

Le Corps Enseignant de nos Ecoles Dentaires s'en est préoccupé.

Notre confrère et ami *Chassignol*, de Lyon, soulignait dans son magistral rapport présenté au Congrès de la Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale de Bruxelles (1936), l'effort de l'Ecole Dentaire de Lyon, sous l'impulsion du *D^r Quintero*.

Les efforts des Ecoles Dentaires parisiennes sont contemporains. C'est ainsi qu'à l'Ecole Dentaire de Paris, dans le Service de mon Maître, le *D^r de Nèvezé*, plusieurs cours de perfectionnement, pour les confrères, ont déjà eu lieu. Un Service de Prophylaxie Odonto-Orthodontique fonctionne, dans lequel nos étudiants, habitués à pratiquer de nombreux examens d'enfants, sont entraînés à déceler, dès leur seuil de formation, les dysmorphoses dento-maxillo-faciales.

Ce perfectionnement des professionnels est un facteur primordial du succès des efforts entrepris dans la voie de la prophylaxie en Orthopédie Dento-Faciale. Il est permis d'espérer que les futurs praticiens ne justifieront plus les conclusions pessimistes du rapport *Chassignol* qui stigmatisait le désintéressement des praticiens concernant les soins dentaires infantiles, le diagnostic et le traitement orthodontique.

Des statistiques ont été publiées, concernant le pourcentage d'enfants justiciables de traitements orthodontiques. Elles émanent, malheureusement, pour la plupart, de l'Etranger. On en tire cependant la conclusion qu'étant donnée l'insuffisance, presque générale, des soins prophylactiques, 50 à 70 % des enfants seraient justiciables d'un traitement orthodontique.

La Profession dentaire française peut-elle, actuellement, dispenser ces traitements ? C'est là une question à laquelle il n'est, hélas, pas facile de répondre...

Mais le pire désastre serait que la Profession, qui ne peut suffire aux besoins en soins thérapeutiques, ne puisse à l'avenir, répondre aux be-

soins en soins prophylactiques. Il faut éviter d'encourir ce risque et, pour cela, *encourager la prophylaxie précoce*.

L'insuffisance numérique du personnel traitant doit pousser aux traitements précoces, donc simplifiés et rapides.

Quintero divise très justement l'orthopédie en :

— Orthopédie *préventive* qui, par des moyens prophylactiques simples, cherche à éviter la production de malformations.

— Orthopédie *corrective*, qui s'attache au traitement des malpositions déjà constituées.

Il faut, si la Profession veut suffire aux besoins, qu'elle s'attache à l'orthopédie préventive.

Les cas longs et compliqués doivent devenir l'exception.

Je ne peux anticiper sur les conclusions du travail que vous présentera mon collègue et ami Liskenne, concernant les révélations des « Statistiques de la Consultation d'Orthodontie de l'Ecole Dentaire de Paris » (1) ; je suis convaincu qu'il mettra en lumière la complexité des malpositions rencontrées sur des sujets relativement âgés, et qui constituent bien des *cas négligés*. Il vous dira certainement que 5 ou 6 fois plus d'enfants auraient pu être traités dans le Service s'ils avaient été « dépistés » quelques années auparavant. La faute ne saurait leur être imputée. Elle rejaillit peut-être sur la Profession, et justifie la parole de *de Coster* : « Celui qui laisse une malformation vieillir laisse tout simplement ses chances de succès s'envoler lentement ».

Comment améliorer cette situation ? Par une action sur les Pouvoirs Publics et le grand Public sans doute ; mais, surtout, par l'action de la Profession tout entière.

Les confrères spécialisés se doivent de faire les initiateurs de leurs correspondants, confrères, omni-praticiens. Peut-être n'entendrait-on plus, alors, émettre certains jugements spécieux, sur l'opportunité, l'âge, l'utilité des traitements.

Chacun des membres de la Profession doit être un propagandiste convaincu et convaincant en faveur de la prophylaxie précoce.

Parlant au nom d'un Organisme officiel, il m'est malaisé de discuter chacun des multiples problèmes soulevés par l'application nécessaire des mesures prophylactiques.

Il faudrait se livrer à un véritable tour d'horizon professionnel, puisque le problème consiste à concilier les intérêts des diverses parties en présence : Santé publique, Profession, Organismes de mutualité et d'assistance, donc à réaliser une véritable synthèse corporative.

Les multiples articles parus dans la trop rare presse professionnelle des temps actuels montrent l'intérêt croissant que l'ensemble de la Profession attache à l'organisation de la Prophylaxie. On constate plus que jamais la nécessité d'agir. On s'inquiète de l'action du Comité National d'Hygiène Dentaire dont l'activité ne peut avoir, en cette époque, le caractère fulgurant que certains paraissent désirer. Les moyens matériels manquent pour faire connaître l'activité déployée. Croyez que nos collègues du Bureau de la Commission d'Education et du Conseil d'Administration ne perdent de vue aucun des nombreux facteurs qui interviennent dans le problème passionnant, mais ardu, de la prophylaxie odonto-orthodontique.

Le Comité National d'Hygiène Dentaire, émanation de la Profession, a déjà réalisé ce miracle de réunir, dans le meilleur esprit d'étroite et franche collaboration, au sein de la Commission d'Education, des praticiens éminents, animés d'un grand dynamisme, et venus des divers points de l'horizon professionnel. Cela est déjà concluant. Vous aiderez cet organisme

(1) Publié dans *L'Odontologie* du 30 juillet 1943.

qui connaît vos aspirations et vous permettra de les réaliser. Ne craignez pas de lui adresser vos suggestions et, le cas échéant, vos critiques.

Ma présence ici suffirait à réfuter la crainte qu'exprimait Chassignol : « Le Comité National d'Hygiène Dentaire, les Comités départementaux, entreprennent la lutte contre la carie mais, nulle part, on ne trouve un programme d'action contre les malpositions ».

Soyez persuadés que nous nous efforçons de lutter pour que ne soit pas négligée la prophylaxie et les soins orthodontiques.

Les fiches qui seront mises à la disposition des *Dentistes-Inspecteurs scolaires* comporteront, en plus de la notation de l'état physio-pathologique dentaire, de l'hygiène bucco-dentaire, une notation, extrêmement simplifiée, des malpositions dans les trois sens. Il ne peut être question, pour l'instant, de faire des diagnostics fouillés (qui sortiraient d'ailleurs du *dépistage* que constitue l'Inspection Dentaire Scolaire), mais l'intérêt n'est pas à démontrer d'indiquer les malpositions existantes ou commençantes, attirant ainsi l'attention des familles.

Il m'est agréable de souligner que je n'ai eu aucune peine à décider nos confrères de la Commission d'Éducation du Comité National d'Hygiène Dentaire de l'indispensabilité du dépistage orthodontique, de la nécessité duquel ils étaient convaincus. La notation s'effectuera, d'une façon très schématique, suivant la méthode dite des trois sens et sous

forme de fractions : $\frac{S}{s} \quad \frac{T}{t} \quad \frac{V}{v}$

A ces lettres indiquant le sens : sagittal, transversal, vertical, pourra être ajouté le signe + ou le signe —. Si l'on désire préciser qu'il s'agit d'une malformation par excès ou insuffisance de développement, ou d'une malposition en dehors ou en dedans de la courbe de l'arcade.

Le fait qu'à chaque examen dentaire scolaire sera noté l'utilité ou l'inutilité d'un traitement orthodontique, permettra l'établissement de statistiques, desquelles ressortiront :

- le pourcentage d'enfants présentant des lésions à un âge déterminé ;
- le pourcentage d'enfants ayant entrepris un traitement correcteur.

La Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale avait, au cours de sa session de 1936, adopté un certain nombre de vœux, concernant : l'enseignement de l'Orthopédie dento-faciale ; la prophylaxie des anomalies dento-faciales qu'elle « recommandait aux Comités Nationaux de comprendre dans leur programme » ; la participation des Assurances Sociales ; la nécessité de provoquer les traitements précoces dans le jeune âge, particulièrement sur l'arcade temporaire.

Elle avait formé une Commission « habilitée pour poursuivre la réalisation des vœux » et qui recevait le titre de « Comité de vigilance scientifique et sociale de la Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale ».

Je ne peux que formuler l'espoir que le Comité National d'Hygiène Dentaire ait mérité, depuis que sous l'active impulsion de son Président, M. Lozier, il a repris son action, de faire partie, moralement du moins, de ce « Comité de Vigilance ».

Les vœux que la Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale formulait, nous nous efforçons de les réaliser, dans toute la mesure de nos actuels moyens.

Je souhaite aussi que nos efforts communs dépassent la sphère des convaincus que nous sommes et qu'un grand nombre de convertis viennent grossir nos rangs.

Le rôle de l'aristocratie étant de diriger les peuples dont elle est l'élite vers un mieux être physique et spirituel, je ne doute pas que les membres des Sociétés aujourd'hui réunies, se montrent dignes de ce rôle d'élite de la Profession, et la conduisent vers ce but qui n'est encore qu'un rêve, mais doit devenir la réalité de demain :

« Vivre de la Prophylaxie ».

DÉFENSE PROFESSIONNELLE

Dans quelques semaines, notre profession va être, comme la profession médicale le fut il y a quelque temps, appelée à élire ses dirigeants.

Il est peut-être bon de voir dès maintenant où nous en sommes, ce que furent ces dernières années pour nous, ce que nous désirons que soit notre avenir.

Au point de vue organisation professionnelle, notre Ordre tel qu'il fonctionne sous le régime de la loi du 10 septembre 1942 est placé sous la tutelle de l'Ordre des Médecins d'une façon telle que, surtout en ce qui concerne les conseils régionaux appelés à résoudre les questions disciplinaires, nous ne saurions l'admettre que comme disposition provisoire constituant une bien minime amélioration de la loi du 17 novembre 1941.

La loi du 10 septembre 1942 a non seulement écarté la seule solution logique, l'indépendance de notre profession, groupée ensuite si on le désire avec les autres branches de l'art de guérir (médecins, pharmaciens, vétérinaires) dans une corporation de la santé, mais encore elle a créé une catégorie de super-praticiens, nos confrères stomatologistes qui, votant deux fois, sont représentés dans l'Ordre des Médecins et ont, dans le nôtre, une place tout à fait disproportionnée tant avec leur nombre que leur importance professionnelle devant la Santé Publique.

Voici où nous en sommes, du moins officiellement.

Que furent pour nous ces deux dernières années ? Pour l'ensemble des praticiens, une période qui eut été à peu près normale si les difficultés d'approvisionnement et les petits ennuis accompagnant fatalement une nouvelle organisation professionnelle n'étaient venus nous faire sentir que quelque chose était changé, mais pour nos dirigeants ces deux années furent une période de luttres pour la vie même de notre profession dont peu d'entre nous ont conscience.

Sans doute la discours prononcé au cours des cérémonies du *Cinquantenaire* par le D^r Hulin et son éditorial du premier bulletin de l'Ordre peuvent-ils laisser deviner, quoique d'une façon malheureusement trop brève, l'âpreté de la bataille incessante qu'il a dû mener presque seul pour notre existence professionnelle même.

Car il faut enfin que nous en prenions tous nettement conscience, c'est la vie de notre profession qui se joue actuellement.

L'assaut est constant, mené sans doute par une infime minorité, non seulement de professionnels, mais même de stomatologistes surtout pa-

riens, la majorité d'entre les médecins exerçant notre art ayant compris en toute bonne foi que leur véritable intérêt coïncidait avec celui de la profession qu'ils ont librement choisie. La défense, elle aussi, fut de tous les instants, mais il est temps que nous montrions clairement à l'homme qui, sans intérêt personnel, lutte pour nous depuis deux ans, à quel point la profession est derrière lui.

Voilà où nous en sommes.

Que voulons-nous ?

C'est bien simple et si, comme nous en sommes sûrs, nous avons un Ministre de la Santé Publique et non un Ministre des Médecins, il comprendra combien notre thèse renforce les intérêts de cette Santé Publique dont il a la charge et que le succès de la thèse adverse lèserait gravement.

Nous voulons que, sous sa haute autorité, charbonnier soit maître chez soi, pour le plus grand bien de la collectivité.

Nous voulons que, comme les autres professions médicales, la nôtre puisse s'administrer sans tutelle aussi humiliante qu'incompétente.

La question de nos confrères stomatologistes peut être facilement résolue. Qu'on leur donne le choix entre leur inscription à l'Ordre des Médecins ou l'Ordre des Dentistes, étant entendu que les premiers recevraient tous leurs approvisionnements professionnels comme les seconds.

Ce choix serait l'occasion de voir si ces praticiens partagent les sentiments de quelques meneurs parisiens. N'oserait-on pas tenter l'expérience ? Rien ne s'y oppose si l'on est tellement sûr comme on le dit de la réponse. Si, par contre, on craignait une fâcheuse emprise pour l'intérêt d'une évolution où la santé du malade est considérée comme quantité négligeable, nous comprendrions que l'on envisage de « diriger » les prochaines élections pour faire sortir des urnes ce que l'on souhaite.

Sans doute « la justice pour tous et les faveurs pour nos amis » est une formule humaine, encore faudrait-il que le mot faveur ne prenne pas une importance telle qu'il n'appelle obligatoirement des réactions brutales, peut-être inutiles à une époque où la paix et l'union sont plus que jamais souhaitables.

Philippe AUDY,

Chirurgien-Dentiste

de la Faculté de Médecine de Paris.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 6 juillet 1943

La séance est ouverte à 20 h. 30 sous la présidence du *D^r Hulin* qui donne la parole à *M. Dubois-Prévost* pour la seconde partie de sa communication intitulée : *La dent à l'état de santé et de maladie*.

Après une étude embryologique et histologique de la dent, et après avoir apporté quelques données récentes sur l'éruption dentaire, *M. Dubois-Prévost* montre comment se fait le passage de l'organe dentaire, de l'état de santé à l'état de maladie, par rupture de l'équilibre organo-minéral.

Il distingue : des caries d'origine initialement interne par altération de l'odontoblaste ; des caries d'origine primitivement externe par agressivité chimico-parasitaire, et en tire des déductions thérapeutiques.

Au cours de la discussion, le *D^r Roy* montre le rôle joué dans la carie par le cône de résistance.

Le *D^r Hulin* attire l'attention sur l'importance des phénomènes physico-chimiques dans l'apparition des troubles physiologiques et pathologiques et félicite *M. Dubois-Prévost* pour son intéressant travail et les belles microphotographies dont la projection accompagnait sa communication.

M. Gabriel rapporte une très intéressante observation de dystrophies dentaires d'origine hérédosyphilitique chez un jeune garçon de 12 ans.

Les molaires permanentes et temporaires présentent une abrasion considérable des faces triturantes avec une forte pigmentation.

Les incisives centrales supérieures présentent tous les caractères de la dent d'Hutchinson.

L'étude des antécédents héréditaires permet de retrouver un grand-père maternel tabétique.

Dans le cas rapporté par *M. Gabriel*, la denture temporaire présentait les mêmes lésions que la denture permanente, et la denture de la mère présentait les mêmes lésions dystrophiques que celle de son fils.

La présentation de modèles, de films radiographiques et d'un tableau généalogique complète cette observation vraiment digne d'intérêt.

Il est ensuite procédé au renouvellement du bureau de la Société d'Odontologie pour la session 1943-44 :

Président : *M. Pierson* ; vice-présidents : *MM. Besombes, Loiser* ; Secrétaire général : *D^r Laurian* ; Secrétaire adjoint : *M. Mazars*.

La séance est levée à 22 h. 45.

Le Secrétaire général : *D^r Laurian*.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 25 mai 1943

Président : *M. Vaboïs*, Professeur à l'Ecole Odontotechnique.

La séance est ouverte à 20 h. 30.

I. — Lecture du procès-verbal de la séance du 23 mars 1943. Adopté.

II. — *M. Robert Dupont*, Chef de Clinique à l'Ecole Odontotechnique : *Présentations, sur un malade, d'obturations faites à l'amalgame d'argent armé, suivant la méthode de M. R. Arroyo*.

L'auteur, après avoir rappelé les principaux stades de la technique de *M. Arroyo* :

- 1° La forme des cavités ;
- 2° L'armature, constituée par des lamelles d'argent pur épousant la forme de la cavité et incluses complètement dans l'amalgame ;
- 3° La confection et la mise en place d'une matrice à demeure permettant la reconstitution des points de contacts ;
- 4° La qualité de l'amalgame qui doit être excellente ; celui-ci contenant environ 68 à 70 % d'argent ;
- 5° La technique de trituration ;
- 6° La construction de l'obturation ;
- 7° Le polissage de cette obturation ;

présente un malade qu'il a traité par cette méthode et montre des obturations allant de la cavité la plus simple à la reconstitution totale de la couronne, en passant par toutes les sortes de cavités composées : cavités disto ou méso triturantes, cavités *M. O. M.*, cavités vestibulo-mésio triturantes ou linguo-disto-triturantes.

Toutes ces obturations sont en bouche depuis plus d'un an et aussi blanches et brillantes qu'au lendemain du polissage ; elles ne présentent en outre, aucune variation de volume ou de forme, reconstituant parfaitement l'anatomie de l'organe dentaire : cuspides, sillons, fossettes, facettes d'abrasions.

L'auteur illustre cette présentation de projections, de documents radiographiques montrant la reconstitution des points de contacts et le respect des espaces interdentaires et de modèles schématisant les différents stades de cette technique ; il montre ensuite toute une série d'obturations faites d'après cette méthode sur des dents naturelles et conclut que c'est là, certainement, le meilleur mode d'obturation dont on dispose actuellement.

III. — Le *Dr Huguenin*, professeur agrégé à la Faculté de Médecine : *Le dentiste devant le cancer.*

Ce titre n'est qu'une métaphore : il signifie que le dentiste, en mille circonstances de sa vie, se trouve en face d'un problème de cancer et qu'il doit être averti de l'état actuel de la question, sous peine de n'avoir pas toute la clarté qu'il se doit sur la médecine.

Ce qui caractérise l'évolution importante des idées sur les tumeurs malignes, c'est :

D'une part, le perfectionnement des méthodes de diagnostic, qui permet un dépistage de plus en plus précoce, à condition que le malade vienne consulter au moindre signe, et que le médecin pense au cancer, comme il pense à la syphilis et à la tuberculose ;

D'autre part, le bouleversement de l'orientation thérapeutique. Cancer n'est plus synonyme d'exérèse chirurgicale, et loin de là. Non seulement plusieurs variétés de traitements s'offrent au choix du médecin, mais plus encore, il importe souvent de mettre en œuvre successivement ou conjointement des thérapeutiques diverses.

Déjà, en l'état actuel de nos connaissances, ce choix n'est pas œuvre du hasard ou de préférences personnelles. Mais il est *dirigé* grâce à l'évolution des idées sur la biologie des tumeurs malignes. C'est le diagnostic exact, c'est-à-dire de « tumeur » ; précis, c'est-à-dire de sa variété ; complet, c'est-à-dire des phénomènes contingents, inflammatoires et autres, qui édicte non seulement le choix des thérapeutiques, mais le moment de celles-ci.

Enfin, ce qui domine, dès maintenant, les notions nouvelles sur le traitement du cancer, c'est qu'il faut considérer dans toutes nos thérapeutiques, un mode d'action différent de celui que nous envisagions jusqu'ici : action générale, bien au delà de l'action locale.

Le Président félicite et remercie les conférenciers.

Vu l'heure tardive, le *Dr Lavoine*, médecin anesthésiste, n'a pu faire sa conférence sur : *L'anesthésie générale en chirurgie dentaire* et la fera à la séance d'octobre.

La séance est levée à 22 h. 45.

Le Secrétaire des séances : Jean Pérès.

Communiqué de la Section Dentaire du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Seine

174, Rue de Rivoli — Paris (1^{er})

INSERTION LÉGALE

Etude de Maître Lot, 27, rue Godot-de-Mauroy, Paris (9^e)

Arrêt de la 11^e Chambre de la Cour d'Appel de Paris ; sur appel d'un jugement correctionnel en date du 6 mai 1942 contre la nommée ASTANEYRAS, née PASQUET Marguerite, Marie-Louise, étudiante en chirurgie dentaire, demeurant 44, rue de Verneuil, à Paris.

Attendu que la dame ASTANEYRAS d'une part, Monsieur le Procureur de la République et le Syndicat Dentaire de la Seine d'autre part, ont interjeté appel d'un jugement correctionnel rendu le 9 juin 1941 par la 10^e Chambre du Tribunal Correctionnel de la Seine, lequel a déclaré la dame ASTANEYRAS coupable d'exercice illégal de l'art dentaire avec usurpation du titre de Docteur, et condamné ladite dame à :

300 francs d'amende et 500 francs de dommages et intérêts envers le Syndicat Dentaire de la Seine, ainsi qu'à l'insertion par extrait du jugement, dans trois journaux professionnels, sans que le coût de chaque insertion puisse excéder 300 francs.

La Cour, statuant, a adopté les motifs des premiers juges, confirme la condamnation de 300 francs d'amende, et sur l'action civile considérant qu'il y a lieu d'élever le montant des dommages et intérêts alloués au Syndicat, donne acte à la Section Dentaire du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Seine, de sa reprise d'instance, aux lieu et place du Syndicat Dentaire de la Seine actuellement dissous, élève à :

1.500 francs le montant des dommages et intérêts et confirme les insertions.

Condamne la dame ASTANEYRAS aux dépens d'appel, et fixe au maximum la durée de la contrainte par corps.

Pour extrait :

Le Délégué Judiciaire de la Section Dentaire : Maurice Bianpin.

NOUVELLES

Mariages. — Le mariage du Dr Albert Debray, ancien Chef de clinique médicale, assistant des Hôpitaux de Paris, fils de notre très regretté confrère Charles Debray, ancien Secrétaire général de l'Association Générale des Dentistes de France et ancien Chef de clinique à l'Ecole Dentaire de Paris, avec Mlle Jeannette Mulatier, Archiviste Paléographe, a été célébré dans la plus stricte intimité, le 15 juillet 1943, à Paris.

Le mariage du Dr Charles Blanc, fils de M. Léon Blanc, chirurgien-dentiste à Nancy, membre de notre Groupement, avec Mlle Jeanne Pince, a été célébré le 15 juillet 1943, à Nancy (M.-et-M.).

Le mariage de Mlle Monique Laurin, fille de M. Eugène Laurin, chirurgien-dentiste, membre du Conseil d'Administration de l'Association Générale des Dentistes de France, avec M. Maurice Joly, chirurgien-dentiste, fils de M. Léonce Joly, ancien membre du Conseil d'Administration de l'A. G. D. F., a été célébré le 27 juillet 1943, à Provins (S.-et-M.).

Le mariage de Mlle Raymonde Lainé, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement et du Corps enseignant de l'Ecole Dentaire de Paris, avec M. Jean Gardes, a été célébré dans la plus stricte intimité, le 7 août 1943, à La Haye-Malherbe (Eure).

Le mariage de Mlle Yvette Blanc, fille de M. Léon Blanc, chirurgien-dentiste, à Nancy, membre de notre Groupement, avec M. Camille Devin, ex-officier de l'Armée de l'Air, a été célébré le samedi 14 août, à Nancy.

Le mariage de M. Christian Dumont, Etudiant en chirurgie dentaire, avec Mlle Françoise Comté, a été célébré à Rennes, le 15 juillet 1943.

Nos félicitations et vœux de bonheur.

Naissances. — M^{me} et M. Jean Lebis, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, nous ont annoncé la naissance de leur fille Marianne, le 7 juillet 1943.

M^{me} et M. Marcel Chaussebourg, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, nous ont fait part de la naissance de leur fils Jack, le 30 juillet 1943.

Nos félicitations.

Nécrologie. — M. Emile Sauvanel, chirurgien-dentiste à Issoudun, membre de notre Groupement, vient d'être éprouvé par la mort de sa femme, née Marie-Renée Riffard, décédée le 7 août 1943.

M^{me} et M. René Rigolet, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement et du Corps enseignant de l'Ecole Dentaire de Paris, ont eu la douleur de perdre leur fils, Hugues Rigolet, décédé le 25 juillet 1943, à l'âge de 10 mois.

Nous prions nos confrères et leur famille de trouver ici l'expression de nos sincères condoléances.

ACTINOMYCOSE

Negroni. — Cinquante cas d'actinomycose ; résultats de la vaccination (*Revista del Instituto Bacteriologico de Buenos-Ayres*, juillet 1930).

Gaillard et Fourrat Besson. — Un cas d'actinomycose temporo-faciale (*Presse Médicale*, 30 nov. 1938).

Wassmund (M.). — Actinomycose des maxillaires chez l'enfant (*Deutsche Zahn, Mund und Kieferheilkunde*, n° 8, 1938).

Leutze (F.-A.). — Perfectionnement du diagnostic bactériologique de l'actinomycose (*Deutsche Zahn-Mund- und Kieferheilkunde*, n° 8, 1938).

Garzon (R.). — Quelques observations personnelles sur les actinomycoses (*O Hospital* (Rio-de-Janeiro), juin 1939).

Bonnet-Roy (F.). — A propos de trois cas d'actinomycose cervico-faciale (*Odontologie*, juillet 1941).

Neuber. — Diagnostic spécifique et thérapeutique de l'actinomycose (*Klinische Wochensc.*, 20 juillet 1940).

Morgenstern (B.). — Actinomycose suivant l'extraction d'une molaire supérieure (*Dental Cosmos*, août 1935).

Axhausen. — Tableau au début de l'actinomycose de la mâchoire (*Deutsche Medz. Wochensc.*, 4 septembre 1936).

Spreter, Krendenstein. — Un actinomycome du palais mou (*Deutsche Zahn. Mund. und Kieferheilkunde*, n° 6, 1936).

Waugenstein. — Rôle de la chirurgie dans le traitement de l'actinomycose (*Annals of Surgery*, 4 octobre 1936).

Chaussebourg (M.). — Un cas d'actinomycose (*Odontologie*, 30 mars 1937).

Obligio (H.-E.). — Actinomycose buccale. Son étiologie et son diagnostic (*Argentina Odontologica*, février 1937).

Neuber. — Guérison de cas d'actinomycose par le sérum de convalescent (*Wiener. Klinische Wochen*, 13 août 1937).

Renauder (A.). — Le traitement radiologique de l'actinomycose (*Acta Radiologica*, Stockholm, n° 35, 1937).

ACCIDENTS D'ÉRUPTION

Larotonda et Caputo. — Triple inclusion de molaires dans le maxillaire supérieur (*Revista Odontologica*, février 1939).

Tarasido (R.). — Inclusion de la canine, causes et traitement (*Revista Odontologica*, octobre 1938).

Egger (F.). — Les rétentions totales secondaires ou réinclusions des molaires de lait (*Schweiz. Monat. für Zahnheilk.*, n° 11, 1938).

Vrasse. — Accident de désinclusion à forme pseudo-tumorale et névralgique d'une dent de sagesse supérieure (*Revue de Stomatologie*, n° 1, 1941).

Ramacciotti y Laidega Aguirre. — Deux canines incluses dans le maxillaire inférieur (*Revista del círculo Odontologico*, Rosario, n° 2, 1939).

Hoppe (W.). — Caractère familial de l'inclusion de la dent de sagesse inférieure (*Deutsche Zahnärztliche Woch.*, n° 19, 1939).

Bawdler (H.). — Inclusion mandibulaire de la troisième molaire (*Dental Record*, n° 6, 1938).

Gaillard (R.). — Un cas d'anodontie subtotale (*Province Dentaire*, mai 1938).

Ferreya (C.). — Inclusion de canines (*Revista Odontologica*, déc. 1937).

Mathis et Schaechter. — Sur l'extraction des dents incluses (*Zeitschrift für Stomat.*, n° 21, 1936).

Crocquefer (H.). — Dents incluses (*L'Information Dentaire*, 17 juillet 1938).

Prelipceanu. — Molaire incluse traversée par le nerf dentaire inférieur (*Revista Tomana de Stomat.*, janvier 1938).

Demoulin (P.). — Etude d'un cas de prémolaire inférieure surnuméraire incluse (*Journal Dentaire Belge*, janvier 1938).

Casella (E.). — Otalgies et névralgies mandibulaires par inclusions dentaires (*Revista Odontologica*, juillet 1938).

Bercher et Ginistet. — Inclusion secondaire d'une deuxième molaire temporaire (*Revue de Stomat. Paris*, février 1939).

L'Administrateur-Gérant : P. LOISIER. — Autorisation S. 149.

Soc. Rév. Imp. & Pub. (Dormans Étampes)

L'ODONTOLOGIE

REVUE MENSUELLE

DIRIGÉE DE 1881 A 1896 PAR PAUL DUBOIS
DE 1896 A 1932 PAR CHARLES GODON
ET DE 1923 A 1940 PAR MAURICE ROY

Secrétaire de la Rédaction, Administrateur
Pierre LOISIER
Professeur sup. à l'Ecole Dentaire de Paris

Directeur et Rédacteur en Chef
A. AUDY
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à la Terminologie et à la Classification des Dymorphoses Facio-Maxillo-Dentaires, par A. Beauregard.....	130
A propos de Dystrophies dentaires, par R. Gabriel.....	137
DÉFENSE PROFESSIONNELLE.....	143
FICHES BIBLIOGRAPHIQUES.....	144
NOUVELLES.....	144

ÉDITIONS DE LA SOCIÉTÉ RÉGIONALE D'IMPRIMERIE
MAURICE DORMANN, ÉDITEUR

RÉDACTION ET ADMINISTRATION : 45, rue de la Tour-d'Auvergne, PARIS (9^e)
Compte Chèques Postaux 277.93 Paris Téléphone : Trudaine 74-86 et 74-87

Abonnements : France... 100 fr. par an. — Le numéro : 12 francs.
Etranger, 120 fr. par an. Pays ayant accepté une réduction de 50 % sur
les affranchissements des périodiques. Le numéro : 14 fr.
Pour les autres pays : 130 fr. par an. Le numéro : 16 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A LA TERMINOLOGIE ET A LA CLASSIFICATION DES DYSMORPHOSES FACIO-MAXILLO-DENTAIRES

Par A. BEAUREGARDT

Professeur suppléant à l'Ecole Dentaire de Paris

616.314 089.23 (014)

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le 5 mai 1943)

Depuis treize ans environ que nous utilisons la Terminologie du Dr Izard, il est louable de reconnaître qu'elle a exercé une influence profonde : les praticiens se sont mieux compris, les formes cliniques ont été individualisées, les traitements ont été plus rationnels et nous sommes engagés, aujourd'hui, dans la voie qui sera féconde, de la prévention des dysmorphoses.

Cependant, la pratique constante de l'analyse des formes cliniques pour l'enseignement théorique et pratique m'a conduit à remarquer :

a) Qu'il convenait de distinguer et de désigner différemment des états pathologiques souvent concomitants, mais de nature différente ;

b) Que plusieurs termes n'étaient pas conformes au postulat du Dr Bozo ;

c) Que d'autres faisaient double emploi ;

d) Que la nomenclature des formes analytiques devait être formée avec des termes exprimant le rapport des arcades, c'est-à-dire le radical *clusion*.

Le terme de *dysmorphose* avait rallié tous les suffrages en France pour désigner les anomalies, de quelque nature qu'elles soient, qui siègent à la région faciale, mais le sens que lui avait attribué son créateur, le Dr Robin, s'amenuisa au fur et à mesure que les procédés d'analyse, en se multipliant, nécessitèrent des appellations nouvelles pour désigner des formes cliniques et surtout des formes anormales analytiques, sans lesquelles il est impossible de décrire ou d'exprimer une anomalie clinique toujours compliquée.

Dans l'état de nos connaissances actuelles, et, malgré l'opinion justifiée du Dr Pont et des efforts persévérants du Dr de Coster, nous ne pouvons établir que des classifications basées sur des symptômes : anatomiques, morphologiques et fonctionnels. C'est pourquoi il m'est apparu que nous devons délibérément distinguer deux catégories essentielles de dysmorphoses, parce qu'elles sont différentes, sinon dans leur origine première au sens absolu, mais certainement par leur siège, leur diagnostic, leur étiologie et pathogénie secondes, et leur thérapeutique.

Dans une première catégorie, il faut placer les dysmorphoses du squelette, c'est-à-dire la base osseuse, la région alvéolaire, les dents du maxil-

laire ou de la mandibule. Ce sont les dysmorphoses *squelettiques* ou *statiques*. Elles comprennent toutes les anomalies de tous les sens qui se présentent en totalité ou en partie sur les organes de la face.

Dans une seconde catégorie, il convient de distinguer les troubles limités de l'articulation temporo-mandibulaire, ce sont les dysmorphoses *articulaires* ou *cinématiques*.

La distinction des dysmorphoses en deux catégories essentielles : les statiques et les cinématiques, ou encore les squelettiques et les articulaires, signifie bien que les premières sont particulières à des organes fixés et les secondes aux organes mobiles.

C'est pour les avoir méconnues que des dysmorphoses complexées sont restées cryptogéniques depuis leur diagnostic jusqu'aux traitements et aux succès.

.*.*

La méthode des plans, primitivement, et des sens, ensuite, a permis de définir six grandes classes de dysmorphoses pour lesquelles le Dr Izard a utilisé le radical *gnathie*. Ce mot qui signifie mâchoire « sert aussi à désigner les différentes parties constitutives des maxillaires, y compris les arcades alvéolo-dentaires lésées ». Le terme *gnathie*, dans la pensée de l'auteur, sert à désigner le maxillaire et la région alvéolo-dentaire, bien que des termes particuliers soient réservés à la région alvéolaire et aux dents. L'expérience m'a montré que cette dualité était fâcheuse pour la compréhension exacte des régions intéressées. Je propose de résoudre cette imperfection en remplaçant le terme *gnathie* par celui de *morphose*. Nous restons ainsi dans la ligne étymologique et euphonique du terme de base : dysmorphose qui signifie l'ensemble des anomalies de la région faciale, sans les préciser (1).

En faisant précéder le radical *morphose* des préfixes habituels, on obtient des termes à caractère générique pour chacun des sens. L'emploi des termes spéciaux pour les alvéoles, les rapports des arcades et les dents est alors justifié.

Les dysmorphoses statiques ou squelettiques comprennent donc six classes :

Les endo, exo, ante, retro, supra, infra-morphoses.

En conséquence, le radical *gnathie* garde toute sa valeur pour définir les troubles osseux mandibulaire ou maxillaire.

Le préfixe *ante* est plus euphonique avec le radical *morphose* que le préfixe *pro*. En outre, il s'accorde mieux avec le préfixe *rétro*.

.*.*

Le terme de *gnathie alvéolaire* qui sert à désigner la partie alvéolaire du maxillaire peut être remplacé par le simple mot *alvéole* dérivé de alveolus (petite auge). On obtient, suivant les sens considérés, endo, exo, ante, retro, infra, supra : *alvéolie*. Les expressions sont plus courtes à énoncer et toute confusion mentale résultant de l'emploi du mot *gnathie* est évitée.

.*.*

Les troubles limités de l'articulation temporo-mandibulaire dans le sens antérieur en avant, et latéralement, ont été signalés pour la première fois par Case et précisés ensuite par G. Villain. Pour être conforme aux règles de la terminologie du Dr Bozo, ces anomalies ont été qualifiées dans le « Memento Orthodontique » d'*antéposition mandibulaire* et de *latéroposition mandibulaire*.

(1) Le Dr Maronneaud, dans une communication présentée à l'A. F. A. S. en 1938, avait utilisé ce radical, du point de vue étiologique.

Un peu plus tard, G. Villain a individualisé les rétroglissements ou rétropositions mandibulaires.

Antéposition, rétroposition, latéroposition mandibulaires sont donc des anomalies caractérisées par des troubles de l'articulé (ou d'occlusion) et de l'articulation temporo-mandibulaire.

Cependant, par extension, pour le raisonnement et l'analyse détaillée des formes cliniques, toujours compliquées et, bien qu'il ne s'agisse pas de subluxations comme dans l'antéposition, la rétroposition et la latéroposition, ne doit-on pas considérer deux états particuliers, complémentaires, de l'articulation temporo-mandibulaire ? L'un est caractérisé par l'entrecroisement et le rapprochement excessif des arcades, dûs à la rotation exagérée autour d'un axe horizontal passant par les condyles. Ces conditions se rencontrent quand la hauteur naso-mentonnière est réduite et accompagnée d'infraclusion molaire. L'autre est caractérisé par l'éloignement excessif des arcades, dû à l'insuffisance de rotation des condyles dans la cavité glénoïde. Ces conditions se rencontrent quand la hauteur naso-mentonnière est augmentée. Il va de soi que je ne comprends ces conditions qu'au début de la formation des dysmorphoses, quand les signes et l'anamnèse permettent de différencier les troubles permanents des troubles nouvellement établis.

Je propose donc de distinguer six catégories de dysmorphoses cinématiques :

- dans le sens transversal : les latéropositions droite et gauche ;
- dans le sens antéro-postérieur : les antépositions et les rétropositions ;
- dans le sens vertical : les infrapositions et les suprapositions (mandibulaires).

Les infrapositions et les suprapositions mandibulaires apparaîtront sans doute comme des formes analytiques trop subtiles, mais ne doit-on pas en tenir compte pour distinguer les troubles articulaires récents de ceux qui, plus anciens, ont conduit à des adaptations définitives. En chirurgie maxillo-faciale, le Dr Landais n'a-t-il pas montré que faute d'avoir tenu compte de cette adaptation il avait dû, après avoir traité chirurgicalement une latérognaethie mandibulaire sur le seul côté apparemment lésé, opérer ensuite le côté opposé parce que le malade se plaignait de douleurs dues aux subluxations consécutives au déplacement mandibulaire provoqué. Cette distinction mérite d'être retenue pour la prophylaxie des complications.

Je pense donc que le diagnostic des dysmorphoses caractérisées par diminution ou augmentation de la hauteur naso-mentonnière doit comprendre l'état lésionnel récent ou ancien des troubles limités de l'articulation temporo-mandibulaire et qu'une terminologie les désignent nettement. Cette conception est d'autant plus compréhensible qu'elle est reconnue nécessaire pour les troubles articulaires qui se présentent dans les autres sens.

..

Le terme *gnathie* est encore utilisé dans la nomenclature des formes analytiques telles qu'elles sont utilisées par les Assurances Sociales. Et cependant, quand nous observons un sujet, les premiers organes que nous percevons, ce sont les dents, et le rapport des arcades entre elles ; puis, poursuivant l'analyse, nous distinguons, s'il y a lieu, les troubles alvéolaires, osseux, articulaires, musculaires.

L'emploi du terme *gnathie* nous fait présumer déjà qu'il y a des lésions osseuses, alors qu'elles peuvent manquer. Aussi, le sens que nous donnons à ce terme ne correspond plus à sa définition primitive. Je considère que le terme *clusion* serait plus régulier pour la classification des formes analytiques, grâce auxquelles on aboutit aux formes cliniques.

C'est dans cet esprit que j'ai établi un tableau synoptique des formes analytiques symptomatiques. J'ai essayé d'établir des règles générales entre les sens.

Les deux catégories essentielles statiques et cinématiques sont immédiatement signalées.

LES FORMES ANALYTIQUES :

Simple : Comprennent les troubles d'occlusion seuls. Les dystopies sont coronaires.

Associées : Quand l'alvéole et l'os sont intéressés. Les dystopies sont coronaires et radiculaires.

Complicées : Quand des anomalies se présentent dans plusieurs sens.

Atypiques : Quand elles sont exceptionnelles.

Ces distinctions orientent notre esprit suivant l'étude qu'on veut entreprendre : Etiologie, traitement, etc...

Par exemple : Le traitement d'une linguo-position coronaire est tout à fait différent de celui d'une linguo-position radiculaire.

La classification des dysmorphoses des sens antéro-postérieur et transversal ne présente pas de grandes difficultés, tandis que celle du sens vertical qui était assez imprécise jusqu'alors, m'a obligé à modifier la présentation. Les dysmorphoses sont nombreuses : très simples quand la hauteur naso-mentonnaire est normale ; très compliquées quand cette hauteur est troublée par des hypermorphoses ou des hypomorphoses — suivant la terminologie étiologique du Dr Maronneaud — ou des causes accidentelles qui peuvent être uni ou bilatérales. Les premières caractérisent les latérogathies qu'il ne faut pas confondre avec les latéropositions mandibulaires.

La distinction du diagnostic réel, du diagnostic apparent est capitale ; c'est pourquoi j'ai cru utile de signaler — peut-être pour la première fois dans une classification — les troubles apparents qui voilent les troubles essentiels.

Si je m'en suis tenu à ne les signaler qu'au sens vertical, c'est pour ne pas obscurcir davantage une classification déjà très compliquée. Enfin, le terme de *dystopie* employé par le Dr Maronneaud m'est apparu plus court à énoncer que celui de *malposition*.

...

Ces considérations vont, j'imagine, faire naître un malaise qui tient à la répugnance que nous éprouvons quand le mol oreiller de nos habitudes est troublé. De semblables impressions sont survenues chaque fois qu'une classification nouvelle est apparue. Et c'est ainsi que la terminologie et la classification de 1914 est encore en usage et, bien mieux, que la terminologie du Dr Izard, qui lui a succédé, admise par la Société d'Orthopédie Française et vulgarisée par les Assurances Sociales, est parfois méconnue.

Et cependant, l'on ne saurait donner assez d'importance à la valeur et au choix des termes que nous employons, parce que c'est leur richesse qui montre la valeur croissante de l'orthopédie dento-faciale.

Un tel sujet ne pouvait être plus heureusement discuté avant d'être présenté à la Société Française d'Orthopédie — qui, par son objet et la valeur de ses membres, est — et doit rester — souveraine en la matière — parce que c'est dans cette maison qu'ont été présentées les premières terminologies françaises modernes de Paul Dubois, de P. Martinier, de Godon, de Frey, de G. Villain, de Lemièrre et de de Névrezé.

TABLEAU SYNOPTIQUE DES DYSMORPHOSES

A. — DYSMORPHOSE SQUELETTIQUE OU STATIQUE

Dans le sens Antéropostérieur : 1° les Antémorphoses ; 2° les Rétromorphoses.
 « « Transversal : 3° les Endomorphoses ; 4° les Exomorphoses.
 « « Vertical : 5° les Inframorphoses ; 6° les Supramorphoses.

B. — DYSMORPHOSE ARTICULAIRE OU CINÉMATIQUE

Les Latéropositions mandibulaires droite ou gauche.
 Les Anté et Rétropositions mandibulaires.
 Les Infra et Suprapositions mandibulaires.

Ces dysmorphoses doivent être envisagées suivant :

La denture temporaire ou permanente ; la mandibule, le maxillaire ou les deux ensemble ; leur symétrie ou leur non symétrie ; avec ou sans troubles numériques ou morphologiques dentaires ; la normalité ou la déviation du point incisif orthopédique, les types anthropologiques et les types morphologiques : d'après la physiologie (*G. Villain*), la prédominance fonctionnelle (*Sigaud*), le type calcique (*de Névrezé*).

1° ANTÉMORPHOSES (*statiques et cinématiques*)

Simples.

1^{re} Forme : Vestibulocclusion incisive } dystopie dentaire
 2^e Forme : Vestibulocclusion incisive + mésiocclusion molaire } coronaire

Associées.

Antéalvéolie, Antégnathie (de + ou de — de 5 millimètres) } dystopie dentaire coronaire et radulaire.

Complicées.

Même sens, même signe : Antéposition mandibulaire.

Signe contraire : Rétromorphoses.

Dans les autres sens : Transversal : Endomorphoses.

Exomorphoses.

Vertical : Inframorphoses } haut. naso-mentonnaire normale,
 Supramorphoses } diminuée, augmentée.

Atypiques.

Acromégalie, macrogénie.

2° RÉTROMORPHOSES (*statiques et cinématiques*)

Simples.

1^{re} forme : Linguocclusion incisive.

2^e forme : Linguocclusion incisive + distocclusion molaire.

Associées.

Rétroalvéolie, rétrognathie (de + ou de — de 5 millimètres).

Complicées.

Même sens, même signe : Rétroposition mandibulaire.

Signe contraire : Antémorphoses.

Dans les autres sens : Transversal : Endomorphoses.

Exomorphoses.

Vertical : Inframorphoses } haut. naso-mentonnaire normale,
 Supramorphoses } diminuée, augmentée.

Atypiques.

Rétrognathie siégeant au condyle, col. branche verticale, horizontale, menton.

6° SUPRAMORPHOSES (statiques et cinématiques)

Simples. — Hauteur naso-mentonnière normale.

1^{re} forme : Supraclusion individuelle.

2^e forme : Supraclusion régionale

{	a) antérieure.	{ maxillaire.
	b) postérieure.	{ mandibulaire.
		{ les deux.

Associées, compliquées, atypiques.

Hauteur naso-mentonnière diminuée.

1^{re} forme : Infracclusion postérieure + Supraclusion antérieure

{	{	maxillaire	{	ensembles				
		mandibulaire +						
		les deux						
{	{	Antémorphoses	{	statiques	{	ou	{	ou
		Rétromorphoses						
		Endomorphoses						
		Exomorphoses						
		cinématiques		séparées				

Hauteur naso-mentonnière augmentée.

1^{re} forme : *Dysmorphoses alvéolo-dentaire* :

a) Supraclusion postérieure

{	{	maxillaire
		(infracclusion antérieure
		apparente).
		mandibulaire
		les deux.

b) infracclusion antérieure

{	{	maxillaire	{	maxillaire
		mandibulaire + Supraclusion postérieure		
		les deux		
		les deux		mandibulaire
				les deux

2^e forme : *Dysmorphoses alvéolaires et osseuses* :

a) Supraclusion totale

{	{	maxillaire	{	occlusion normale,
		mandibulaire		
		les deux		
				constitutionnelle ou
				acromégalie. Non
				orthopédique.

b) Infracclusion antérieure

{	{	maxillaire
		mandibulaire
		les deux

+ Supraclusion postérieure, hyperobtusisme, rétrognathie mandibulaire.

c) Infracclusion antérieure + Supraclusion postérieure, hyperobtusisme, antégnathie.

d) Hyperobtusisme mandibulaire.
(infracclusion antérieure et moyenne apparente).

e) Infragnathie unilatérale, condyle, col,
branches horizontales, verticales.

f) Supragnathie unilatérale, condyle, col,
branches horizontales, verticales, hyperobtusisme.

(Latérogathie :
Subluxation du condyle opposé).

(Latérogathie :
Subluxation du condyle opposé).

A PROPOS DE DYSTROPHIES DENTAIRES

Par R. GABRIEL

Professeur suppléant à l'Ecole Dentaire de Paris

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le 6 juillet 1943)

616.314 003.8

L'observation que nous avons l'honneur de vous présenter aujourd'hui nous a paru digne de retenir votre attention par la sommation des signes dystrophiques qui s'y trouvent réunis.

Il s'agit d'un jeune garçon âgé de 11 ans 1/2. Il est né à terme, pesait à sa naissance 3 kg. 750, le poids du placenta était normal. Il est l'aîné de 4 enfants, 3 sont vivants. Son état général est bon et son passé pathologique se résume en une rougeole bénigne à l'âge de 4 ans.

On est frappé tout d'abord, en examinant sa denture, par la pigmentation de toutes ses dents, leurs formes tourmentées, les diasthèmes qui existent entre elles.

L'examen révélera, en outre, un retard d'éruption des dents permanentes.

Nous vous proposons de faire ensemble son examen.

MAXILLAIRE INFÉRIEUR. — La première molaire permanente est hypoplasique, abrasion très irrégulière de la face triturante qui est diminuée, la dent en semble insuffisamment extrusée, le plan triturant est jaune fauve très foncé avec un bourrelet périphérique. Cette molaire répond à la description faite par A. Fournier : « Le corps de la dent dans les 2/3 ou les 3/4 de sa hauteur se présente normalement constitué. Mais son segment supérieur, au contraire, est amoindri dans tous ses diamètres, comme atrophié, comme rongé. De plus, séparé du segment inférieur par une rigole circulaire, il paraît comme enchassé dans celui-ci. Si bien qu'à première vue on dirait une dent plus petite sortant d'une dent plus grande, ou bien encore un moignon d'ivoire émergeant d'une couronne normale. Si l'on examine les choses de plus près, on remarque que la surface triturante de la dent est complètement modifiée d'aspect. Au lieu d'être lisse, unie, gracieusement divisée en une série de mamelons ou cuspidés que séparent des sillons ondulés, elle se présente absolument irrégulière, hérissée d'éminences rugueuses acuminées ou grenues, creusées d'anfractuosités plus ou moins profondes dont quelques-unes pénètrent jusqu'à l'ivoire, voire « bouleversée d'aspect » comme l'a dit un auteur anglais. En outre, cette surface, au lieu de la coloration nacréée d'un blanc laiteux qui est propre à la dent normale, offre une teinte jaunâtre ou brune, sale, sordide ».

Une description à peu près semblable fut faite par Mozer et tous, parmi nous, connaissent la dent dite « en bourse ». Telle est cette première molaire permanente.

Les deux molaires temporaires existent encore, absolument immobiles, ont une face triturante lisse, couleur de l'ivoire normal, alors que le reste de leur couronne est pigmenté. Il y a myéolyse importante.

La canine droite a perdu, elle aussi, ses caractères morphologiques, la pointe abrasée donne à la dent la forme d'une perle irrégulière.

Les incisives centrales et latérales ont, entre elles, des diasthèmes importants. Les incisives latérales sont plates et leurs faces vestibulaires légèrement concaves, pas d'altérations du bord libre, sauf G2 qui porte une petite échancrure. La pigmentation est à peu près totale, ne laissant

que des places très restreintes d'émail normal. Cette pigmentation est couleur du sucre d'orge.

Les dents symétriques sur la même arcade portent à peu près les mêmes signes dystrophiques.

Aucune carie sur l'arcade dentaire inférieure.

MAXILLAIRE SUPÉRIEUR. — La première molaire permanente droite présente des caractères dystrophiques semblables à son antagoniste avec, toutefois, des érosions triturantes plus profondes et à bords plus déchiquetés. La dent paraît à peine extrusée tant la perte de substance est grande.

Les première et deuxième molaires temporaires portent les mêmes caractères dystrophiques que leurs antagonistes avec mylolyse importante, pigmentation presque totale, sauf une portion circulaire centrale sur la face triturante.

La canine temporaire est arrondie, en forme de perle. L'incisive latérale permanente est petite, en légère rotation sur son axe avec une érosion de son bord libre.

Les deux incisives centrales présentent un caractère « hutchinsonien » peu discutable, croyons-nous, et nous ne saurions vous en faire meilleure description qu'en vous rapportant celle qu'en fait Lebourg :

« Il s'agit d'une altération bi-latérale et homologue faite :

1° D'un certain nanisme, le volume global de la couronne est plus petit que normalement ;

2° D'une dysplasie généralisée, la couronne est comme renflée à sa portion moyenne. Elle est moins large au bord incisif qu'au collet, ce qui lui donne un aspect grossièrement en tournevis. Le bord libre est échanuré. C'est, dit Chompret, « un ovoïde aplati dont le bord inférieur est atrésié par un coup d'ongle ».

3° D'une érosion cuspidienne en nappe. Le bord libre rétréci, échanuré, présente une érosion qui le fait apparaître comprimé et plissé. Ainsi érodé, le bord incisif est souvent réduit à un simple pan d'émail. Il est très friable et s'use rapidement par la mastication. Il subsiste alors une échancre semi-lunaire généralement considérée comme typique de la malformation hutchinsonienne. Mais cette disposition en arche se modifie à son tour, car les deux pointes qui la caractérisent s'usent peu à peu. Cette évolution est si fréquente que bien des auteurs refusent de considérer l'échancre semi-lunaire, disposition transitoire, comme un caractère majeur de la dent d'Hutchinson, ceci contrairement à ce que pensait Fournier.

4° D'une altération de structure. La couleur est foncée, la surface de la dent est dépolie. Enfin l'émail et la dentine sont très vulnérables.

5° D'une malposition. Ces dents sont le plus souvent convergentes par une obliquité exagérée de leur axe vers la ligne médiane. Mais elles peuvent être également divergentes ainsi que l'a fait judicieusement remarquer Marius Mozer ».

Telle est cette description si complète, toutes les anomalies des incisives centrales de notre petit patient s'y retrouvent.

Les dents symétriques de l'arcade portent des dystrophies semblables.

Deux molaires temporaires supérieures droites atteintes de gangrènes pulpaire furent traitées et obturées.

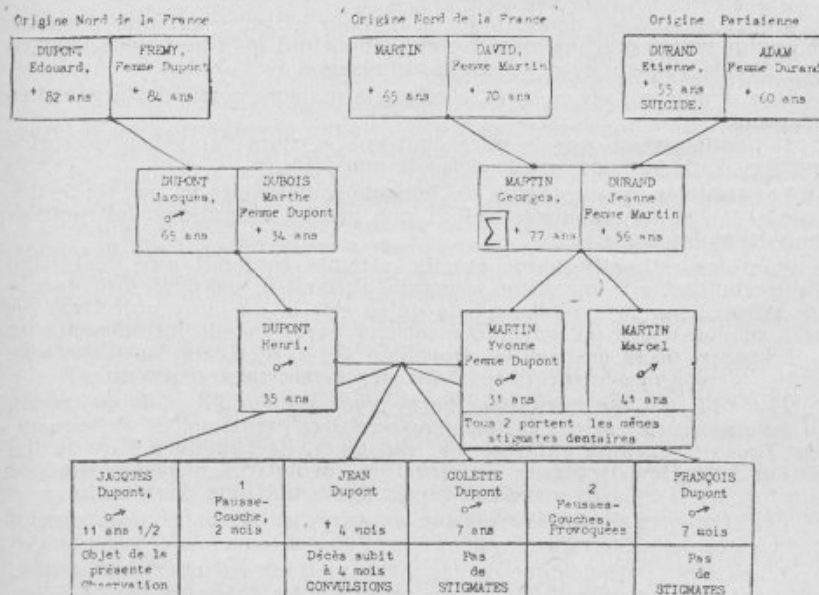
Enfin l'incisive latérale supérieure gauche se trouvait en ectopie palatine et l'incisive latérale temporaire encore sur l'arcade. Celle-ci fut extraite et la dent permanente ramenée en bonne place.

Un tel étalage dystrophique ne pouvait qu'inviter à une enquête étiologique familiale, voici ce qu'elle nous apprit :

La mère de ce jeune garçon avait une denture absolument identique à celle de son fils, aussi lui fit-on établir à l'âge de 20 ans une prothèse fixe supérieure et inférieure. Seules deux molaires de sagesse inférieures évoluées après l'installation des deux bridges demeurent visibles. Elles sont frappées d'une mylolyse semblable et sont totalement pigmentées.

L'oncle porte les mêmes stigmates que sa sœur et son neveu, avec un syndrome hutchinsonien sinon plus marqué.

Pour faciliter le classement, nous avons rétabli une brève généalogie du petit patient. Les noms en sont d'emprunt, mais les âges sont rigoureusement conservés. Elle vous montrera que l'ascendance paternelle est indemne.



L'interrogatoire nous apprit que le grand-père Martin, encore vivant à l'époque, avait été atteint de paralysie générale une dizaine d'années auparavant. Communication de l'observation de l'enfant fut faite au médecin de famille qui voulut bien nous renseigner sur le passé pathologique du grand-père Martin. Il s'agissait d'un syphilitique ancien, tabétique irrégulièrement traité. Une réaction de Bordet-Wasserman fut pratiquée chez l'enfant, le résultat en fut négatif. On fit la même recherche sérologique à la mère voici trois ans, et le résultat en fut également négatif.

Reprenant l'examen buccal, l'absence des prémolaires et des canines permanentes pouvait faire soupçonner une agénésie folliculaire qui n'aurait fait que compléter les éléments du diagnostic. Des examens radiologiques furent pratiqués.

Aucun follicule n'est absent, l'évolution des dents permanentes est seulement retardée, on remarque des anomalies de direction et certaines dents en rotation sur l'axe ; d'autres semblent très volumineuses.

Telle est, résumée, l'observation de ce jeune garçon, porteur d'un cortège d'altérations dystrophiques à valeur symptomatique importante.

Il est assez rare de trouver, presque au complet, tous les signes réunis sur une même denture.

Les deux dentitions ont été frappées alors que la dentition temporaire est le plus souvent indemne.

On note :

Une malposition dentaire (unilatérale toutefois) et un retard d'éruption.

Du microdontisme et des diasthèmes.

Des troubles dystrophiques du follicule.

Des stigmates dentaires.

Un syndrome d'Hutchinson.

Que penser de tous ces signes ?

L'écartement des dents, à lui seul, pour certains auteurs, présente une grande valeur diagnostique. Il semble pourtant qu'il ne faille s'engager dans pareille voie qu'avec beaucoup de réserve.

Roy, d'ailleurs, sur ce sujet, a réfuté la majeure partie des arguments de Gaucher.

Il paraît certain que le microdontisme entraîne fatalement l'écartement des dents sur une arcade normale non atrésée.

Les troubles dystrophiques du follicule sont révélés ici par toutes les variétés de lésions stabilisées autant que par les altérations destructives que portent les dents.

Fournier estimait qu'une pareille atteinte conférait aux dents une « vulnérabilité ». « D'une façon générale, écrivait-il, on peut dire que la dent affectée par la syphilis, quelle qu'en soit la modalité objective, est une dent constituée pathologiquement qui porte en elle les éléments de sa déchéance, de sa destruction prochaine. C'est, d'essence, une dent vulnérable, c'est-à-dire prédestinée à des dégénérescences secondaires ».

Il semble, au contraire, chez notre jeune sujet, qu'il y ait un terrain peu favorable à la carie. Les premières molaires permanentes, si fréquemment frappées chez les enfants, sont indemnes. Ceci invite à faire la distinction entre les dysplasies de structure (évolutives, dispensatrices de caries) et les dysplasies morphologiques fixées une fois pour toutes.

Les stigmates dentaires frappent les deux dentitions, et c'est surtout le syndrome hutchinsonien qui mérite d'être retenu.

L'anatomie pathologique de ces malformations est assez mal connue, ceci étant dû aux difficultés de recherches sur les tissus calcifiés.

Ce sont surtout les érosions qui ont retenu l'attention, on ne citera que pour mémoire les travaux de Magitot, Abbott, Black et Capdepon.

En 1907, Theuveny publia une série d'observations d'anatomie pathologique qu'il fit sur des dents de fœtus ou de nouveau-né issus de souche syphilitique. L'auteur rapporte que sur dix observations il a trouvé, dans 9 cas, des lésions de la dentine de l'émail ou des adamantoblastes. Lésions plus ou moins combinées concomitantes ou séparées. L'auteur pose les conclusions suivantes : « Un enfant peu ou mal imprégné de syphilis héréditaire aura un développement dentaire bien moins atteint de toutes façons que celui dont le ou les procréateurs étaient en puissance active ou insoignée de syphilis. Donc, variations de lésions anatomo-pathologiques et cliniques étant donné la virulence, la date de l'infection, variations macroscopiques considérables que l'on a toujours constatées et que depuis on a toujours discutées. Chez tout enfant imprégné de syphilis héréditaire, la lésion dentaire n'est pas inévitable mais, d'autre part, il ne doit pas y avoir une dent d'Hutchinson, mais un véritable syndrome dentaire, susceptible d'intéresser diversement, et avec des intensités différentes, anatomiquement ou cliniquement, la totalité ou une partie de l'appareil dentaire. »

La pathogénie des dystrophies folliculaires s'appuie sur deux théories : la théorie cellulaire reconnaît l'altération des adamantoblastes et des odontoblastes, la théorie humorale soutenue par Frey tenta d'appliquer à la pathogénie de l'érosion les théories de Leriche et Pollicard, supprimant toute action des cellules dento-formatrices et reconnaissant le seul trouble du collagène.

Par quel processus ces cellules dento-formatrices peuvent-elles être lésées ? Capdeponat voulait en faire la résultante d'une inflammation sans toutefois en apporter la preuve. Ce furent ensuite Magitot, Theuveny, Cavallaro qui précisent le mécanisme de la malformation apportant des coupes histologiques prouvant :

— des altérations de l'émail, de l'ivoire et la présence de spirochètes dans le follicule et dans la pulpe dentaires (Cavallaro).

Ca n'est pourtant pas à dire pour cela que la seule syphilis doive être invoquée en présence de dystrophies dentaires. Nous savons tous, en effet, que les maladies toxi-infectieuses de la petite enfance et les avitaminoses sont capables de laisser des stigmates de leur passage. Enfin, les troubles nerveux, en particulier la tétanie, les traumatismes céphaliques, conservent une valeur diagnostique dans l'étiologie des malformations.

On aimerait pouvoir donner à chaque dystrophie une étiquette d'origine. Ch. Ruppe a tenté de proposer une classification de ce genre, tendant à faire des toxi-infections chroniques la cause des malformations dentaires totales et des toxi-infections aiguës la cause des malformations partielles.

D'autres auteurs ont cherché à préciser l'étiologie d'après l'âge des érosions ou leur situation sur la couronne.

La multiplicité des signes n'apporte pas toujours des éléments capables de faciliter le diagnostic étiologique.

La syphilis est, de toutes les maladies qui peuvent être mises en cause dans l'étiologie de ces dystrophies, celle qui est la plus durable, capable de se transmettre à la descendance du malade, et enfin la plus insidieuse, capable de longs intervalles de silence et, par là même, n'en est que plus redoutable.

C'est à elle qu'il faudra le plus souvent penser.

L'observation de notre jeune patient permet de faire le diagnostic rétrospectif d'une maladie grave du premier âge, voire même fœtale. En effet, les dents temporaires et permanentes qui calcifient leur couronne dans la même période sont également atteintes.

Quelle maladie grave de l'enfant capable de lésions folliculaires profondes et malgré tout compatible avec la vie ?

Quelle serait-elle, sinon la syphilis ?

Le caractère familial des dystrophies, les deux dentitions également frappées, la disparition totale ou presque de la couronne des molaires temporaires et l'usure prématurée des bords libres plaident en faveur d'une dysplasie de Capdeponat.

Mais la présence du syndrome hutchinsonien qui prend ici une valeur diagnostique très grande, les altérations diverses et nombreuses, les stigmates complexes ainsi que l'amorphisme, puis l'enquête familiale qui nous révèle une atteinte syphilitique profonde de l'aïeul à laquelle s'ajoute le décès obscur, à 4 mois, d'un second enfant, permettent le diagnostic de syphilis dentaire héréditaire.

En présence des dystrophies de ce jeune malade, et bien que sa sœur cadette ait été épargnée, pendant la cinquième grossesse de la mère un traitement bismuthique fut institué. L'enfant, né à terme, âgé maintenant de 8 mois ne porte, jusqu'à présent, sur les quatre dents qu'il possède, aucun stigmate ni aucune pigmentation.

Quant au jeune patient, devant le résultat négatif du B.-W., en l'absence de signes évolutifs, le médecin de la famille préféra à son égard l'abstention. Pour notre part, nous le regrettons. La médication anti-syphilitique donnant souvent un coup de fouet à l'éruption dentaire ainsi qu'à la croissance.

Localement, rien n'a encore été décidé vu l'âge du malade. C'est à la prothèse restauratrice de superposition que nous pensons faire appel pour masquer cette denture dystrophiée.

Nous nous excusons d'avoir retenu longtemps votre bienveillante attention, et nous nous permettons pour conclure de vous rappeler que :

« Connaître les dystrophies dentaires c'est d'abord être convaincu de la nécessité de les prévenir. Le traitement prophylactique doit être à l'heure actuelle le plus largement diffusé. C'est ensuite lutter contre leur cause et pallier à leurs inconvénients souvent définitifs. Le traitement est donc étiologique et symptomatique — rarement curatif. Symptomatique, il s'oppose à des lésions définitivement constituées et ne peut mettre en œuvre que des moyens orthopédiques et prothétiques ».

Tel est l'avis exprimé par Lebourg dans son livre demeuré unique sur cette question des dystrophies dentaires qui, depuis Parrot et Fournier, a été l'objet de tant de publications et controverses.

BIBLIOGRAPHIE

- L. Lebourg.** — *Les dystrophies de la syphilis héréditaire.* — (Doin et C^{ie}, Edit.).
A. Leplat. — *Contribution à l'étude des accidents de la syphilis héréditaire.* — (Thèse de Paris, 1891).
R. Merville. — *Valeur diagnostique des dystrophies dentaires dans la syphilis héréditaire.* — (Thèse de Paris, 1921).
M. Roy. — *Etude critique sur les stigmates dentaires dans l'hérédosyphilis.* — (Odontologie, 1918).
Theuveny. — *Les dents chez le fœtus et le nouveau-né syphilitique.* — (Odontologie, 1907).
M. Troughon. — *De la dentition hérédosyphilitique chez l'enfant.* — (Thèse de Paris, 1907).

Communiqué de la Section Dentaire Départementale faisant fonction de Collège Dentaire de la Seine

En vue des prochaines élections au Conseil du Collège Dentaire de la Seine, les confrères sont invités à s'assurer que leur adresse exacte est bien prise en note au Siège de la Section Dentaire Départementale de la Seine, 174, rue de Rivoli, Paris.

Tout confrère régulièrement inscrit à l'Ordre Départemental a dû recevoir les circulaires de la Section Dentaire. Le fait de n'avoir pas reçu ces circulaires permet de supposer que la Section Dentaire n'est pas en possession de l'adresse exacte.

Dans ce cas, les confrères qui auraient connaissance d'un fait de cette nature les concernant, ou concernant des praticiens parmi leurs relations, sont priés d'aviser la Section Dentaire afin de lui permettre de rectifier s'il y a lieu son fichier d'adresses.

DÉFENSE PROFESSIONNELLE

Dans notre dernier article, nous avons essayé d'analyser brièvement l'état actuel dans lequel se trouve notre profession et les légitimes aspirations de celle-ci.

Nous indiquions, sûrs non seulement de notre bon droit, mais surtout de défendre avant tout l'intérêt supérieur de la Santé Publique, que nous étions convaincus que le Secrétaire d'Etat à la Santé Publique ne pouvait que soutenir un point de vue coïncidant avec les intérêts supérieurs dont il a la responsabilité et cela, malgré les interventions intéressées que peuvent faire dans ses services certains stomatologistes pour lesquels l'intérêt particulier semble masquer le général.

Depuis, l'Editorial de notre excellent confrère *L. Thil*, dans *L'Information Dentaire* du 31 août 1943, est venu faire naître nos craintes. *Thil* écrit : « Par cet Editorial, je me propose de mettre un terme à certains bruits des plus fâcheux, dont l'écho nous est parvenu récemment : en dernière heure interviendrait, soi-disant, une modification à la loi du 18 septembre 1942 sur l'organisation des professions médicale et dentaire, qui tendrait à minimiser, une fois de plus, le rôle du Chirurgien-Dentiste ».

Ces bruits nous étaient parvenus à nous aussi.

Nous n'avions pas voulu y ajouter foi tant il nous semblait impossible de croire qu'une modification *in extremis* vienne fausser une consultation électorale déjà bien « dirigée ».

Le fait qu'un confrère aussi sérieux et sûr de ses informations que *Thil*, y fasse allusion, nous fait craindre que quelque chose soit vrai.

Nous pensons que, lorsqu'on adopte une attitude, il faut au moins l'adopter franchement.

Que, lorsqu'on décide de consulter une profession, il faut la laisser libre de se prononcer sans la diviser en praticiens mineurs et en praticiens majeurs privilégiés, surtout lorsque le privilège ne se justifie ni par le nombre, ni par les services rendus.

La nomination directe des dirigeants par l'autorité supérieure a ses avantages et ses inconvénients ; elle a au moins le mérite de la franchise.

Si l'on abandonne cette façon de faire pour en revenir à l'élection, il faut que celle-ci puisse être libre, sinon elle ne serait qu'une duperie.

Nous sommes d'ailleurs convaincus que nos confrères sauront de toute façon exprimer leur volonté avec assez de netteté pour être entendus où il est nécessaire, et nous ne pouvons que souhaiter que la conclusion de *Thil*, que nous faisons provisoirement nôtre, soit justifiée pour le plus grand bien de tous lorsqu'il écrit : « Notre Gouvernement a peut-être le droit de prendre toutes dispositions qu'il jugera utiles, mais *M. le Dr Grasset* nous a prouvé, en maintes circonstances, son désir de bien faire et, dès lors, je reste convaincu qu'une mesure aussi impopulaire et impolitique ne peut même pas avoir retenu son attention un seul instant. »

Philippe Audy,
Chirurgien-Dentiste
de la Faculté de Médecine de Paris.

PALAIS. — BEC-DE-LIÈVRE

Guilleminet et Guillet. — Chirurgie du bec-de-lièvre (*Société de Chirurgie de Lyon*, 8 déc. 1938).

Jarman. — Tumeur mixte du palais (*British Journ. of Surg.*, janvier 1935).

Hollingren (L.). — Tumeurs mixtes du voile du palais (*Rev. de Lar.-Oto.-Rhin.*, n° 9, 1932).

Heitz. — Tumeur mixte du voile du palais. Ablation endo-buccale (*Soc. Méd. de Lyon*, 22 février 1933).

Guillermin, Gïnestet et Coudane. — Tumeur mixte du palais (*Soc. de Méd. militaire Fr.*, 4 mars 1937).

Gaudini. — Tumeur mixte du voile du palais (*Arch. Ital. di Otol.*, août 1931).

Fraussen. — Tumeurs mixtes de la face et du palais (*Ann. d'Anat. path.*, mars 1934, p. 275).

Ferran. — Tumeur mixte du voile du palais (*Arch. Franco-Belge de Chir.*, t. 26, p. 511, 1923).

Dillange. — Contribution à l'étude anatomo-pathologique des tumeurs dites mixtes (*Thèse*, Paris, 1933).

PALAIS. — BEC-DE-LIÈVRE

Lance. — Quelques données actuelles sur le traitement des tumeurs dites mixtes de la parotide (*Gaz. des Hôpitaux civiles et militaires*, 17 et 20 janvier 1940).

Ombredanne. — Des fissures faciales (*Journal des Praticiens*, 11 janv. 1941).

Bourguet (M.). — Reconstitution de la lèvre supérieure et du palais antérieur dans les fentes bilatérales totales ou gueules de loup (*Soc. de Méd. et Chir. de Toulouse*, janvier 1941).

Axhausen (G.). — Technique et résultats de la plastie des lèvres (Edité à Leipzig, 1941, chez G. Thieme).

Leroux, Friez, Vrasse. — A propos des épithéliomas salivaires dits « tumeurs mixtes » (*Revue de Stomat.*, p. 410, nov. 1941).

Stich. — Sur les tumeurs mixtes salivaires du palais (*Zentralblatt. für Chir.*, 3 avril 1937).

Souchet. — Voile du palais, tumeur mixte (*Normandie Médicale*, p. 242, 1927).

NOUVELLES

Mariages. — Le mariage du Dr Ch. Nicolle, chirurgien-dentiste à Dijon, membre de notre Groupement, avec Mlle Madeleine André, a été célébré à Lyon, le 1^{er} juillet 1943.

Le mariage de M. Lecœur, chirurgien-dentiste à Paris, membre de notre Groupement, avec Mlle Bordenave, a été célébré à Tarbes, le 10 août 1943.

Nos félicitations et vœux de bonheur.

Naissance. — M^{me} et M. Beck, chirurgien-dentiste à Colombes, membre de notre Groupement et du Corps enseignant de l'Ecole Dentaire de Paris, nous ont annoncé la naissance de leur fille Françoise, le 6 septembre 1943.

Nos félicitations.

L'Administrateur-Gérant : P. LOISIER. — Autorisation S. 149.

Soc. Rév. Imp. & Pub. (DOMMAN ÉTAMPES)

L'ODONTOLOGIE

REVUE MENSUELLE

DIRIGÉE DE 1881 A 1896 PAR PAUL DUBOIS

DE 1896 A 1932 PAR CHARLES GODON

ET DE 1923 A 1940 PAR MAURICE ROY

Secrétaire de la Rédaction, Administrateur

Pierre LOISIER

Professeur sup. à l'Ecole Dentaire de Paris

Directeur et Rédacteur en Chef

A. AUDY

Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Sarcome du maxillaire supérieur en ayant imposé au début pour une périodontite banale, par le Dr Jean Delibéros.....	146
Accidents de dent de sagesse, par le Dr Ch. Bennejeant.....	151
REVUE DES LIVRES.....	154
DÉFENSE PROFESSIONNELLE.....	155
HYGIÈNE.....	157
NOUVELLES.....	159

ÉDITIONS DE LA SOCIÉTÉ RÉGIONALE D'IMPRIMERIE

MAURICE DORMANN, ÉDITEUR

RÉDACTION ET ADMINISTRATION : 45, rue de la Tour-d'Auvergne, PARIS (9^e)

Compte Chèques Postaux 277.93 Paris

Téléphone : Trudaine 74-85 et 74-87

Abonnements : France.. 100 fr. par an. — Le numéro : 12 francs.
Etranger : 130 fr. par an. Le numéro : 16 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

SARCOME DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR EN AYANT IMPOSÉ AU DÉBUT POUR UNE PÉRICORONARITE BANALE

Par le Docteur Jean DELIBÉROS
Professeur Sup. à l'Ecole Dentaire de Paris

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le 10 février 1942)

616.31 006.42

L'observation que j'ai l'honneur de présenter a été recueillie il y a quelques années déjà à l'Hôpital Lariboisière, dans le service de clinique Oto-Rhino-Laryngologique de la Faculté dirigé par mon maître, le Professeur Lemaitre.

Qu'il me soit permis de le remercier très respectueusement pour m'avoir donné, avec son habituelle bienveillance, l'autorisation de me servir de notes que j'avais conservées par devers moi.

Notre regretté Charles Ruppe était alors assistant au pavillon Isambert et s'occupait plus spécialement des malades atteints d'affections buccales. Je remplissais auprès de lui les fonctions d'externe et c'est dans ces circonstances qu'il m'a été donné de suivre le malade qui fait l'objet de cette communication.

Voici très rapidement esquissée, l'histoire de la maladie telle que nous avons pu la reconstituer après avoir interrogé le malade :

Dans le courant d'août 1932, M..., exerçant la profession de charcutier dans les environs de Paris, éprouve une certaine gêne lors des mouvements d'ouverture et de fermeture de la bouche.

Il observe que derrière la dernière grosse molaire inférieure droite la gencive est légèrement gonflée, qu'une sorte d'excroissance gingivale vient recouvrir la face postérieure de la dent.

Les inconvénients qui en résultent n'auraient certes pas inquiété cet homme s'ils en étaient restés là, mais cette gêne persiste et c'est un léger trismus qui l'amène à consulter, d'autant plus qu'il constate l'apparition d'une tuméfaction au reste peu importante, légèrement douloureuse dans la région angulaire.

Il se présente à Paris dans une consultation de Stomatologie où il est interrogé, examiné et où l'on pose le diagnostic d'accident d'évolution de la dent de sagesse accompagné de trismus et d'une légère réaction cellulaire.

On pratique, semble-t-il, un attouchement avec un caustique dont on ne peut faire préciser la nature et, dûment lesté d'une ordonnance recommandant les bains de bouche fréquents et chauds, M... rentre chez lui.

On sait l'efficacité habituelle de ce traitement simple. Les phénomènes inflammatoires, le trismus concomittant s'améliorent le plus souvent très rapidement et tout rentre dans l'ordre jusqu'à ce qu'une nouvelle poussée fasse son apparition.

Dans l'histoire de ce malade, cette règle ne se dément pas, le traitement indiqué est suivi d'une amélioration, d'après les dires de ce malade

il semble qu'elle se soit poursuivie pendant quatre à cinq semaines, mais les phénomènes n'auraient cependant jamais totalement disparu.

Au commencement de décembre, nouvelle poussée qui ne paraît pas marquer d'aggravation sur la précédente — même excroissance charnue rétromolaire, même trismus léger, même empatement un peu douloureux de l'angle.

Sur le conseil d'un médecin, le malade se rend alors à la consultation d'Oto-Rhino-Laryngologie du service de M. le Professeur Lemaitre. C'est là que nous voyons le malade pour la première fois le 15 décembre 1932.

L'examen que nous pratiquons nous permet de préciser les éléments sémiologiques recueillis au cours de l'interrogatoire.



Radio 1.

Extérieurement, il existe une très légère asymétrie résultant d'une tuméfaction peu importante dans la région massétérine basse. Elle est un peu douloureuse à la palpation. Les téguments sont normaux. A l'ouverture de la bouche, limitation des mouvements. Les gencives sont en mauvais état si le système dentaire est sain.

Au niveau de la dent de sagesse, il existe effectivement un capuchon muqueux sans caractères spéciaux ; il est sphacélé dans sa partie antérieure et sensible. Il existe d'autre part une réaction inflammatoire de voisinage surtout intense vers la joue, ce qui n'est pas pour nous surprendre.

Un peu de pus sourd lorsque l'on palpe la région rétromolaire. Le vestibule est un peu comblé, mais n'est pas spécialement douloureux. Il existe enfin de l'adénopathie sous-maxillaire.

En résumé, comme vous le voyez, un examen clinique très banal. C'est le tableau typique de l'accident muqueux de la dent de sagesse inférieure.

Nous demandons une radiographie, elle n'apporte que peu de renseignements : la dent de sagesse est implantée en position normale, l'os péri-dentaire est normal (radio 1).

Nous pratiquons un écouvillonnage à l'eau oxygénée, nous prescrivons des bains de bouche, conseillons à notre malade l'avulsion de la dent et nous lui demandons de revenir un jour prochain pour s'y soumettre.

Le malade ne vient pas au rendez-vous qui lui a été indiqué et nous pensons que les phénomènes sont rentrés dans l'ordre.

Mais un mois plus tard, le 17 janvier, il se présente à nouveau à notre consultation.

Le tableau clinique est tout à fait différent, à tel point que nous faisons admettre immédiatement le malade au pavillon Isambert où il est hospitalisé à la salle Vieussens.

Extérieurement, on est frappé par l'existence d'une tuméfaction importante ayant son maximum dans la région massétérine s'étendant de l'angle du maxillaire vers en bas et se perdant dans la région parotidienne en arrière sans qu'il soit possible de la délimiter exactement.

Cette tumeur est dure, sauf à la périphérie où siège une cellulite réactionnelle.

La palpation ne révèle aucune douleur.

La recherche de la sensibilité cutanée dans la région du maxillaire inférieur, à droite, montre une anesthésie à peu près complète dans le domaine du nerf dentaire.

L'ouverture de la bouche est difficile, le trismus infiniment plus intense que lors de notre premier examen.

La salive est abondante, l'haleine fétide.

Le malade éprouve une certaine gêne pour s'exprimer.

On examine sans trop de difficultés la région molaire :

Le soi-disant capuchon muqueux est augmenté de volume, ulcéré, et cette ulcération se prolonge vers la deuxième molaire dans le sillon gingivo-jugal. La palpation permet d'apprécier le comblement de ce sillon par une masse tumorale dure qui se perd dans la joue.

La dent de sagesse est extrêmement mobile, à tel point qu'elle tombe d'elle-même au cours de l'examen.

Cette symptomatologie nous fait immédiatement penser à une néoplasie à la phase d'extériorisation.

Une biopsie est pratiquée et le prélèvement confié au Dr Ardouin.

Voici la réponse du Laboratoire :

« Tumeur mésenchymateuse présentant des places nécrotiques étendues et une hyalinisation partielle du stroma.

Préparation difficile d'interprétation en raison des phénomènes inflammatoires. Cellules tumorales irrégulières, à noyau souvent volumineux et très chromatique. (Noyaux bourgeonnants et multiples dans une même cellule).

Stroma fibrillaire, vaisseaux abondants. »

Conclusion : Sarcome polymorphe vraisemblable.

Pour compléter nos recherches, bien que le malade n'accuse aucun antécédent vénérien, une réaction de Bordet-Wassermann est immédiatement faite. Elle est négative.

Il s'agissait encore de préciser l'extension des lésions. Une nouvelle radio est demandée. Elle montre une destruction de toute la partie antérieure de la branche montante et du coroné (radio 2).

Le 20 janvier — soit quarante-huit heures après son admission — alors que l'on attend d'avoir en mains tous les documents de l'observation

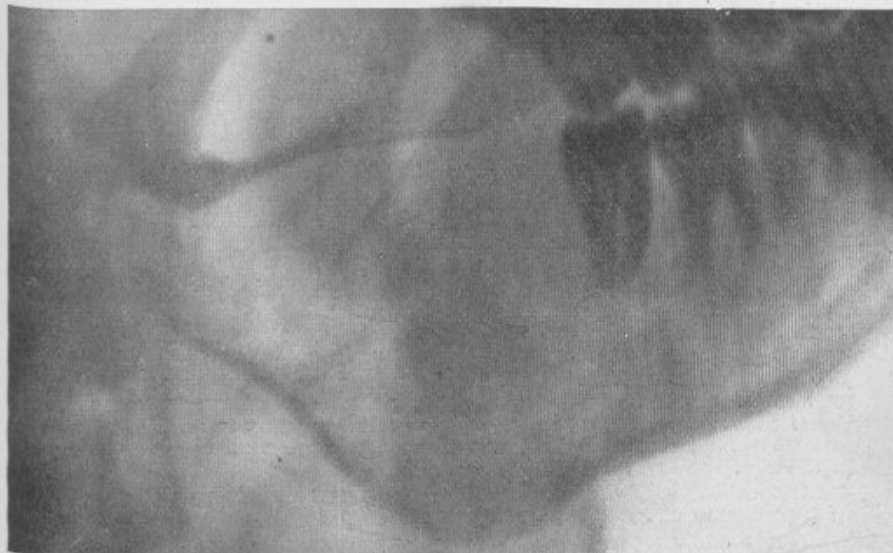
pour présenter le malade à M. le Professeur Lemaitre, et que l'on discute sur l'opportunité d'une intervention, un fait nouveau se produit.

Le malade attire notre attention sur le fait qu'il ressent de vives douleurs dans la jambe droite, douleurs à forme de sciatique.

L'examen révèle l'existence d'un épaississement du tiers inférieur du fémur droit.

Cette tumeur est dure, fait corps avec l'os ; elle est fusiforme et non douloureuse.

Le siège et la forme sont confirmés par les radiographies que nous n'avons malheureusement pas dans nos documents. L'état général s'altère, la température monte à 40, une diarrhée profuse s'installe en même temps qu'une augmentation du volume de l'abdomen se produit.



Radio 2.

Très rapidement est réalisé le syndrome typique d'une ascite qui ne peut s'expliquer que par le développement d'une métastase du pancréas ou du foie.

La température se tient aux environs de 39,5-40. Le 26 janvier, elle descend à 37,6, puis remonte à larges oscillations au-dessus de 40.

Des phénomènes confusionnels apparaissent.

Notre malade meurt le 29 janvier, soit douze jours après son admission dans le service et deux mois après que les premiers symptômes de la maladie l'eussent amené à consulter.

Une opposition ayant été formulée, il ne nous a pas été possible de pratiquer *post mortem* les prélèvements nécessaires au niveau du fémur et des viscères.

Il eût été fort intéressant de faire préciser par le laboratoire la nature histologique des lésions de ces organes, lesquelles, cliniquement, paraissent bien être secondaires à la tumeur maxillaire.

Ce qui nous a particulièrement frappé dans l'observation que nous

venons de vous présenter, c'est d'abord l'extraordinaire rapidité de l'évolution de la maladie, mais c'est ensuite et surtout l'opposition clinique entre l'extrême banalité des signes du début camouflés et l'explosion d'un ensemble symptomatique révélant la nature réelle de la maladie.

C'est enfin les généralisations multiples au fémur et au foie. On sait, en effet, que les métastases ne sont pas la règle dans les néoplasies sarcomateuses.

Il est bien évident que lors de notre premier examen, le malade possédait en lui tous les éléments du diagnostic fatal qui s'est imposé par la suite. Sans doute, une biopsie faite à ce moment eut-elle décelé la néoplasie, sans doute y avait-il déjà des troubles de la sensibilité dans le domaine du dentaire inférieur, sans doute ce trismus léger que nous avions interprété comme une manifestation banale, était-il de nature à nous aiguiller sur la bonne voie. Mais lorsqu'un malade se présente devant nous avec les commémoratifs et un ensemble de signes qui correspondent à une affection courante, dans le cas présent une péricoronarite, est-il logique de suspecter le capuchon muqueux ?

Est-il logique de rapporter à un envahissement tumoral des masticateurs, le trismus qui est le signe banal par excellence des affections inflammatoires de la dent de sagesse ?

Nous répétons si volontiers à nos élèves qu'il faut, avant toute chose, du bon sens, et ne point chercher le diagnostic d'exception !

Très vraisemblablement, si notre malade avait montré moins de négligence, aurions-nous été inquiétés de la persistance insolite et de l'aggravation progressive de la lésion maxillaire.

Sans doute un climat nouveau dans l'observation nous eut amené à poser le diagnostic de sarcome et une intervention large, en dépit du pronostic généralement mauvais des tumeurs de cette nature, était susceptible de donner un résultat thérapeutique appréciable.

En manière de conclusion, je me permettrai de vous rappeler, de vous remémorer un certain nombre de points énoncés par le professeur Lemaitre au cours d'une communication faite au Congrès de Stomatologie de 1925 sur « La conduite à tenir en présence des cancers des mâchoires au début ».

Ces considérations devenues classiques sont une fois de plus confirmées par cette observation.

Après avoir rappelé qu'il ne fallait pas tomber dans l'erreur de la plupart des ouvrages classiques qui décrivent comme signes de début des symptômes fonctionnels de la période d'état, j'attache, dit le Professeur Lemaitre, une grande importance à la recherche de la sensibilité, non seulement au niveau des dents, mais surtout au niveau des trous sous-orbitaire et mentonnier ; je crois bon d'explorer les divers modes de la sensibilité, au toucher, au froid, au chaud, à la douleur ; cet examen rapproché des sensations suggestives accusées par le malade, permettront parfois un diagnostic en profondeur.

De même, la constatation d'un trismus léger présente un intérêt considérable du point de vue diagnostique. Non pas les trismus très remarquables dont l'existence s'impose, mais les trismus légers qu'il faut rechercher, et pour la mise en évidence desquels il est parfois nécessaire de pratiquer des mensurations. Ils témoignent d'un début d'envahissement des muscles masticateurs, de même que les troubles de la sensibilité témoignent de lésions des nerfs maxillaires.

ACCIDENTS DE DENT DE SAGESSE (1)

Par Ch. BENNEJEANT

Docteur ès-Sciences, Docteur en Médecine
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris

Par rapport aux Anthropoïdes, l'Homme offre des analogies de croissance, qui donnent le sens des décalages morphologiques en cours chez lui. Les observations de P. Rode sur le Chimpanzé (2), pris comme exemple, ont permis de trouver chez cet animal :

1^o Une période infantile allant jusqu'au 30^e mois ;2^o Une période d'adolescence de 3 à 8 ans ;3^o Une période juvénile de 8 à 12 ans,

et une longévité moyenne s'établissant autour de 45 ans.

Chez l'Homme, la période infantile se prolonge jusqu'à 6 ans, l'adolescence jusqu'à 13 ans et la période juvénile jusqu'à 20 ans. Enfin la longévité s'accroît considérablement.

Le retard de croissance ne frappe pas également tous les organes. L'épanouissement particulier des facultés cérébrales, fruit de l'éducation et de l'instruction intensive données aux enfants humains, amène une *croissance spécialement prolongée* de la boîte crânienne et du cerveau. Les sutures crâniennes soudées dès 12 ans chez le Chimpanzé, n'y parviennent qu'à l'âge mûr chez l'Homme. Par contre, les mâchoires, qui diminuent d'importance en raison inverse du développement cérébral, suivent une évolution inverse. L'intermaxillaire est soudé au cours de la vie fœtale chez l'Homme et dans l'âge mûr seulement chez le Chimpanzé.

Les dents, comme nous l'avons exposé jadis dans la *Revue Médicale de France* enregistrent parfaitement ces décalages organiques par leur chronologie éruptive. On peut ainsi établir pour les vraies molaires la valeur du retard qu'apporte cette croissance prolongée (3) :

	Chim- panzé (4)	Néo- Calédonien	Campagnard européen	Citadin européen
Première vraie molaire	3 ans	5 ans	6 ans	7 ans
Seconde vraie molaire	7 ans	8 ans	12 ans	14 ans
Troisième vraie molaire	12 ans	14 ans	18 ans	20 ans

La dent de sagesse est la plus atteinte par ce retard de formation et d'éruption, parce qu'elle est la dent terminale. Elle tend à disparaître et effectivement on ne la trouve pas à l'examen radiographique dans 10 % des cas. Car les organes disparaissent de deux façons, ou bien *ils anticipent* leur formation jusqu'à passer dans la vie fœtale comme les fentes branchiales, ou bien *ils retardent* leur formation jusqu'à paraître seulement chez les individus âgés ou pas du tout. La dent de sagesse participe de la seconde manière et les observations de dents de sagesse apparaissant chez des personnes âgées sont relativement fréquentes. Cette poussée éruptive dans des tissus, qui ne sont plus jeunes et supportent mal cette évolution est des plus désagréables.

En principe, *c'est ce retard évolutif et éruptif dentaire pris par l'espèce humaine, rangon de son développement cérébral, qui est à la base des acci-*

(1) Extrait de la *Revue Médicale de France*, juillet-août 1941.

(2) Bulletins et Mémoires de la Société d'Anthropologie, 1939.

(3) Conférence radiodiffusée P. T. T. 22 août 1939.

(4) La chronologie éruptive de la dentition chez les Anthropoïdes. Mammalia, 1940.

dents de dent de sagesse. Ces accidents n'existent pas chez les Nègroïdes, il est l'apanage des autres races.

Ces accidents n'existent pour ainsi dire jamais à la mâchoire supérieure, parce que la tubérosité maxillaire est libre de tout voisinage osseux et qu'elle permet toujours une évolution vicieuse de la dernière molaire.

Les vraies molaires ont leurs dimensions coronaires fixées, bien avant que le tissu osseux mandibulaire ait fixé les siennes. Ces dimensions sont celles qui correspondent à un squelette mandibulaire développé dans des conditions normales. Dès la naissance pour la première vraie molaire, à trois ans pour la seconde et à douze ans pour la troisième, le volume coronaire est ce qu'il doit toujours être. La mandibule s'accroît de façon correspondante au même niveau, mais pour peu que le développement osseux soit entravé par une cause d'ordre général, les vraies molaires ont peine à se loger dans l'emplacement disponible. Les arcades dentaires ne correspondent plus aux arcades alvéolaires. C'est la dernière molaire à venir, qui supporte tout l'inconvénient de la situation. Les asymétries faciales viennent souvent aggraver les circonstances locales.

S'il se produit un vide dans l'arcade, il n'y a jamais d'accidents de dent de sagesse. Cette constatation clinique est capitale.

Les élèves de Magitot, Capdeponot notamment, insistent sur l'obliquité de la lame dentaire donnant naissance à la troisième vraie molaire, émanation, disent-ils, de la lame dentaire de la seconde vraie molaire. En sorte que la troisième vraie molaire devrait être regardée comme une molaire de remplacement de la seconde. En réalité, la promiscuité des germes et des bourgeons dentaires émis à des époques très différentes : 15^e semaine de la vie intra-utérine, 3^e mois et 6^e année, ne permet guère de juger de l'origine. Il faut pour cela des espèces animales, dont le décalage des molaires monophysaires est moindre, comme l'ont prouvé les recherches de Pouchet et Chabry. Mais si cette façon d'interpréter les faits n'est pas rigoureusement exacte au point de vue anatomique, les conséquences cliniques en sont des plus heureuses. La seconde molaire assimilée à une dent temporaire, qu'on peut... qu'on doit enlever, permet de laisser un emplacement précieux, qui fait défaut à la troisième.

Quoi qu'il en soit, l'éruption de plus en plus oblique des vraies molaires fait que la troisième l'est plus que les deux autres et qu'elle entre en contact avec la seconde suivant un certain angle. Si ce contact se produit à la partie supérieure de la couronne de la seconde molaire, la dent de sagesse glisse dans son éruption sur un plan incliné favorable. Elle parvient à se dégager. Si ce contact se produit à la partie inférieure de la couronne de la seconde molaire, la dent de sagesse aggrave son obliquité et ne parvient pas à se dégager. Parfois même, elle prend une position perpendiculaire à la seconde et se bloque en arrière de celle-ci, restant incluse.

Enfin, dernière condition désavantageuse, la jonction de la branche montante et de la branche horizontale est renforcée de façon particulière par l'existence d'une travée osseuse, la ligne oblique, qui rend l'éruption laborieuse, pour peu que la dent cherche sa voie vers l'extérieur.

Toutes ces circonstances défavorables étant plus ou moins réunies, en puissance d'accidents, quelles sont les circonstances qui vont les déclancher ?

Il suffit pour cela que le sac dentaire dans lequel émerge la dent de sagesse soit en communication avec la cavité buccale ou dans son voisinage le plus immédiat. Ce sac dentaire anfractueux par suite du relief coronaire qu'il épouse, s'infecte avec la plus grande facilité. Contenu dans une coque osseuse, il ne peut s'y distendre et devient le siège d'une douleur très vive, qui s'irradie vers l'angle et l'oreille. La mastication devient pénible, le sac péri-coronaire étant douloureux à la moindre pression. L'œdème local est marqué par l'empreinte de la dent antagoniste. Assez sou-

vent, cette péricoronarite reste congestive et tout rentre dans l'ordre après deux ou trois jours. Mais la guérison est apparente et les récides vont se produire à l'occasion d'une grippe, d'un surmenage, d'un refroidissement ou d'une menstruation. Ces récides ne disparaissent qu'avec l'éruption complète de la dent.

De congestive la péricoronarite devient suppurée. La pression sur le sac fait sourdre du pus. La rougeur déborde sur le vestibule et sur le pilier antérieur du voile. La déglutition devient douloureuse. L'infiltration des muscles masticateurs et du buccinateur voisins provoque du trismus. Ce trismus n'est jamais serré et peut se vaincre partiellement par un effort persévérant et exempt de brutalité. Il ne cède complètement qu'à l'anesthésie générale. Mais souvent, ce trismus est facilité et entretenu par une thérapeutique maladroite qui, par des pansements humides ou des compresses chaudes sur la joue, a cru pouvoir faire des dérivations à la peau.

Négligés ces accidents peuvent devenir le point de départ d'une gingivite ulcéreuse, d'une adénite sous angulo-maxillaire, d'un abcès migrateur buccinato-maxillaire (Chompret et Lhironde) ou temporal (Lebedinsky et Letteri), de désordres intra-osseux cheminant de proche en proche (Berger et Ruppe).

Il ne faut donc pas laisser s'éterniser ces accidents.

Si la coronarite est simplement congestive, elle cède aux bains de bouche chauds, opiacés ou non.

Mais il faut agir avant la récide prochaine. L'extraction de la dent est évidemment radicale, mais elle n'est pas toujours nécessaire. La radiographie renseigne sur la situation, compte tenu des superpositions.

Lorsque la dent de sagesse a un emplacement suffisant, il suffit de débiter au ciseau à gencives la couronne de la dent. Le galvanocautère offre l'inconvénient d'une réaction aggravante d'empatement consécutive.

Lorsque la dent de sagesse n'a pas d'emplacement suffisant, il faut l'extraire ou lui donner l'emplacement nécessaire à son évolution. L'extraction de la dent de sagesse inférieure est toujours délicate. J'ai pu constater, à plusieurs reprises, au cours d'une carrière professionnelle de quarante ans, combien une dent de sagesse plus ou moins incluse, souvent volumineuse, peut être la principale cause prédisposante des fractures de l'angle, par le point faible que sa présence crée dans la structure de la mandibule. Un coup de poing sur le menton, un effort opératoire deviennent les causes déterminantes. Une fracture d'angle, compliquée de dent de sagesse perpendiculaire à la seconde molaire nous fut offerte au Professeur Germain et à moi, il y a quelques années. L'extraction des deux molaires, chacune dans un axe différent, permit d'obtenir la consolidation osseuse, en dehors de tout accident de dent de sagesse. Ce n'est pas forcément la dent de sagesse qu'il faut extraire, surtout si elle est inaccessible par voie buccale. Le simple départ de la seconde molaire donne un champ suffisant à l'éruption de la dent de sagesse. Sauf exception, l'extraction de cette dent est plus facile et fait moins courir de risques au patient. Solution de facilité certes, mais combien simplifiante pour tout le monde.

De l'avis général des Stomatologistes, il ne faut pas attendre les accidents pour agir. *Le traitement doit être surtout prophylactique.* Nous connaissons suffisamment les causes pour les éviter. Pas de conservation à outrance des premières et secondes molaires. Leur départ précoce donne de l'espace dans l'arcade dentaire. Une radiographie faite à bon escient, surtout lorsque les dents se chevauchent, permet d'éviter tout ennui de ce côté-là.

REVUE DES LIVRES ET DES REVUES

DUPIN-GIROD (J.). — **Contribution à l'étude d'une thérapeutique analgésique et tonique : l'acétylsalicylate de noréphidrane.** — (Thèse de Paris, 1942).

Depuis dix ans, de nombreux travaux, tous très intéressants, ont été consacrés aussi bien en France qu'à l'étranger, à différents sels de noréphidrane. Parmi eux, l'acétylsalicylate de noréphidrane est un des plus intéressants par suite de ses diverses indications.

L'auteur fait remarquer que, pour bien comprendre son action, il faut avoir présent à l'esprit sa constitution qui unit le désoxynoréphidrane ou noréphidrane qui est un vaso constricteur volatil voisin au point de vue chimique de l'adrénaline et de l'éphédrine avec, en plus, une molécule d'acide acétylsalicylique. En raison de cette combinaison, ce produit a l'avantage de posséder une quadruple action : analgésique, antipyrétique, tonique et décongestive.

Ce produit est complètement dépourvu de toxicité aux doses usuelles et sa facile maniabilité lui permet d'être employé en thérapeutique avec commodité. Les indications cliniques principales sont : 1° La grippe et toutes les affections rhino-pharyngées et catarrhales avec leurs complications ; 2° Les fièvres saisonnières ; 3° L'asthénie, le surmenage physique et intellectuel ; 4° Toutes les algies, névralgies, névrites ; 5° Les douleurs rhumatoïdes ; 6° Certains déséquilibres neuro-végétatifs.

La posologie courante est de deux comprimés dosés à 0 gr. 008 par vingt-quatre heures ; cette dose peut être portée à 4 comprimés par jour sans inconvénients en cas de nécessité.

P.V.

MOURIQUAND (G.). — **Vitamines et carences alimentaires.** — (Edité à Paris, chez Albin Michel, 1942).

La question des vitamines et des carences alimentaires embrasse tout le problème alimentaire actuel. Les conséquences pathologiques qui en découlent sont d'observation courante à notre époque. Les restrictions alimentaires du moment menacent grandement un grand nombre d'hommes.

L'auteur a étudié et approfondi depuis trente ans ce problème des carences alimentaires qui est étroitement lié à celui des vitamines.

Depuis quelques années il a été possible non seulement d'isoler ces substances mais encore d'en réaliser la synthèse. Ce qui a permis de les faire entrer dans la thérapeutique courante des avitaminoses. Le professeur Mouriquand s'est attaché à l'étude clinique de ces carences et à l'expérimentation de ces produits synthétiques.

Il a montré de plus, qu'à côté des carences affirmées (scorbut, rachitisme, beribéri, xérophthalmie, pellagre, etc., etc.), existent des états de précarence ; ce sont les paravitaminoses dont le professeur Mouriquand présente une étude complète et qui est son œuvre personnelle.

Plusieurs chapitres traitent des questions d'actualités : hormones et vitamines, équilibre alimentaire des jeunes, des adultes, des vieillards ; alimentation de la femme enceinte, de la nourrice, de l'enfant aux différents âges de sa croissance ; rapport de l'alimentation avec les diverses activités sportives et intellectuelles ; problème du pain ; étude des conserves.

Enfin de nombreux tableaux indiquent à quels aliments on peut demander telle ou telle vitamine.

P.V.

DÉFENSE PROFESSIONNELLE

VEILLE D'ÉLECTIONS

Les circonstances dangereuses pour notre évolution professionnelle que nous traversons actuellement sont tellement graves qu'il importe que chacun de nous, titulaire d'un bulletin de vote, comprenne l'importance des élections qui vont avoir lieu très prochainement.

Les dirigeants parisiens des Stomatologistes n'ont jamais cessé de poursuivre avec ardeur et persévérance le but de faire intégrer l'art dentaire dans la médecine et d'obtenir la suppression du diplôme de Chirurgien-Dentiste. L'habileté de leur campagne semble avoir porté ses fruits si l'on en juge d'après les déclarations récentes du Ministre de la Santé Publique : « Les Stomatologistes, dit-il en effet, au sujet de la réorganisation de la profession dentaire, ont reçu une place prééminente, légitimée par leur culture médicale, leur « compétence particulière », ainsi que par la qualité de la tendance qu'ils représentent au sein de l'Art Dentaire en général ». Il n'est pas possible de reléguer avec plus de netteté à un rang secondaire des praticiens de l'Art Dentaire pourvus du diplôme de Chirurgien-Dentiste qui, *seul*, comporte l'obligation légale d'études spéciales pour l'exercice de la profession.

Il importerait que M. le Docteur Grasset fût mieux informé, et qu'il sache bien exactement que le mot « stomatologiste » n'est qu'une « appellation » dont peuvent se parer tous les médecins omnipraticiens qui décident de pratiquer habituellement l'art dentaire sans avoir fait aucune étude de la spécialité.

Le « qualificatif » de stomatologiste servant trop souvent à masquer de façon trompeuse l'incompétence de certains « ratés de la médecine » qui se rejettent sur une profession qu'ils ont le droit d'exercer sans en avoir la compétence.

« Nous allons enfin, écrivait lui-même, il y a quelques années, le distingué Président du Syndicat des Médecins Stomatologistes Français, voir cesser le scandale de l'Art Dentaire exercé par des médecins qui ne l'ont jamais appris » ; et nous ajoutons que si on opérât la suppression sur les 650 médecins exerçant l'art dentaire en France, de ceux d'entre eux qui n'ont jamais fait aucune étude de dentisterie opératoire ou de prothèse, il n'en resterait qu'un nombre infime sur tout l'ensemble du territoire pour assurer les soins nécessaires à la population.

Mais le plus piquant en ce qui concerne l'appellation de stomatologiste, est que le seul titre d'apparence officielle, délivré, non pas comme un diplôme d'Etat, mais par l'Assistance Publique, est celui particulièrement honoré de Stomatologiste des Hôpitaux. Or, le concours pour l'obtention de ce titre ne comporte, ironiquement, aucune épreuve pratique sur les interventions les plus courantes quotidiennement usuelles en art dentaire. C'est ainsi que des médecins n'ayant jamais fait ni externat, ni internat, ni aucune pratique de la dentisterie, ont pu devenir Médecins Stomatologistes des Hôpitaux !

Un de mes anciens Professeurs, à la mémoire duquel je garde le plus respectueux souvenir, et qui était chargé du cours de stomatologie à la Faculté de Médecine de Paris, me disait un jour en toute franche simplicité : « Mon cher ami, je ne connais absolument rien à la prothèse, et si l'on me demandait de faire une couronne, je ne saurais pas l'exécuter ! » Ainsi donc, de l'aveu de celui qui était pourvu du plus haut grade et de la plus haute autorité de notre spécialité, le Médecin-Stomatologiste est incapable d'exercer valablement l'art dentaire dans sa pratique la plus courante, s'il n'a pas fait toutes les études semblables à celles qui sont exigées pour le seul diplôme de Chirurgien-Dentiste.

« Que deviendrait la stomatologie sans la prothèse, écrivait encore il y a quelques années le Président du Syndicat des Médecins-Stomatologistes Français ; nous n'avons pas que des millionnaires à soigner, et ce n'est pas tous les jours que nous sommes appelés à faire une extraction dans la bouche d'un nabab ».

Et nous ajoutons : « Que deviendrait l'art dentaire s'il était exercé par les seuls stomatologistes, si ceux-ci sont incompetents en matière de chirurgie dentaire, de dentisterie opératoire, d'orthodontie, de prothèse, de céramique, etc. »

« De quelle utilité seraient pour l'équipement sanitaire de la nation, de tels praticiens, s'ils n'ont pas la capacité d'accomplir par eux-mêmes, tous les actes qui sont du ressort de la profession, sur tous les points du territoire, même éloignés d'un centre où ils ne trouveraient le concours d'aucun auxiliaire plus ou moins empirique ? »

« C'est au pied du mur qu'on voit le maçon », dit le proverbe, et c'est en présence des interventions quotidiennes qui sont la tâche du praticien d'art dentaire que l'utilité véritable du Chirurgien-Dentiste s'avère indispensable.

Il n'y a pas (ou il y a fort peu) de « maçons » chez les stomatologistes, dont un très grand nombre méprise les besognes roturières de l'artisan. Il importe cependant que celui qui a l'honneur de participer à l'œuvre d'hygiène et de santé publique, le fasse dans toutes les branches de l'art de guérir avec toute la compétence indispensable. Le praticien d'art dentaire doit pouvoir être, partout où il se trouve, le propre artisan de ses conceptions. Il doit « exécuter » de sa propre main ce que des études appropriées et sanctionnées par un diplôme d'Etat permettent à son cerveau de « concevoir ».

Dans l'état actuel de la législation, un seul diplôme d'Etat délivré par une Faculté de Médecine après le baccalauréat et cinq années d'études spéciales, confère obligatoirement à celui qui en est titulaire, toute la compétence indispensable dans l'exercice normal et habituel de la profession : c'est le diplôme de Chirurgien-Dentiste.

Et si, comme il a été dit dans *L'Odontologie* par notre confrère Philippe Audy, le Ministre de la Santé Publique ne se laisse pas cantonner dans le rôle d'un Ministre des Médecins ; si, comme il ne nous est pas possible d'en douter, il réalise l'impérieuse nécessité de coordonner tous les efforts du bloc sanitaire français, il ne lui sera pas possible de méconnaître les qualités réelles des Chirurgiens-Dentistes qui, sans avoir jamais démérité, ont toujours été les propagateurs de l'hygiène dentaire et les artisans probes et consciencieux de l'exercice de l'art dentaire en France.

M. SÉNÉCAL,

*Chirurgien-Dentiste
à la Faculté de Médecine de Paris.*

HYGIÈNE

COMITÉ NATIONAL D'HYGIÈNE DENTAIRE

L'initiative prise par le Comité National d'Hygiène Dentaire d'organiser un concours entre tous les fabricants d'appareillage dentaire, en vue de la création d'un poste d'examen dentaire scolaire, a suscité un vif intérêt tant chez les fabricants que chez les professionnels.

Des travaux importants ont été déjà réalisés à cet égard, mais comme les candidats ne veulent donner qu'une maquette aussi complète que possible, et que leurs fournitures en matières premières ne sont attribuées qu'avec une grande difficulté, ils ont demandé que la date d'expiration du délai du concours soit prorogée.

Tenant compte du désir manifesté, le Bureau du Comité National, dans sa séance du mercredi 29 septembre 1943, a décidé de proroger jusqu'au 15 novembre la date de dépôt des projets, qui devront être adressés au siège du Comité National d'Hygiène Dentaire, 15, rue Jean-Mermoz, à Paris.

Il est rappelé que les conditions d'admission au concours sont les suivantes :

Etre Français et arien, jouir de ses droits civils et politiques, appartenir à la corporation sanitaire (praticien, fabricant, fournisseur, etc...).

Déposer avant le 1^{er} octobre un projet envisageant l'aménagement du poste d'examen dentaire avec dessins cotés et prix de revient. — Une exposition de maquettes, plans et dessins sera organisée.

Le concours sera doté de cinq prix :

- | | |
|--|-----------|
| 1 ^o Le premier prix recevra | 4.000 fr. |
| 2 ^o Le deuxième et le troisième prix recevra | 2.000 fr. |
| 3 ^o Le quatrième et le cinquième prix recevra | 1.000 fr. |

Le jury est présidé par le Président du Comité National d'Hygiène Dentaire et comprend :

- 1^o Le Bureau du Comité National d'Hygiène Dentaire ;
- 2^o La Commission d'Education du Comité National d'Hygiène Dentaire ;
- 3^o a) Le Chef de la Section d'Education Sanitaire ; b) le Chef de la Propagande Educative ; c) l'Inspecteur général de la Commission Centrale de la Propagande au Secrétariat d'Etat à la Santé ;
- 4^o Un membre désigné par le Bureau de la Chambre Syndicale des Fabricants ;
- 5^o Un membre désigné par le Bureau de la Chambre Syndicale des Négociants ;
- 6^o Un membre de l'Association des Artistes Dessinateurs ;
- 7^o Cinq membres du Conseil d'Administration du Comité National d'Hygiène Dentaire désignés par le Bureau.

*Le Président : Pierre Loislér,
Professeur Suppléant à l'Ecole Dentaire de Paris.*

Pour ceux de nos lecteurs qui ne l'auraient plus présent à l'esprit, nous rappelons le règlement du concours paru dans notre numéro de juin 1943. — N. D. L. R.

OUVERTURE D'UN CONCOURS POUR L'AMÉNAGEMENT IDÉAL D'UN POSTE D'EXAMEN DENTAIRE SCOLAIRE

Le Comité National d'Hygiène Dentaire a décidé d'ouvrir un concours pour l'aménagement d'un poste d'examen dentaire scolaire.

Deux cas sont à envisager.

- 1^o Dans les centres scolaires importants, installation d'un poste fixe ;
- 2^o Dans les petites communes le praticien transportera son matériel dans une voiture spécialement aménagée.

L'objet du concours est de prévoir l'aménagement des locaux et leur dotation en mobilier et matériel.

En principe, le Dentiste-Inspecteur doit se borner à examiner les bouches des écoliers et à dresser une fiche, il est assisté d'un aide.

Dans les centres scolaires importants, l'aide sera probablement une assistante sociale.

Dotation d'un poste fixe. — La salle d'examen doit être convenablement éclairée par une fenêtre large (donner des suggestions sur le revêtement des murs et du sol.)

Mobilier. — 1° Un fauteuil simple, crachoir, tablette. La tête doit être d'un modèle simple. Au voisinage immédiat de cette tête doit être fixé un rouleau de papier hygiénique qui permette par un geste simple de recouvrir d'une feuille de papier nouvelle la tête à chaque examen d'enfant;

2° Un tabouret pivotant ;

3° Un lavabo qui doit être à la portée du praticien qui ne doit pas avoir à se déplacer pour se laver les mains (l'opérateur opérera ganté). Le lavabo peut être alimenté en eau courante ou muni de tonnelets.

4° Un meuble fichier : a) ce meuble doit pouvoir contenir les fiches des groupes scolaires ; b) servir de resserre au petit matériel d'examen et de stérilisation ; c) le dessus du meuble doit servir de pupitre pour l'assistant qui remplit les fiches sous la dictée du praticien.

5° Une tablette recouverte de céramique (fixée aux parois de la pièce et destinée : a) à supporter une étuve à air sec ; b) à servir de tablette pour la manipulation des instruments en vue de leur stérilisation ; c) à recevoir les instruments venant de la stérilisation.

6° Un évier avec égouttoir pour le lavage des instruments d'examen ;

7° Un groupe de trois ou quatre petits lavabos destinés à permettre aux enfants qui attendent leur tour d'examen de brosser leurs dents.

8° Un lit de repos.

Fonctionnement d'un poste d'examen. — Les enfants arrivent en principe conduits par leur instituteur. Ils sont porteur chacun de leur brosse à dents contenue dans un étui (modèle à prévoir).

Ils passent au lavabo spécialement prévu et brossent leurs dents. Prévoir un distributeur de savon dentifrice liquide. Les fiches sont distribuées par l'assistant ou l'instituteur et les enfants préparés passent au fauteuil d'examen. L'examen proprement dit dure deux minutes environ.

La disposition des meubles doit permettre à la circulation de se faire sans heurt. La sortie des enfants est à prévoir par une porte distincte de l'entrée.

Le petit matériel. — 1° Sondes à examen, deux modèles : a) Une sonde à angle obtus ; b) une sonde n° 17 ;

2° Miroirs plans. Un miroir entièrement métallique peut être étudié, son prix de revient étant moins élevé faciliterait la dotation de nombreux postes ;

3° Précelles d'un modèle courant ;

4° Un porte-boulettes de coton ;

5° Une petite pharmacie avec trois ou quatre flacons (matériel destiné uniquement à faire exceptionnellement un pansement calmant).

Les instruments sont groupés par quatre : un miroir, deux sondes, une précelle.

Ils sont enveloppés dans une serviette de papier (à prévoir). Ils arrivent ainsi à leur sortie de l'étuve. Ils sont développés sur la tablette. La serviette de papier les isole du contact de la tablette pendant l'examen. Ils seront développés après chaque examen de la serviette jetée dans un panier à déchets (modèle à prévoir).

Nombre des instruments : le nombre des instruments doit être suffisant pour permettre au praticien d'exercer pendant 20 minutes, c'est-à-dire de pratiquer environ 10 examens. Pour cela, il faut prévoir 10 miroirs, 20 sondes, et 10 précelles.

Pendant les 20 minutes, une même quantité d'instruments doit être à stériliser dans l'étuve et une autre quantité doit être mise à refroidir.

Le poste de stérilisation. — a) sur une table, une étuve à air sec, de chaque côté un espace libre à droite par exemple, un espace où les instruments sont enveloppés avant la stérilisation et mis par 10 jeux sur un plateau ;

Au centre l'étuve, à gauche, un espace libre où le jeu d'instruments qui sort de l'étuve est mis à refroidir ;

b) A proximité immédiate, un évier à égouttoir. Lavage et égouttage des instruments. Au total pour chaque poste : 30 miroirs, 60 sondes, 30 précelles.

Dotation d'un poste mobile. — Une automobile contenant les mêmes éléments que le poste fixe. On peut prévoir que la caisse de l'auto servira de salle d'examen ou que le matériel sera sorti à chaque séance pour être transporté dans la salle d'école. Prévoir le cas des localités où n'existe pas l'eau courante, ni le gaz, ni l'électricité.

Les principes de l'examen restent les mêmes. Opérateur assisté d'un aide.

Pour tous renseignements, complémentaires, s'adresser au Secrétariat du Comité, 15, rue Jean-Mermoz, Paris (8°).

NOUVELLES

COMPOSITION DE CONSEILS RÉGIONAUX DE L'ORDRE DES MÉDECINS POUR LES AFFAIRES CONCERNANT LES CHIRURGIENS-DENTISTES

Article 1^{er}. — Pour toutes les affaires concernant les chirurgiens-dentistes, les Conseils Régionaux de l'Ordre des Médecins sont complétés ainsi qu'il suit :

Région de Paris

M. Besombes, chirurgien-dentiste, 17, avenue Niel, à Paris (Seine).
M. Pelletier-Dutemple, chirurgien-dentiste, 1, place Victor-Hugo, à Paris (Seine).
M. le Dr Derain, stomatologiste, 6, place Hoche, à Versailles (Seine-et-Oise).
M. Poulet, chirurgien-dentiste, rue du Parc, Fontainebleau (Seine-et-Marne).

Région de Châlons-sur-Marne

M. Carré (Raymond), chirurgien-dentiste, 14, rue Gambetta, à Epernay (Marne).
M. Doucet (Robert), chirurgien-dentiste, 11 bis, place de la République, à Châlons-sur-Marne (Marne).
M. le Dr Kleinpeter, stomatologiste, à Langres (Haute-Marne).
M. Schweitzer (Bernard), chirurgien-dentiste, 17, quai des Comtes-de-Champagne, à Troyes (Aube).

Région de Nancy

M. le Dr Barthélémy, stomatologiste, 34, rue Gambetta, à Nancy (Meurthe-et-Moselle).
M. Petit (Henri), chirurgien-dentiste, 17, rue de la Commanderie, à Nancy (Meurthe-et-Moselle).
M. Vernet, chirurgien-dentiste, à Bar-le-Duc (Meuse).
M. Francin, chirurgien-dentiste, 14, quai Boyé, à Epinal (Vosges).

Région de Laon

M. Danhiez, chirurgien-dentiste, à Saint-Quentin (Aisne).
M. Douche, chirurgien-dentiste, à Charleville (Ardennes).
M. le Dr Poiré, stomatologiste, à Compiègne (Oise).
M. Laine, chirurgien-dentiste, à Cerisy-Gailly (Somme).

Région d'Angers

M. le Dr Blanchard, à Nantes (Loire-Inférieure).
M. Lemercier, chirurgien-dentiste, à La Flèche (Sarthe).
M. Michel, chirurgien-dentiste, 17, rue de l'Alma, à Tours (Indre-et-Loire).
M. Goyet, chirurgien-dentiste, à Angers (Maine-et-Loire).

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

COURS DE PERFECTIONNEMENT D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

Le Conseil d'Administration de l'Ecole Dentaire de Paris, soucieux du perfectionnement professionnel des confrères de la Seine, de la grande banlieue et surtout de province, a envisagé la reprise des cours de perfectionnement.

A cet effet, et pour parer dans la mesure du possible aux difficultés de déplacement comme aux impossibilités personnelles, les confrères désireux de se perfectionner en Orthopédie dento-faciale, sont priés d'adresser dès maintenant leur demande au Secrétariat de l'Ecole Dentaire de Paris, 45, rue La Tour-d'Auvergne (9^e), en ayant soin d'indiquer s'ils préfèrent participer à un cours continu pendant plusieurs jours, ou fractionné mensuellement (journée, matin, après-midi), et à quelle époque de l'année scolaire.

Selon les désirs exprimés et le nombre des participants, les divers modes d'organisation seront communiqués aux intéressés.

Les renseignements qui pourront être recueillis — positifs ou négatifs — seront du plus grand intérêt et n'engageront pas l'Ecole avant quelques mois. D'ici là, les services seront constitués. L'importance de ce cours est justifiée par le recrutement des candidats *ayant déjà de l'expérience* pour les cadres de l'enseignement, indépendamment de leur instruction personnelle.

JOURNÉES DENTAIRES DE PARIS

Le Comité des *XVII^e Journées Dentaires de Paris* rappelle aux confrères que son congrès annuel se tiendra les 25-26-27-28 novembre 1943, dans les locaux de l'Ecole Odontotechnique, 5, rue Garancière.

Le *Professeur Hartmann*, membre de l'Académie de Médecine, en a accepté la présidence.

Les trois séances du soir seront consacrées à la lecture et à la discussion des trois rapports :

1^o Chirurgie Maxillo-faciale. — *D^r Gérard Mauret* : « Diagnostic différentiel des phlegmons du plancher buccal d'origine bucco-dentaire ».

2^o Pathologie Bucco-dentaire. — *D^r Marcel Rachet* : « Dépistage clinique et interprétation radiologique des lésions inflammatoires et tumorales d'origine dentaire et para-dentaire du plancher du sinus maxillaire. Thérapeutique ».

3^o Prothèse. — *M. Robert Vielleville* : « Des ancrages, attachements et serrures diverses sur les appareils amovibles de la prothèse de sélection ».

Comme l'année dernière, des démonstrations pratiques auront lieu le 28 au matin.

Prière aux confrères désireux de communiquer ou d'argumenter de s'inscrire d'urgence près de : *M. Pierre Fouques*, 38, avenue J.-B. Clément, Boulogne (Seine). — Téléphone : Molitor 13-50.

LES SPORTS A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Il est encore trop tôt pour parler du départ des activités sportives des étudiants de l'E. D. P. à la veille de cette nouvelle année scolaire. L'inquiétude habituelle provoquée par la période des examens, ainsi que par les incertitudes du S. O. T. en juillet dernier, ne nous ont pas permis de donner une conclusion d'ensemble sur la saison passée. Et pourtant cette conclusion s'imposait, tant par l'importance que par la valeur du prix qui était en jeu, dont celle-ci fut l'objet.

Le Groupe Sportif de l'E. D. P. s'est en effet attribué le challenge général, bronze d'art splendide offert par la Société Française de Fournitures dentaires. Ce challenge, réservé aux Ecoles Dentaires de Paris, a été mis en compétition au cours des deux années 1941-42 et 1942-43. Il devait être attribué — formule nouvelle qui a rallié par son originalité les faveurs de nos étudiants — à l'Ecole Dentaire Parisienne qui avait accumulé le plus grand nombre de victoires au cours des compétitions officielles inter-dentaires. Et c'est l'Ecole Dentaire de Paris qui, par 9 victoires contre 1 à l'Ecole Odontotechnique, s'est adjugée ce magnifique trophée.

En 1941-42, nous avons en effet battu l'Ecole Odontotechnique, en athlétisme, basket, ping-pong et foot-ball. Seule la coupe S. S. White de natation nous a échappé, ce qui portait le nombre des victoires à 4 contre 1.

En 1942-43, nous avons encore battu l'E. O. en basket, tennis, ping-pong, foot-ball et natation, sans subir de défaite cette fois.

Ce challenge sera remis au Groupe Sportif de l'Ecole Dentaire de Paris au cours d'une petite réunion dans les jours à venir. Dès maintenant nous remercions la Société Française de Fournitures dentaires du généreux intérêt qu'elle porte au développement des sports dans nos Ecoles et de cette splendide œuvre d'art qu'elle a mise en compétition.

Que nous réserve la saison prochaine ? Certes, les sports si nécessaires à notre vie de futur praticien vont subir une éclipse qui sera passagère, nous voulons l'espérer, et cela surtout pour la section masculine. Par contre, la section féminine se trouvera considérablement avantagée...

Faisons confiance au glorieux passé de notre Groupe Sportif et à l'innéable activité de son Conseiller Technique, M. Marguerite, et nous ne pourrions plus désespérer de l'avenir !

Adrian.

Mariage. — Le mariage de Mlle Janine Delavier, élève à l'Ecole Dentaire de Paris, avec M. Pierre Raffetin, a eu lieu le 31 août 1943, à Levallois-Perret.

Décès. — M^{me} Meisart-Villemin, chirurgien-dentiste à Vesoul, ancienne élève de l'E. D. P. et membre de notre Groupement, vient d'être éprouvée par la perte de son mari, décédé à Jussey, le 7 octobre 1943; dans sa 34^e année.

Nous avons appris le décès de M^{me} Darcissac, épouse du D^r Marcel Darcissac, stomatologiste des Hôpitaux de Paris.

Nous adressons à nos confrères l'expression de nos sincères condoléances.

L'Administrateur-Gérant : P. LOISIER. — Autorisation S. 149.

Soc. Réa. Imp. & Pub. (Dessins Étruscs)

L'ODONTOLOGIE

REVUE MENSUELLE

DIRIGÉE DE 1831 A 1896 PAR PAUL DUBOIS
DE 1896 A 1932 PAR CHARLES GODON
ET DE 1923 A 1940 PAR MAURICE ROY

Secrétaire de la Rédaction, Administrateur
Pierre LOISIER
Professeur sup. à l'Ecole Dentaire de Paris

Directeur et Rédacteur en Chef
A. AUDY
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Les mélanges de revêtement et la fonderie des métaux ferreux, par Ch. Benne-jeant	162
OPINIONS PROFESSIONNELLES	167
REVUE DES THÈSES	169
REVUE DES LIVRES ET DES REVUES	170
HYGIÈNE	171

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

Société Odontologique de France (Séance du 26 juin 1943)	172
XVII ^e Journées Dentaires de Paris	172
NÉCROLOGIE	173
NOUVELLES	175

ÉDITIONS DE LA SOCIÉTÉ RÉGIONALE D'IMPRIMERIE
MAURICE DORMANN, ÉDITEUR

RÉDACTION ET ADMINISTRATION : 45, rue de la Tour-d'Auvergne, PARIS (9^e)
Compte Chèques Postaux 277.93 Paris Téléphone : Trudaine 74-86 et 74-87

Abonnements : France.. 100 fr. par an. — Le numéro : 12 francs.
Etranger : 130 fr. par an. Le numéro : 16 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

LES MÉLANGES DE REVÊTEMENT ET LA FONDERIE DES MÉTAUX FERREUX

Par Ch. BENNEJEANT

Chirurgien-Dentiste D. E. D. P.

Docteur ès sciences, Docteur en Médecine

Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris

L'Allemagne nous a précédés dans l'emploi des métaux de remplacement. La situation militaire et politique de notre pays nous a entraînés à la suivre et dans l'économie fermée, qui est devenue la nôtre, la profession a dû s'adapter au nouvel état de choses, proscrire l'usage de l'or et de ses alliages, devenus trop onéreux et utiliser les matériaux de misère employés par nos confrères allemands.

Cette adaptation en cours fait de nous des sidérurgistes, et la prépondérance médicale, souhaitée par certains éléments de la profession ne nous y prépare nullement. Les praticiens de médecine pure affectent toujours un parfait mépris pour les arts mineurs qui inspirent nos techniques prothétiques. C'est de tradition, la médecine a toujours négligé les connaissances chimiques, elle les a abandonnées à la pharmacie, au point que tous les chimistes biologistes, tous les professeurs de chimie de ces facultés sont à l'origine des pharmaciens. *Nos programmes de formation professionnelle en cours auraient une grave lacune, si nous acceptions qu'on y supprime les connaissances chimiques et métallurgiques, que l'existence nous impose.* Ceci nettement affirmé, j'aborde le sujet annoncé.

Dans la fonderie fine des aciers ou alliages inoxydables, les substances de revêtement et les fondants utilisés jusqu'alors pour les alliages d'or semblent ne plus convenir. Le fer fond à 1.520° , la silice à 1.770° ; ils réagissent l'un sur l'autre après oxydation du fer, et le plâtre chauffé à ces températures se décompose en combinant son radical basique à la silice.

Le diagramme de fusibilité devient alors le suivant : (fig. 1).

La silice en excès dans le mélange réfractaire donne un silicate de fer SiO_2FeO fondant à 1.100° , qui donne un eutectique avec la silice à la concentration silice 55, oxyde de fer 45 et à la température d'eutexie de 980° . Cette même silice donne également un silicate de chaux SiO_2CaO fondant à 1.512° , qui fait eutectique avec elle à la concentration silice 63, CaO 37 et à la température d'eutexie de 1.420° .

Le mélange réfractaire est profondément altéré. Des magmas des deux eutectiques se forment silice-silicate de fer dès 980° et silice-silicate de chaux à 1.420° et font perdre toute finesse à la coulée, quand ils ne se substituent pas au métal de coulée. La formation de silicate de fer est d'autant plus forte que l'atmosphère de la flamme est réductrice.

Pour le mélange silice 70, plâtre 30, utilisé jusqu'à maintenant pour les alliages d'or ne convient plus, il faut s'instruire des matériaux réfractaires employés en sidérurgie.

Dans les hauts fourneaux, on place des briques réfractaires dont la composition est voisine de : alumine 30 à 40, silice 65 à 60, divers 5 à 0.

Dans les cubilots, le revêtement est silico-alumineux avec une teneur en alumine de 20 à 28 %.

Dans les appareils d'affinage de la fonte (four Siemens-Martin, convertisseur Bessemer), le pisé réfractaire est composé de : silice 80, argile 6, goudron 14. Ce dernier jouant le rôle d'agglomérant à froid et brûlant par la suite.

Manifestement on utilise des matériaux donnant des silicates d'alumine avec un excès de silice.

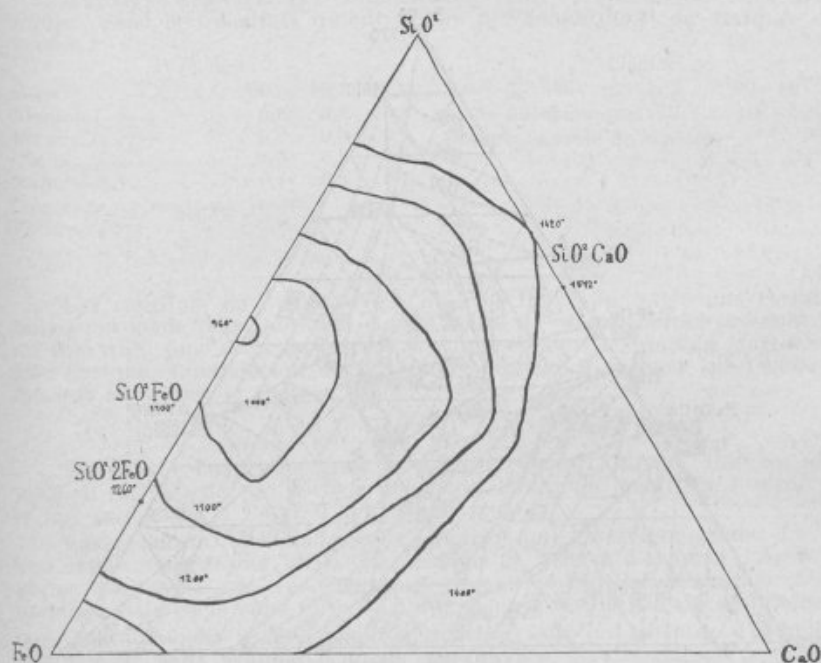


Fig. 1. — Diagramme des points de fusion du système ternaire SiO_2 CaO Fe O.

Ceci m'amène à exposer succinctement les opérations métallurgiques, qui sont le fondement de la sidérurgie.

Les minerais de fer ne sont pas toujours riches, et il existe une gangue importante, dont il faut se débarrasser. L'oxygène et le soufre sont fixés au métal, tandis que la silice, l'alumine et la chaux existent dans la gangue. Dans le traitement d'extraction, l'oxygène et le soufre partent sous forme d'acide carbonique ou sulfureux à l'état gazeux. Tandis que les bases se séparent de la gangue par formation de composés fusibles, les laitiers. Les deux masses liquides se superposent et sont séparées par décantation. Ces laitiers sont en général moins fusibles que le métal. Ainsi la fonte est liquide à partir de 1.200°, alors que les laitiers donnés par sa fabrication le sont à 1.500°-1.700°.

Le diagramme de fusibilité, déterminé par Boudouard (*Revue de Métallurgie*, 1905), devient alors le suivant : (fig. 2).

Avec les mélanges binaires alumine-chaux on observe un minimum à 50 % d'alumine (1.385°).

Avec les mélanges binaires chaux-silice, il existe trois maxima correspondant à des composés définis, les silicates : SiO_2 , CaO (1.450°) ; SiO_2 , 2CaO (1.450°) et SiO_2 , 3CaO (1.510°).

Avec les mélanges binaires silice-alumine on a un minimum donné par l'eutectique silice-silicate d'alumine à 15 % (1.610°).

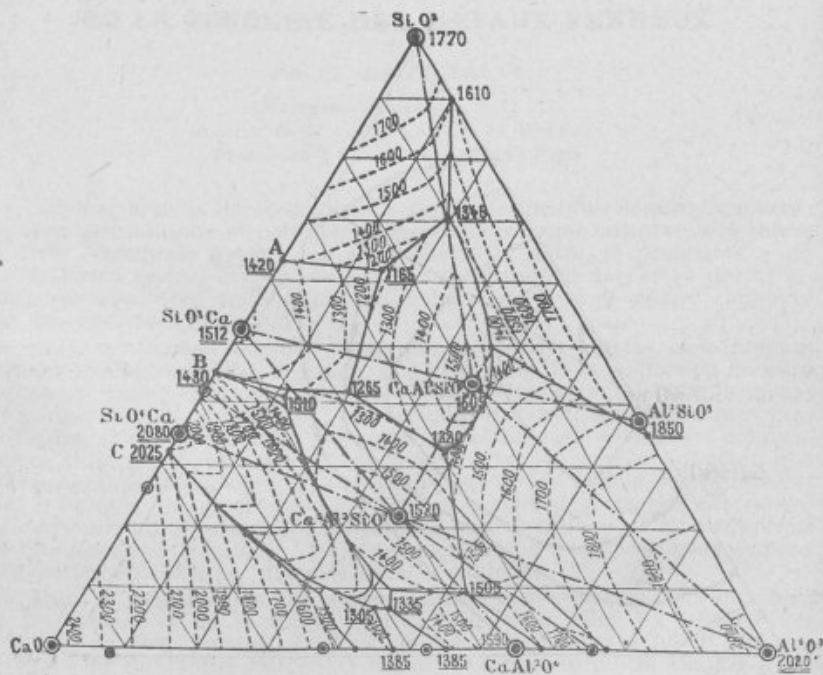


Fig. 2. — Diagramme des points de fusion du système ternaire SiO_2 CaO Al_2O_3 , d'après Boudouard.

Avec les mélanges ternaires silice-chaux-alumine on trouve deux composés définis, les silicates doubles d'alumine et de chaux : $\text{SiO}_2\text{Al}_2\text{O}_3\text{Ca}$ (1.608°) et $\text{SiO}_7\text{Ca}_2\text{Al}_2$ (1.520°) et plusieurs eutectiques ternaires, dont le point de fusion le plus bas (1.165°) correspond au mélange silice 55, alumine 13,8, chaux 25,8.

De l'étude faite par Boudouard, nous pouvons déduire que ce sont les mélanges silice-alumine qui se comportent le mieux au feu. Un apport de chaux est désastreux pour la fusibilité. Evidemment, dans la technique d'extraction du métal, cette fusibilité est recherchée, si la gangue est siliceuse on ajoute du calcaire, si elle est calcaire on ajoute de la silice et aussi de l'alumine. Mais pour nos mélanges de revêtement il faut fuir l'apport de chaux amené par le plâtre.

On a essayé de substituer dans le mélange ternaire la chaux par la magnésie, les composés sont peut-être un peu moins fusibles que les composés calciques correspondants, mais leur tenue est analogue.

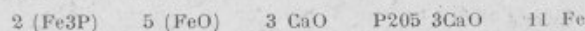
On a essayé également l'association de la chaux et de la magnésie, on obtient alors un abaissement du point de fusion. Il n'y a de stabilité qu'au-dessous de 1.365°.

La conclusion de ces considérations théoriques est qu'il faut nous inspirer de ce qui se fait en sidérurgie pour trouver un mélange de revêtement convenable pour la fonderie des métaux ferreux. C'est aux mélanges de silice et d'alumine qu'il faut recourir.

L'analyse des mélanges commerciaux vient corroborer ces vues théoriques. Voici les résultats qu'ont donné des échantillons de marques diverses :

<i>Poudre</i>				<i>Liquide</i>			
Silice.....	90,5	89,8	91,0	Eau	90	89	88
Alumine.....	5,8	6,2	6,6	Acide phosphorique.....	10	7	12
Fer	0,2	0,5	0,1	Phosphate acide de soude..			4
Chaux.....	1,3	0,5	0,2				
Magnésie.....	0,1	0,5	0,1				
Chlore.....	traces						
Perte au feu.....	2,0	3,0	1,8				
	99,9	100,0	99,8				

Les résultats de l'analyse des liquides font apparaître une certaine teneur en acide phosphorique. On est tenté de rapprocher sa présence ici du rôle qu'il joue dans le procédé Thomas et dans le procédé Martin sur sole basique. L'oxydation du phosphore l'amène à se fixer sur l'élément basique et affine le métal :



En réalité, l'excès de silice ne permet pas cet affinage, tout au plus peut-on lui assigner un rôle de décapant, lorsqu'un chauffage forcené ne le fait pas partir à l'état d'anhydride.

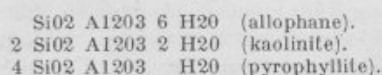
Les résultats de l'analyse des poudres sont assez homogènes. La silice existe sous forme cristalline, comme le prouve l'examen microscopique, qui révèle une très fine mouture : tamis 120-180. L'alumine de la poudre existe-t-elle sous forme d'alumine pure ou de silicate d'alumine ?

Ceci m'amène à ouvrir une parenthèse sur les silicates d'alumine. Ils forment deux groupes, l'un de sel anhydre, l'autre de sels hydratés. Le second est de beaucoup le plus important en raison de son abondance dans la nature et de ses applications industrielles.

Un seul silicate anhydre $\text{SiO}_2 \text{ Al}_2\text{O}_3$ sous diverses formes cristallines : andalousite, disthène, sillimanite. Ce dernier, seul stable au-dessus de 1.350° ; les briques réfractaires, la porcelaine en renferment .

Des essais pratiqués avec une sillimanite naturelle provenant des environs de Brioude, très dure à phorphyriser, m'ont donné des résultats assez médiocres.

Trois silicates d'alumine hydratés :



L'allophane perd entièrement son eau au-dessus de 200°.

Le pyrophyllite forme la pierre tendre, dans laquelle les Chinois sculptent de petites statues.

Le kaolinite pur constitue le kaolin, tandis que plus ou moins souillé de fer, il constitue l'argile.

Divers essais réalisés m'ont montré que le kaolin semble être le constituant des poudres commerciales.

J'ai cependant essayé l'alumine pure, elle amène le mélange de revêtement à faire prise en une demi-heure par formation de phosphate d'alumine. Elle joue le rôle d'agglomérant, mais elle a le grave défaut d'amener des soufflures dans le métal coulé. Au delà d'une teneur supérieure à 30 % le retrait devient important.

Associée au kaolin, l'alumine conserve la prise au mélange de revêtement et ne donne plus de soufflures.

Une poudre composée de :

Silice (quartz porphyrisé tamis 180°).....	70
Alumine pure.....	25
Kaolin.....	5

mélangée avec une très petite quantité d'une solution d'acide phosphorique à 10 % (l'acide du commerce étant à 50 %, le diluer de quatre fois son volume) donne de bons résultats.

Il est important de n'employer que des matériaux purs. L'oxyde de fer ou la pyrite de fer se révèlent par de petits cratères auréolés de silicate de fer ou d'oxyde noir magnétique. Ce défaut existe en partant de bauxites impures. La chaux, sous quelque forme que ce soit, n'est pas désirable.

Le coût de ces matériaux n'est pas très élevé. Cela n'empêche pas que les praticiens payent de semblables mélanges sur le taux de 180 à 200 francs le kilo, alors que le prix de revient oscille autour de 2 francs.

C'est pourquoi, recherchant d'autres matériaux que ceux livrés par nos fournisseurs, j'ai été amené à essayer le *ciment d'alundum* de Poulenc. Gaché avec une faible proportion de la solution d'acide phosphorique à 10 %, ce ciment ne durcit pas à température ordinaire. Il durcit à la cuisson et possède une bonne ténacité à chaud. La coulée métallique est belle et propre.

En incorporant 30 % d'alumine au *ciment d'alundum*, la prise à température ordinaire se fait en une heure. Au seul séchage à 200° le mélange durcit. La coulée métallique est inférieure à celle obtenue par le mélange précédent.

A mon avis, nos mélanges réfractaires doivent se perfectionner dans un avenir prochain, mais le mélange silice 70, alumine 20/25, kaolin 10/5 par sa prise à température ordinaire constitue une utile amélioration.

BIBLIOGRAPHIE

- C. Boudouard. — Etude des laitiers (*Revue de Métallurgie*, 1905).
V. Bodin. — Produits réfractaires (*Chimie et Industrie*, 1926).
A. Granger. — Matériaux et Produits réfractaires. Paris, 1925).
H. Le Chatelier. — La silice et les silicates. Paris, 1914. Hermann, édit.
R. Leduc. — Les produits réfractaires. Paris, 1929. Béranger, édit.
M. Saillard. — Etude sur les briques réfractaires. 1914.

OPINIONS PROFESSIONNELLES

NOTRE PROFESSION

Depuis quelque temps, la période électorale que nous traversons aidant, nous voyons la presse professionnelle faire état, avec une certaine vivacité parfois, des petites divergences existant entre les diverses tendances.

Ici même, nous avons publié les vues de plusieurs confrères estimant qu'en temps d'élections chacun pouvait exprimer librement son opinion.

Nous pensons cependant, avec l'énorme majorité de nos confrères nous en sommes sûrs, qu'un certain ton de polémique, en créant des rancœurs durables, deviendrait vite préjudiciable à l'intérêt général, seul important.

Nous savons à quel point il serait vain d'espérer contenter tout le monde. Nous savons aussi que la quasi-unanimité de nos confrères, tant médecins stomatologistes que chirurgiens-dentistes désire sincèrement avec nous la fin des luttes stériles pour tous et souhaitent vivement un apaisement des esprits dont ne pourra que bénéficier notre profession et la Santé Publique.

Cet apaisement souhaitable est-il possible ? Nous en sommes certains. Les gens raisonnables et de bonne foi sont la majorité d'un côté comme de l'autre.

S'ils veulent soutenir l'action de ceux d'entre nous qui sont absolument décidés à réaliser l'accord professionnel qui nous a tant manqué depuis quarante ans nous sommes certains de réussir.

Nous en sommes certains, car ce n'est pas trahir un secret que de dire que les premiers contacts, pris dans une réunion récente, ont montré que, lorsque les hommes de bonne volonté veulent bien aborder une discussion avec un esprit neuf de compréhension et un sincère désir d'aboutir, lorsqu'ils veulent bien oublier les petits froissements causés par des divergences antérieures et lorsqu'ils veulent bien faire passer l'intérêt général avant de petits intérêts particuliers, les problèmes en apparence les plus épineux se simplifient et que l'on peut espérer leur solution rapide dans un esprit de bonne compréhension mutuelle.

Lorsque de plus, ces contacts d'hommes venus de tous les points de l'horizon professionnel comme de toutes les régions du pays et venus dégagés de toute obligation de groupe ou de tendance bénéficient, comme c'est le cas, d'un clair énoncé des problèmes à résoudre nettement fait par des Ministres compréhensifs ; lorsqu'enfin ces hommes délibèrent sous une présidence qui sait allier une haute autorité avec une complète connaissance des questions à traiter et une parfaite impartialité, l'échec ne peut plus se concevoir.

Pour qu'il en soit autrement, il faudrait imaginer des arrières-pensées personnelles ou des pressions extérieures que nous nous refusons à croire possibles.

Le fussent-elles que cela ne changerait rien à notre volonté d'aboutir, pénétrés que nous sommes de la conviction que, pas plus que la profession médicale d'ailleurs, la profession dentaire n'est la propriété d'aucun en particulier, mais le bien commun de tous ses Membres quel que soit leur titre, bien commun dont ils ne sont, de plus, que les dépositaires et qu'ils sont tenus d'administrer, non seulement pour eux, mais, surtout, en fonction de la Santé Publique.

C'est cette conviction profonde qui nous donne le droit de demander à tous nos confrères de considérer désormais les problèmes professionnels avec une ferme volonté de compréhension et d'apaisement.

Nous leur demandons aussi de faire confiance à ceux d'entre nous qui ont la lourde charge de proposer aux Pouvoirs Publics une solution, acceptable pour tous, à des problèmes qui semblaient embrouillés et envenimés à plaisir depuis trop longtemps et que nous résoudrons dans un esprit de mutuelle bonne volonté en préparant un avenir meilleur et en sauvegardant tous les intérêts légitimes, sans jamais perdre de vue le but élevé qu'est le Bien Public.

Pierre Loisier.

REVUE DES THÈSES

René LAGUÉRODIE. — Les facteurs de détermination des bases dans les prothèses squelettiques du maxillaire supérieur (Thèse de Bordeaux).

Dans la très belle thèse de Doctorat qu'il vient de soutenir devant la Faculté de Bordeaux, l'auteur étudie successivement les facteurs mécaniques, les facteurs morphologiques et les facteurs physiologiques qui doivent être envisagés lorsqu'on décide de s'orienter vers l'établissement d'une prothèse squelettique du maxillaire supérieur.

Ce travail mis au point sous la direction de M. le Professeur Dubecq et découlant de ses travaux et de son enseignement, fait autant honneur à son auteur qu'au Maître qui l'a inspiré.

Il nous est particulièrement agréable de souligner à quel point M. le Professeur Dubecq, qui a d'ailleurs tenu à faire ses études de Chirurgien-Dentiste pour bien se pénétrer de ces techniques indispensables à un bon exercice de notre profession, est convaincu de l'importance de ces questions et a réussi rapidement à devenir un des représentants les plus éminents de l'enseignement de la prothèse et de l'orthopédie dento-maxillo-faciale, spécialité de notre profession qui eut pu légitimement se trouver un peu éloignée des préoccupations de cet agrégé d'anatomie, devenu le premier professeur de faculté titulaire de chaire concernant notre profession.

La thèse de René Laguérodie est une mise au point aussi complète que claire de nos connaissances sur les prothèses squelettiques. En félicitant l'auteur et en le remerciant de ce qu'il nous apprend ou précise pour nous, nous ne croyons pouvoir mieux faire que de citer ses conclusions *in extenso*, persuadés que nous donnerons ainsi le désir à nos lecteurs d'étudier son travail dans son ensemble.

Conclusions. — I. — Les prothèses squelettiques ont des indications cliniques précises : doivent en bénéficier, de préférence, les sujets relativement jeunes, aux dents restantes solides et chez lesquels les vacuités sont régulièrement réparties sur l'arcade.

II. — Les bases de soutènement doivent, autant que possible, éviter les zones vulnérables de la région alvéolo-palatine : la région du raphé, les remparts alvéolaires et les crêtes palatines.

III. — Les bases doivent tendre à réaliser un équilibre total de la pièce prothétique par rapport à la zone de stabilité maxima de la région alvéolo-palatine. Celle-ci est située sur la ligne du raphé et approximativement à l'union des 3/5 antérieurs avec les 2/5 postérieurs.

IV. — La conception des bases ne se déduit pas des classifications actuellement proposées. Le tracé, pour un cas d'édentement déterminé, peut ne pas être unique. Il n'y a pas un tracé, mais un ensemble de règles qui président à la conception des bases squelettiques.

V. — La notion d'équilibre est celle qui paraît dominer toute classification tendant à avoir une répercussion pratique et, à cet égard, nous distinguons :

- 1° les prothèses symétriquement équilibrables ;
- 2° les prothèses non symétriquement équilibrables ;
- 3° les prothèses partiellement symétriquement équilibrables.

VI. — Les prothèses squelettiques, privées des moyens de contention naturelle, doivent être une coaptation correcte et ancrées par des crochets complets. Le tracé de ces derniers est réglé par la notion du plus grand contour coronaire rétentif : il est exécuté à l'aide d'un paralléliseur, le modèle orienté selon le plan de mastication, lui-même fonction de l'horizontalité biologique de la tête.

VII. — Les prothèses squelettiques doivent être d'une exécution technique parfaite, les deux procédés employés sont l'estampage et la coulée. La coulée nous paraît préférable, surtout avec l'emploi des métaux précieux. Jusqu'à preuve du contraire, et en raison des difficultés inhérentes à la coulée des aciers dits inoxydables, les deux procédés nous ont paru donner des résultats sensiblement identiques.

VIII. — Il appartient à la clinique, et à la clinique seule, de vérifier la justesse des règles que nous avons énoncées. Les résultats seront d'autant plus probants qu'ils porteront sur un plus grand nombre de cas et qu'ils seront appliqués par des praticiens de disciplines différentes.

Pierre Lolsier.

UCHAU (P.). — **Reconstitution de la lèvre inférieure et de la région mentonnière.** — (Thèse de Lyon. Editée chez Bosc et Riou, Lyon, 1941).

Dans cette thèse inaugurale, sortie du service du Dr Ginestet, à l'Hôpital militaire Desgenettes, à Lyon, l'auteur rapporte les excellents résultats esthétiques et fonctionnels obtenus dans la reconstitution de la lèvre inférieure et de la région mentonnière. Il décrit, en particulier, le traitement des mutilations importantes de la lèvre inférieure par projectiles de guerre qui doit viser deux buts : le premier, le plus important, est de rendre au blessé une lèvre continente qui lui permettra une vie normale ; le second esthétique est de donner à la plastie un aspect aussi voisin que possible d'une lèvre normale. M. Uchau rapporte 7 observations intéressantes, très bien présentées, avec de nombreuses illustrations. Il décrit longuement les prothèses pré-opératoires utilisées.

Au point de vue opératoire, il montre combien il est nécessaire et avantageux de restaurer la lèvre en deux plans : un muqueux profond, un superficiel cutané.

La mobilité, la laxité de la lèvre ainsi refaite s'obtiendront par une intervention chirurgicale supplémentaire et un traitement physiothérapique. Si la chose est nécessaire, la mécano-thérapie viendra se surajouter à ces diverses interventions.

Ce très intéressant travail démontre combien est délicate de telles reconstitutions.

P. V.

REVUE DES LIVRES ET DES REVUES

José Pelaz CORDOBA. — **La pyorrhée, indice de bénignité dans le pronostic de la tuberculose pulmonaire** (*Annales Espagnoles d'Odonto-Stomatologie*).

L'auteur rapporte un cas de tuberculose pulmonaire observé par lui pendant deux ans jusqu'à guérison, avec prise d'observation complète tous les trois mois, radiographies et schéma de courbe de température.

Cette tuberculose à forme sévère, qui avait fait envisager dès le début la nécessité de traitement énergique tant médical que chirurgical, coexistait chez la malade avec une parodontose de type pyorrhéique classique avec cryptulies profondes, gros ébranlement et suppuration intense.

Dès le troisième mois de traitement (pneumothorax gauche), reprise de poids, abaissement de la courbe thermique et, en ce qui concerne les lésions, *tendance à la fibrose*.

Devant l'importance des lésions buccales et la gravité de l'état général, l'extraction totale est pratiquée, échelonnée sur une période de sept mois.

Dès les premières extractions, baisse continue de la température et cicatrisation des lésions pulmonaires, cicatrisation qui est totale au point de faire considérer la malade comme guérie onze mois après.

Cette très intéressante observation est bien dans le sens de ce que nous savons du terrain général chez les parodontosiques et cette tendance à la sclérose spontanée se rencontre chez tous les arthritiques. Il est de plus certain que la suppression des foyers purulents générateurs non seulement de pyophagies, mais aussi se déversant dans la circulation sanguine et lymphatique ne pouvait avoir qu'un heureux effet sur l'état général.

Si l'on peut donc adopter les conclusions de l'auteur en pensant que la présence d'une parodontose peut être un indice favorable lorsqu'on se trouve en présence d'un tuberculeux pulmonaire, il serait nécessaire, avant d'en arriver à une règle, d'avoir un nombre suffisant d'observations aussi bien prises que celle-ci.

Pierre Loislér.

A. J. MARTIN. — Auxiliaires médicaux. — Organisation actuelle. — Formation professionnelle à réaliser. — (*Revue de Stomatologie*, Paris, janvier 1943).

A. J. Martin présente l'étude de l'organisation d'une école d'apprentissage pour les mécaniciens en prothèse dentaire. Cette nouvelle organisation devra se faire en accord avec l'enseignement technique, la Chambre des Métiers, les Syndicats, la Section Dentaire du Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins. L'auteur trouve qu'il y a trop de mécaniciens mal instruits, insuffisants et n'ayant pas les qualités requises pour leur délicat et précis métier ; d'autre part, dans certains grands ateliers il y a tendance à spécialiser les ouvriers, ce qui est fâcheux. Il faut donc faire suivre à l'apprenti un enseignement théorique et pratique qui lui permettra de devenir un bon ouvrier, minutieux, précis, ordonné, doué d'initiative et d'un sens élevé de la valeur de son métier. Et tout ceci pour l'auteur ne peut se faire que dans une école d'apprentissage spéciale.

Il étudie donc, la durée de l'apprentissage (qu'il estime à trois ans), le lieu, la méthode, les programmes d'enseignement, le personnel enseignant, les locaux, le matériel.

Voici les conclusions de cette étude qui n'est en sorte qu'une base du travail constructif à réaliser :

Au moment où l'intérêt économique général demande une refonte de presque toutes les organisations, il est bon d'étudier la formation professionnelle des ouvriers des différents métiers. La profession de mécanicien en prothèse dentaire est une de celles où tout est à reprendre. Les transformations obligatoires doivent être le résultat d'une étude faite en commun par les représentants des patrons, artisans et ouvriers et ceux des praticiens de l'Odonto-Stomatologie. Tous peuvent d'emblée se mettre d'accord sur ce principe : la nécessité d'un enseignement théorique et pratique donné suivant un plan mûrement établi, utilisant des moyens techniques complets et sévèrement surveillé. Seul cet enseignement permettra de sortir des méthodes insuffisantes, souvent empiriques, appliquées dans les ateliers où se fait actuellement la formation des mécaniciens. D'une durée de trois ans cet enseignement sera donné d'abord pendant deux ans dans l'école d'apprentissage, il se complètera d'un stage pratique d'un an dans un atelier offrant toutes garanties. P.V.

HYGIÈNE

COMITÉ NATIONAL D'HYGIÈNE DENTAIRE

CONCOURS POUR L'AMÉNAGEMENT IDÉAL D'UN POSTE D'EXAMEN DENTAIRE SCOLAIRE

Nous rappelons que le concours est clos à la date du 15 novembre 1943. Les délais d'envoi des dessins, plans et maquettes devront être obligatoirement réalisés le 25 novembre, dernier délai.

Le timbre de la poste d'envoi, de la remise à un messenger ou à la S. N. C. F., devra porter la date du 26, soit pour la zone nord, soit pour la zone sud.

Dans le cas où il aurait été fait plusieurs maquettes, projets ou dessins, les envoyer autant que possible en un seul paquet. Sur chaque pièce de l'envoi, il conviendra de fixer solidement une étiquette portant une devise.

L'envoi devra être accompagné d'une lettre portant l'adresse du Président du Comité National, 15, rue J.-Mermoz, lettre contenant une seconde enveloppe cachetée, portant extérieurement la reproduction de la devise choisie et, intérieurement, les indications permettant d'identifier l'envoyeur, de façon que le jury puisse juger dans des conditions d'anonymat complet.

Le Président : **Pierre Loisier**,
Professeur Sup. à l'Ecole Dentaire de Paris.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 26 juin 1943

Président : M. Vabois, Professeur à l'Ecole Odontotechnique.

La séance est ouverte à 20 h. 45.

1^o Lecture du procès-verbal de la séance du 25 mai 1943. Adopté.

2^o Admission de nouveaux membres : MM. Dormois Frédéric, Gaubert Maurice.

3^o M. Casalis, Conseiller Technique Dentaire de la Croix Rouge Française. —

Résultats obtenus dans le traitement et l'appareillage dentaires des prisonniers de guerre rapatriés.

L'auteur après avoir rappelé que la Croix Rouge Française a entrepris il y a dix mois, de soigner et d'appareiller au point de vue dentaire, les prisonniers de guerre rapatriés, fait état des désastres provoqués dans leurs dentures par la captivité.

Etant donné qu'il y a environ 1.200.000 prisonniers de guerre, il faut tabler sur cette masse de 500.000 hommes à appareiller maintenant et après-guerre. Seul l'Etat pourrait faire face à la dépense provoquée. Présentement le Commissariat Général aux prisonniers de guerre rapatriés a officiellement demandé à la Croix Rouge Française de prendre à son compte, les frais de l'opération et son organisation. Pour alléger les charges revenant à la Croix Rouge Française, des négociations sont menées à l'heure actuelle, en vue d'obtenir des Assurances Sociales, une prise en charge plus grande que celle qui est normalement accordée aux assurés sociaux. La C. R. F. à uniformiser ses remboursements et le tarif à appliquer aux prisonniers de guerre rapatriés est le tarif minimum national, diminué de 20 %. Vue la pénurie actuelle des dents, le praticien traitant peut demander à la C. R. F. les dents nécessaires, qui lui sont fournies à la taxe. Quant au paiement du travail au praticien, il est effectué directement par le rapatrié.

A l'heure actuelle, 1.860 prisonniers de guerre rapatriés ont pu être appareillés. Pour terminer, l'auteur souligne le service considérable que la Croix Rouge Française rend ainsi aux prisonniers de guerre rapatriés et à toute la population, car, dit-il : « ce qui est fait pour le père, le fils et le frère, sert d'exemple dans chaque famille et a une valeur éducative dont la portée est très grande. »

4^o Le Dr Camena d'Almeida, dans sa conférence : *Amaigrissement et dénutrition*, nous expose son point de vue sur cette question, et nous aurons le plaisir de le voir traiter avec beaucoup d'ampleur, ce sujet vraiment d'actualité, aux prochaines Journées Dentaires de Paris.

Le Président remercie et félicite le Conférencier et la séance est levée à 22 h. 20.

Le Secrétaire des Séances : J. Perès.

XVII^{es} JOURNÉES DENTAIRES DE PARIS

La séance solennelle inaugurale des XVII^{es} Journées Dentaires de Paris aura lieu le jeudi 25 novembre 1943, à 15 heures, à l'Ecole Odontotechnique, 5, rue Garancière, à Paris (6^e), sous la présidence de M. le Professeur *Hermann*, membre de l'Académie de Médecine, en présence de M. le Dr *Grasset*, Ministre Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille, de M. le Représentant de M. le Ministre, Secrétaire d'Etat à l'Education Nationale, et de M. le Doyen de la Faculté de Médecine.

Après les allocutions d'usage, les congressistes pourront entendre une communication du Dr *Dufourmentel*, membre associé de l'Académie de Chirurgie sur : *Mécanismes et traitements des luxations temporo-maxillaires* ; une conférence du Dr *Watry* (de Bruxelles) sur : *L'évolution de la Prophylaxie*, et voir la présentation d'un film avec conférence du Dr *Joachim* (de Bruxelles) sur : *Voitures stomatologiques, Missions dans les camps de prisonniers belges en Allemagne ; Organisation des soins dentaires dans les colonies de vacances.*

Il est organisé en outre, à l'intention des étudiants de toutes les Ecoles Dentaires, une séance de leçon clinique le vendredi 26, à 10 heures, à laquelle prendront la parole le Dr *Ch. Hulin* sur les « parodontoses pyorrhéiques et leur traitement médico-chirurgical », et Mlle *Y. Neveu* sur « l'étudiant en présence de l'avulsion dentaire » qui présenteront chacun un film. Simultanément, les congressistes visiteront à l'hôpital temporaire Piccini, le service de M. le Professeur *Lemaître*, membre de l'Académie de Médecine qui opérera devant eux des cas de chirurgie maxillo-faciale.

NÉCROLOGIE

W. H. G. LOGAN

C'est avec la plus grande peine et un vif regret que, très tardivement, en raison des circonstances actuelles, j'ai appris la mort du Président de la Fédération Dentaire Internationale, notre éminent confrère le Docteur W. H. G. Logan, de Chicago, qui avait été élevé à cette fonction au Congrès de Vienne, en 1936, en remplacement du regretté Georges Villain, arrivé au terme de son mandat.

Le Dr Logan était une des personnalités les plus marquantes de la profession dentaire aux Etats-Unis. Professeur au Chicago College of Dental Surgery, une des plus importantes écoles des U. S. A., il avait succédé comme Doyen de cette école à son beau-père, le Dr Truman Brophy qui, on le sait, fut lui aussi Président de la F. D. I. où il avait succédé à W. B. Paterson, de Londres.

La documentation nous manque actuellement pour rappeler comme il se devrait l'œuvre de W. H. G. Logan aux Etats-Unis, signalons simplement qu'il avait été choisi pour présider le VII^e Congrès Dentaire International qui se tint à Philadelphie en 1936 ; mais, en tant que Vice-Président de la F. D. I., je me dois de dire ici le rôle prééminent qu'il a rempli à cette Fédération dont, plus que quiconque, aux Etats-Unis notamment, il avait compris le rôle si important dans la profession dentaire mondiale. Il présida aux travaux de la Fédération avec un zèle et un dévouement inlassables, s'efforçant avec la plus grande largeur de vues de concilier les antagonismes nationaux qui, dans la période qui précéda la guerre actuelle, se manifestèrent à l'état aigu au sein de cette Fédération.

Il s'intéressa d'une façon toute particulière à l'œuvre poursuivie par la *Fédération Documentaire Dentaire*, que dirige avec tant de dévouement mon ami E. Huet, de Bruxelles ; c'est grâce à son intervention que celle-ci put obtenir des subsides importants pour continuer sa tâche qu'il voulait rendre encore plus grande et plus féconde. Il s'était attaché aussi à la création d'un « Bulletin périodique de la F. D. I. » publié en trois langues qui, dirigé par un comité de rédaction dont le siège avait été fixé en Suisse, aurait publié mensuellement des mises au point des grandes questions scientifiques qui intéressent notre art ; ces mises au point, rédigées par les personnalités les plus compétentes des divers pays, auraient, par leur ensemble, fourni les rapports préliminaires des grands *Congrès Internationaux* que la Fédération organise tous les cinq ans.

Les études relatives à cette création étaient sur le point d'aboutir avec toutes les chances de succès ; un éditeur offrant toutes les garanties avait accepté d'assurer la publication de ce Bulletin, mais, malheureusement, pour des raisons non professionnelles, nous nous sommes heurtés à une opposition aussi sournoise qu'opiniâtre de certains membres et, bien que Logan n'ait pas hésité à faire spécialement le voyage de Chicago en Europe pour chercher à aplanir le différend, ce Bulletin n'avait pu voir le jour lorsque la guerre actuelle a éclaté. Ça aura été certes un des plus grands regrets de notre cher Président qui pensait, avec raison, que cette création serait d'une importance primordiale pour le progrès de la science dentaire et pour le rendement fructueux des grandes assises internationales que représentent nos Congrès quinquennaux.

En adressant tant au nom de la Fédération Dentaire Internationale qu'en mon nom personnel mes condoléances émues à Madame W. H. G. Logan, dont le vénéré père a été une éminente personnalité professionnelle dont nous gardons fidèlement le souvenir, je salue ici la mémoire de W. H. G. Logan qui a hautement honoré notre profession tant dans son pays que dans son œuvre internationale et dont le souvenir restera toujours au cœur de tous ceux qui l'ont connu, estimé et aimé.

Maurice Roy.

M. G. A. TOULOUSE

LE DOYEN DES DENTISTES S'EST ÉTEINT A PARIS

Un concours de circonstances regrettables ne nous a pas permis d'annoncer plus tôt le décès de notre confrère, M. G. A. Toulouse, Chirurgien-Dentistes de la Faculté de Médecine de Paris, qui a succombé à une courte maladie, le 29 mai dernier, à l'âge de 83 ans.

M. G. A. Toulouse avait fondé son cabinet dentaire à Paris, en 1883, il opérait donc depuis 60 ans ; c'est un exemple unique, croyons-nous, dans la profession.

La mort l'a surpris en possession de toutes ses facultés et déployant encore une activité étonnante malgré son grand âge ; il continuait, en effet, à donner chaque jour ses soins à sa clientèle, poursuivant une carrière marquée par un énorme travail et des succès qui font honneur à l'art dentaire.

C'est sous les auspices du Professeur Magitot qu'il avait fait ses premières armes, en 1881, et il avait acquis rapidement une maîtrise d'opérateur remarquable, heureusement doublée par une connaissance approfondie de la prothèse. *Il était incontestablement devenu un maître.*

Mais son activité ne s'était pas bornée à la conduite de son cabinet ; en effet, en 1895, une série de conférences et de démonstrations pour la vulgarisation du procédé d'aurification de Trey, l'avait conduit dans les principales villes de France, à Londres et à Bruxelles. Peu après, en 1898, il fondait un service dentaire à l'Hôpital du Perpétuel Secours à Levallois-Perret et en assurait l'installation complète à ses frais. Pendant quinze années il allait consacrer chaque semaine une journée à cette œuvre charitable.

Une clientèle de choix qu'il s'était créée lui-même et où voisinaient de grands noms de l'aristocratie, du clergé, de la politique, de l'industrie, de la science, du théâtre et des affaires avait accordé à M. G. A. Toulouse une confiance absolue ; la plupart de ses clients étaient devenus ses amis.

Tous ceux qui l'on connu gardent de lui le souvenir vivace d'un de ces Français laborieux et probes, au bon sens précieux qui peuvent être cités en exemple.

Avec lui disparaît un vieux praticien amateur de belles choses et fêru de théâtre et de chant ; il connaissait admirablement la capitale et contait avec verve d'innombrables anecdotes sur la vie d'un Paris brillant et gai, animé et frondeur, où il avait vécu avec intensité.

D'une exquise urbanité, d'une bonté sans affectation et même un peu bourru, d'une activité sans défaillance, il avait un cœur d'or dont les siens et ses nombreux amis ont pu apprécier l'inlassable générosité.

. . .

Nous avons le regret de devoir annoncer la mort de M. Bouvry, chirurgien-dentiste au Mans, membre de notre Groupement, décédé le 9 septembre 1943.

M. Henri Girardier-Salas, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement et du Corps enseignant de l'Ecole Dentaire de Paris, a eu la douleur de perdre sa femme, décédée le 16 octobre 1943.

M. Louis Janvier, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement et Chef de Clinique à l'Ecole Dentaire de Paris, vient d'être éprouvé par la mort de son père, M. Fernand Janvier, décédé à Paris, le 17 octobre 1943.

Nos bien sincères condoléances.

NOUVELLES

ECOLE DENTAIRE DE PARIS

COURS DE PERFECTIONNEMENT D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

Le Conseil d'Administration de l'Ecole Dentaire de Paris, soucieux du perfectionnement professionnel des confrères de la Seine, de la grande banlieue et surtout de province, a envisagé la reprise des cours de perfectionnement.

A cet effet, et pour parer dans la mesure du possible aux difficultés de déplacement comme aux impossibilités personnelles, les confrères désireux de se perfectionner en Orthopédie dento-faciale, sont priés d'adresser dès maintenant leur demande au Secrétariat de l'Ecole Dentaire de Paris, 45, rue de la Tour-d'Auvergne (9^e), en ayant soin d'indiquer s'ils préfèrent participer à un cours continu pendant plusieurs jours, ou fractionné mensuellement (journée, matin, après-midi), et à quelle époque de l'année scolaire.

Selon les désirs exprimés et le nombre des participants, les divers modes d'organisation seront communiqués aux intéressés.

ENSEIGNEMENT TECHNIQUE

COURS THÉORIQUE POUR LES APPRENTIS ET JEUNES MÉCANICIENS EN PROTHÈSE DENTAIRE

Ce cours, qui a repris à dater du 9 novembre, a lieu chaque semaine, à 9 heures du matin, à l'Ecole Dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne (9^e), le mardi pour les débutants et le vendredi pour les élèves de 2^e et 3^e années.

SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

L'Assemblée générale annuelle ordinaire de la Société de l'Ecole et du Dispensaire Dentaires de Paris aura lieu le mardi 14 décembre 1943, à 17 h. 30, au siège de la Société, 45, rue de la Tour-d'Auvergne.

Les Sports à l'Ecole Dentaire de Paris. — Les activités du Groupe Sportif de l'Ecole Dentaire de Paris ont repris leur essor au seuil de cette nouvelle année scolaire. Toutes nos craintes se sont évanouies. Certes, nous avons été affectés par de nombreux départs, mais l'arrivée des nouveaux étudiants nous a permis de combler les vides, et cela mieux encore que nous ne l'espérions !

Footballeurs, Basketteurs et Basketteuses se sont remis à l'entraînement. Les premiers, sous la direction d'un moniteur de gymnastique, bénéficient depuis peu d'une magnifique salle de culture physique, grâce à l'effort constant du Comité sportif

de l'Ecole et à l'aide généreuse de nombreux praticiens qui connaissent l'importance du développement des sports dans nos écoles.

Dès maintenant, nous pouvons annoncer l'engagement de deux équipes de football aux Championnats Universitaires parisiens. Ajoutons à cela deux formations de basket masculin et deux autres de basket féminin et nous aurons ainsi brossé un rapide tableau des sports d'équipe qui restent toujours la préoccupation essentielle des débuts de saison.

N'oublions pas le Tennis, le Cross et l'Equipe de Natation qui pourra bénéficier cette année de l'aide et de l'expérience de notre ami Trinquescoste.

Confiants, nous attendrons les premiers résultats...

Baruy.

On nous communique :

La Société Odonto-Stomatologique du Rhône a décidé de reprendre ses travaux. Elle a constitué son Bureau de la façon suivante :

Président : M. R. Reboullet.

Vice-Présidents : M. Ducros ; Dr Ch. Freidel, médecin-chef du Service de Stomatologie de l'Hôpital Desgenettes.

Secrétaire général : Dr Potel.

Secrétaire adjoint : M. V. Lapière.

Trésorier : M. Augard.

La séance d'ouverture a eu lieu le samedi 13 novembre, à 16 heures, elle comportait l'ordre du jour suivant :

1^o Allocution du Président ;

2^o Rapport moral du Secrétaire général ;

3^o Les sulfamides et leurs applications, par M. Perrot, pharmacien des Hôpitaux ;

4^o Indications et contre-indications des sulfamides en O. S. par le Dr Ch. Freidel ;

5^o Incidents de la pratique courante.

A VENDRE : Equipement Siemens ; Fauteuil Ritter ; Instruments dentaires. — S'adresser au Bureau du Journal qui transmettra.

Mariage. — Le mariage de M. Henri Raynaud, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, avec Mlle Paule Malochet, étudiante en chirurgie dentaire, a eu lieu le 11 novembre 1943, à Cosne-d'Allier.

Nos félicitations et vœux de bonheur.

Naissance. — M. Marcel Fournier, Avocat à la Cour d'Appel, Professeur de Droit médical à l'Ecole Dentaire de Paris, et Madame, nous ont annoncé la naissance de leur fille Ghislaine.

Nos félicitations.

L'Administrateur-Gérant : P. LOISIER. — Autorisation S. 149.

SoD, RES. IMP. & PUB. (DOMMON ETAMPES)

L'ODONTOLOGIE

REVUE MENSUELLE

DIRIGÉE DE 1881 A 1896 PAR PAUL DUBOIS
DE 1896 A 1932 PAR CHARLES GODON
ET DE 1923 A 1940 PAR MAURICE ROY

Secrétaire de la Rédaction, Administrateur
Pierre LOISIER
Professeur sup. à l'Ecole Dentaire de Paris

Directeur et Rédacteur en Chef
A. AUDY
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Cas d'interventions tardives d'Orthopédie dento-faciale, par <i>Henri Villain</i> ..	178
OPINIONS PROFESSIONNELLES.....	184
REVUE DES LIVRES ET DES REVUES.....	186
AVIS TRÈS IMPORTANT.....	187
INDEX ALPHABÉTIQUE et TABLE MÉTHODIQUE DES MATIÈRES pour l'année 1943.....	188 à 191
NOUVELLES.....	192

ÉDITIONS DE LA SOCIÉTÉ RÉGIONALE D'IMPRIMERIE
MAURICE DORMANN, ÉDITEUR

RÉDACTION ET ADMINISTRATION : 45, rue de la Tour-d'Auvergne, PARIS (9^e)
Compte Chèques Postaux 277.93 Paris

Téléphone : Trudaine 74-85 et 74-87

Abonnements : France., 100 fr. par an. — Le numéro : 12 francs.
Etranger : 130 fr. par an. Le numéro : 16 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

CAS D'INTERVENTIONS TARDIVES D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

Par Henri VILLAIN

Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris

*(Communication présentée à la Société d'Odontologie, le 7 décembre 1943,
avec présentation d'une malade).*

616.314 089.23] 053.8

Permettez-moi tout d'abord de remercier le Professeur Delarue de bien vouloir me donner son tour, afin de ne pas retarder trop longtemps ma jeune patiente qui a un bébé d'un mois.

Il y a un certain nombre d'années, à cette même tribune, en 1922, je vous présentais des modèles pour la correction des anomalies dentaires chez les enfants et j'essayais de vous prouver qu'il faut commencer les redressements, quand on le peut, de très bonne heure.

Je faisais cette communication à la suite de nombreuses observations sur des malades de 12-14 ans, dont les parents venaient me trouver en disant : « Jusqu'à présent on m'a déclaré qu'il fallait attendre, qu'il était trop tôt, que mon enfant avait encore des dents de lait ».

J'ai montré des modèles avec des réussites parfaites chez des enfants de 8-9 ans. J'ai obtenu des résultats très satisfaisants chez ceux de 14 ans au point de vue orthopédique et au point de vue occlusion ; mais au point de vue profil, je n'avais pas obtenu les mêmes résultats.

Aujourd'hui, je ne vous entretiendrai pas des enfants, mais au contraire de cas d'orthodontie très faisables chez des adultes, en évitant de faire des extractions qui, dans la plupart des cas, sont désastreuses.

En un mot : combattre les réponses de certains confrères qui, cette fois, ne disent plus : « Il est trop tôt ! », mais : « Il est trop tard, on ne fait pas de redressement à cet âge. »

Bien entendu, je ne viens pas prétendre qu'il faut proposer à tous nos patients ayant des malocclusions ou des malpositions, de leur faire un traitement orthodontique. Mais je dis qu'il y a des cas qui peuvent très bien être entrepris au delà de la vingtième année. Et cela autant que possible sans extractions, car il n'y a pas d'occlusion parfaite avec des dents manquantes, et cela encore pour le plus grand bien de nos malades.

Or, ayant eu depuis quelques années un certain nombre de cas d'adultes à traiter à qui on avait tenu ce langage de non intervention, j'ai cru intéressant de vous en présenter quelques-uns qui vous prouveront le bien-fondé de mes affirmations.

Je vous décrirai d'abord le cas de M^{me} X..., âgée de 22 ans, qui vint me consulter pour avis avant de laisser faire par son dentiste les extractions des deux premières prémolaires supérieures que ce dernier lui conseillait, afin d'améliorer certaines malpositions de ses dents antérieures du maxillaire supérieur.

Cette malade présentait : une rétrusion supérieure de son incisive centrale supérieure gauche et une disto-rétrusion de son maxillaire inférieur. De plus, et ce qui était beaucoup plus grave pour sa mastication et pour l'avenir de ses dents, ses prémolaires et molaires supérieures gauches étaient vestibulées et complètement en dehors de l'arcade, avec déjà de l'élongation, tandis que les prémolaires et molaires inférieures étaient lingualées.

Après avoir pris des modèles d'études et fait faire les photographies de face et de profil, j'étudiai le cas et conclusai : 1° A la non extraction des deux prémolaires qui devait, à mon avis, aggraver le profil déjà disgracieux de cette jeune femme, puisque les extractions faites, les incisives et canines auraient été distalées et placées en rétrusion tout comme l'était déjà l'incisive supérieure gauche. Si, à ce moment, on avait utilisé le Profilomètre que nous a décrit ici même, à cette tribune, il y a quelques mois, le Professeur Dubecq, de Bordeaux, on se serait rendu compte de l'erreur de diagnostic ; 2° Remettre en occlusion normale les prémolaires et molaires supérieures et inférieures du côté gauche.

Tels étaient les conseils que je donnai à cette malade, n'ayant pas du tout l'intention d'entreprendre moi-même ce redressement. Au bout de quinze jours, cette jeune femme revint en me disant que son mari avait, à son sujet, questionné son dentiste personnel qui lui avait dit sans ambages : « Faire un redressement à 22 ans, c'est une escroquerie ! » Le mot me choqua et me décida sur-le-champ à faire moi-même le traitement, désirant montrer que s'il y avait un escroc parmi les trois praticiens en présence, c'était bien celui qui avait osé prononcer une telle affirmation.

Je plaçai donc mes appareils en mars 1942 selon la méthode d'Angle, méthode que je n'ai cessé d'employer depuis près de 40 ans ; c'est-à-dire, bagues sur les dents de six ans et arcs vestibulaires aux deux maxillaires. J'avancai l'incisive supérieure gauche au niveau des autres dents de bouche ; je lingualai les prémolaires et molaires supérieures gauches, et au maxillaire inférieur je vestibulai les prémolaires et molaires.

Ce résultat obtenu, j'enlevai mes appareils d'Angle pour placer au maxillaire inférieur un appareil amovible de contention en vulcanite et au maxillaire supérieur un appareil amovible de contention également en vulcanite, mais surtout avec un plan incliné pour avancer tout le maxillaire inférieur et donner à la physionomie un profil tout à fait normal.

Voici les photographies de face et de profil en date du 2 mars 1942 (fig. 1) et après traitement, le 22 février 1943 (fig. 2), c'est-à-dire après une année de traitement. Cette jeune patiente, qui vient d'avoir un bébé au mois d'octobre dernier, a bien voulu, quoique habitant la banlieue, délaissier pendant quelques heures ses devoirs de mère, ce dont je la remercie, pour venir vous montrer le résultat de mon intervention.

Je dois ajouter un mot au sujet des appareils de maintien et de propulsion du maxillaire inférieur. En principe, je laisse ces appareils, chez les enfants, pendant un an à porter jour et nuit, puis pendant six mois, la nuit seulement. Dans ce cas particulier, cette jeune femme fut un peu incommodée les derniers mois de sa grossesse ; elle supprima les appareils le jour, ne les portant que la nuit. L'examinant il y a un mois, je constatai une élongation des incisives et canines du maxillaire inférieur. En voici la raison : en questionnant son mari, j'appris qu'elle dormait toujours la bouche entr'ouverte, dans ces conditions le plan incliné supérieur ne servait à rien, autant dire que les appareils de maintien étaient supprimés. Etant à présent complètement rétablie, elle porte à nouveau ses appareils et vous pouvez constater vous-mêmes qu'elle a beaucoup de difficulté à rentrer son maxillaire inférieur de quelques millimètres seulement et qu'il suffira de quelques mois de patience pour maintenir toutes ses dents en position tout à fait normale.

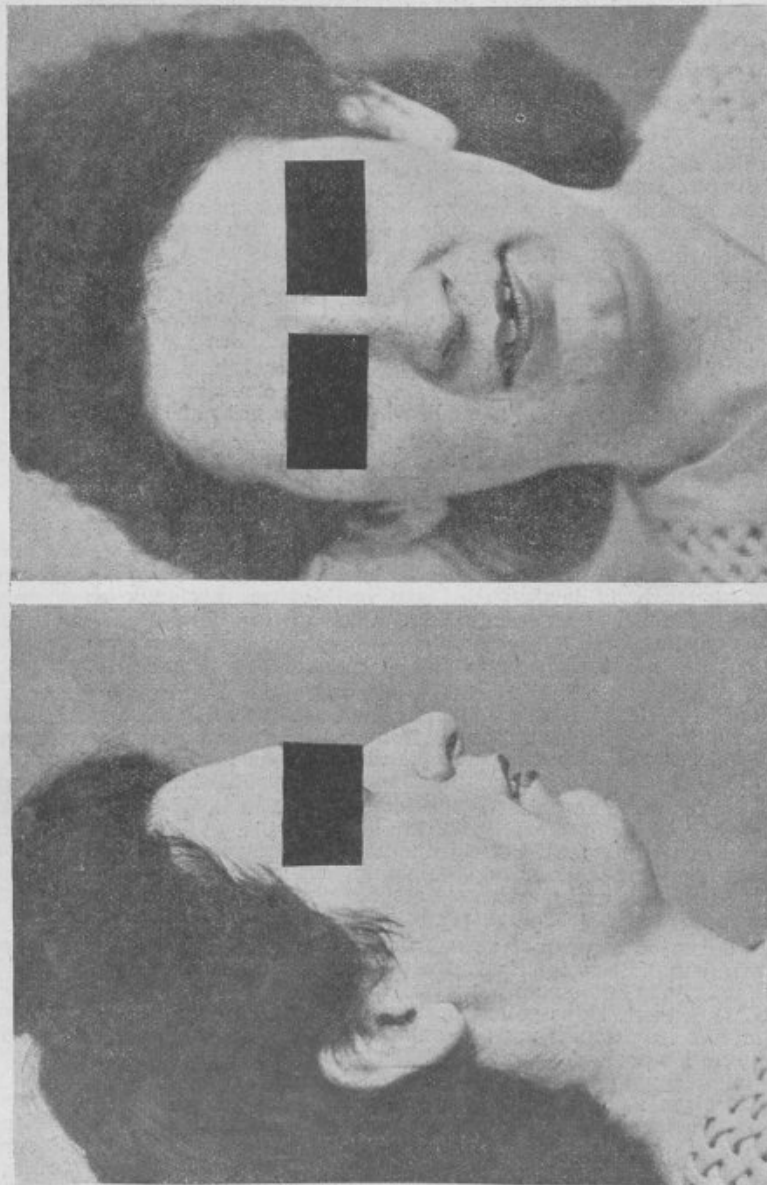


Fig. 1. — AVANT

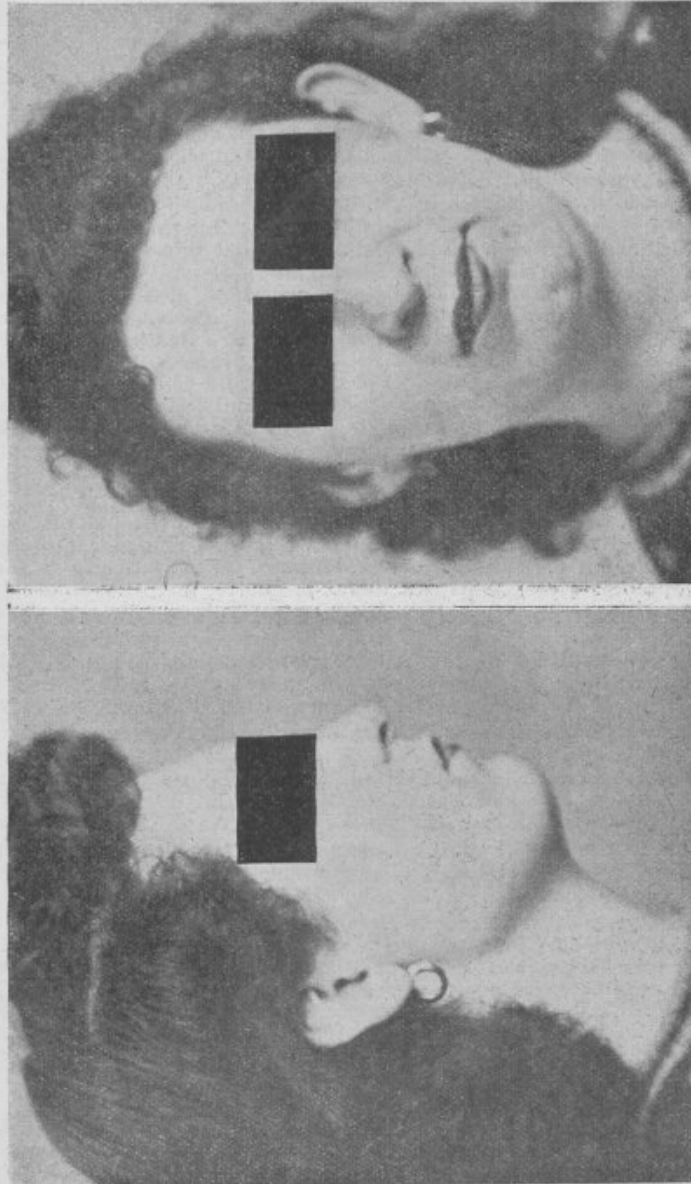


Fig. 2. — APRÈS

Je vous présente maintenant un autre cas, un peu plus extraordinaire. C'est un patient âgé de 42 ans, qui n'était pas mon client, mais dont je soignais la femme depuis longtemps. Voici son histoire : A l'examen, il présentait au maxillaire inférieur une protrusion de la canine droite, de l'incisive latérale droite et des deux centrales avec diastème important entre la centrale gauche et la latérale gauche, et entre la canine droite et la première prémolaire droite. Ces quatre dents, la bouche fermée, venaient masquer presque entièrement les incisives et canine côté droit du maxillaire supérieur qui, naturellement, étaient en légère rétrusion. Cette anomalie n'avait nullement gêné ce malade jusqu'à cet âge déjà un peu avancé pour un redressement me direz-vous ! Et pourquoi vouloir y remédier à présent ?

Eh bien, voici ! Cet homme est ingénieur des mines, il fit son droit et devint avocat au Tribunal dans sa spécialité. Devant plaider et parler en public, il constata un défaut de prononciation, s'en inquiéta et alla voir son dentiste pour y remédier. Ce dernier envisagea la solution la plus simple, il conseilla l'extraction de ces quatre dents évoluées inopinément en avant de toutes les autres. Puis il proposa un appareil pour les remplacer ! Avant de se décider à cette ultime solution, le client réfléchit, car on ne se fait pas extraire quatre dents saines sans un serrement de cœur, et l'on n'accepte pas le sourire aux lèvres l'éventualité de porter toute sa vie un appareil de prothèse qui, quoique l'on en puisse penser, est toujours une gêne et une suggestion.

Sa femme lui conseilla de prendre un autre avis et me l'adressa. Sans hésiter, je conseillai le redressement en prévenant mon patient que le seul risque était de ne pas réussir et, dans ce cas, il pourrait toujours revenir à la solution préconisée par son dentiste. Ce fut entendu et je plaçai mes appareils ; ceci se passait avant la guerre, le 16 novembre 1937.

Je ne pouvais mettre des appareils fixes, mon malade ne pouvant interrompre ses occupations et ne supportant rien qui puisse le gêner ou être visible pendant les quelques heures qu'il passait au Palais l'après-midi. Je posais donc de simples appareils en vulcanite, tout comme ceux que l'on utilisait il y a encore une cinquantaine d'années.

Au maxillaire inférieur, un appareil avec crochets au niveau des prémolaires sur lesquelles on plaçait 2, 3 et même 4 élastiques, un espace étant réservé à la face linguale de ces quatre dents et l'appareil recouvrant les cuspides des molaires et prémolaires afin de surélever l'occlusion et permettre ainsi leur passage.

Au maxillaire supérieur, un autre appareil, toujours en vulcanite, avec trois petites vis avec bois d'Hickory pour corriger la légère rétrusion des dents supérieures.

Le 23 février 1938 les dents étaient à leur place et le redressement avait duré 3 mois et 7 jours. Je plaçai des appareils de maintien, quoique convaincu que la nouvelle occlusion allait aider au maintien de l'emplacement de ces dents. La guerre survenant, je n'avais pas revu le malade ; j'eus la curiosité de le convoquer en avril 1943 et fus heureux de constater la bonne position des dents et surtout leur absolue solidité dans l'alvéole. Mon malade ne me ménagea pas son contentement et ses remerciements de lui avoir évité une prothèse.

Pour finir, je vous citerai deux autres cas d'extractions, mais très succinctement, ne voulant pas abuser de votre temps. En juillet 1939, j'avais commencé le traitement d'une enfant de 12 ans ; j'avais placé mes appareils d'Angle, mais je fus mobilisé en septembre et fermai mon cabinet pendant une année. Pendant ce temps ma jeune cliente consultait un autre praticien qui lui proposa d'extraire son incisive inférieure gauche placée lingualement à un demi-centimètre de sa place normale, ce qui évidemment simplifiait singulièrement le redressement, les cinq autres dents de

bouche se touchant absolument. Les parents, avant de se décider, m'écrivirent pour me demander mon avis. Pour une fois, je répondis : « Attendez, et je ferai le nécessaire sans extraction dès mon retour. »

Je repris le traitement en octobre 1940, et je vous présente aujourd'hui les résultats, la fameuse incisive ayant parfaitement retrouvé sa place normale.

Enfin, un dernier cas : C'est une jeune fille de 17 ans, venant du Portugal où elle a passé son enfance. Elle vint, amenée par sa grand'mère qui ne trouvait pas sa denture assez parfaite à son goût, quoiqu'elle avait subi un traitement orthodontique de plusieurs années. A l'examen je constatai quelques anomalies, il est vrai, mais surtout, à mon grand désespoir, deux dents avaient été extraites, et savez-vous lesquelles ? Au maxillaire supérieur : la première prémolaire du côté droit, et au maxillaire inférieur, l'incisive latérale gauche ! Evidemment, je n'avais pas vu le cas avant les extractions, mais je doute fort qu'elles aient été absolument nécessaires.

Je fis le redressement avec beaucoup de difficulté et suis arrivé à un résultat satisfaisant, certes, mais pas parfait ; pour rétablir l'occlusion normale il fallait créer les espaces nécessaires pour remplacer les dents extraites, et ensuite faire des bridges, mais je n'ai pas voulu m'y résigner.

Les parents responsables du traitement fait au Portugal se montrèrent satisfaits du résultat que j'ai obtenu, mais la grand'mère qui m'amena l'enfant ne veut pas comprendre qu'il est impossible, par exemple, de ramener le milieu exact de ses deux maxillaires. Elle demanda en consultation notre distingué confrère Beauregardt qui conclut dans le même sens que moi-même.

Et j'en aurai terminé, mes chers confrères, très heureux si j'ai pu vous démontrer, après bien d'autres avant moi, que l'on peut faire des redressements à des âges assez avancés, et cela pour le plus grand bien de nos patients. Et surtout que les extractions, à part de rares exceptions, sont un désastre, pour les malades d'abord, et pour les orthodontistes, une difficulté de plus.

Pour conclure et vous prouver qu'il y a déjà longtemps, des auteurs anciens combattaient les extractions, je vous ai apporté le livre *L'Art du Dentiste*, de J. Lefoulon, qui date de 1841, c'est-à-dire plus d'un siècle. Vous y trouverez tout un chapitre sur l'orthodontosie, comme on appelait alors cette branche déjà reconnue si importante dans notre profession, puisqu'elle faisait l'objet d'un chapitre spécial de son ouvrage (chapitre VIII, page 175).

Lefoulon combat les extractions et, pour traiter l'endognathie, il employait des arcs métalliques placés l'un vestibulairement, l'autre lingualement, qu'il réunissait par des fils de soie et obtenait ainsi l'expansion du maxillaire. On y voit, en prothèse, des appareils ressemblant aux plaques squelettiques que nous faisons actuellement.

A la première page de son livre, et c'est sur cette pensée que je veux conclure, il mit en exergue cette vérité déjà ancienne :

Arracher n'est pas guérir, c'est détruire.

(J. LEFOULON, 1841).

OPINIONS PROFESSIONNELLES

NOTRE PROFESSION

L'article que j'ai fait paraître ici même sous ce titre dans notre numéro de novembre ayant provoqué un certain émoi parmi mes confrères et ayant surtout fait l'objet de commentaires et d'interprétations parfaitement inexacts, je crois bon, désirant être nettement compris, de préciser les points qui ont été mal interprétés.

Lorsque j'ai indiqué la nécessité absolue de laisser un certain ton de polémique, non seulement stérile, mais aboutissant à creuser des fossés, qui, à mon avis, doivent être comblés, il semble bien que les attaques les plus inadmissibles sont parties d'ailleurs que chez nous et qu'il était fatal qu'un jour ou l'autre une riposte sur le même ton vienne. Ceci ne contribue évidemment pas, bien au contraire, à l'harmonie que je souhaite de toutes mes forces, mais c'était je le répète, à peu près fatal.

Il n'en reste pas moins que maintenant un apaisement, bien entendu bilatéral, est non seulement souhaitable, mais nécessaire.

Des deux côtés, il est possible que de petits groupes extrémistes, qui, depuis trop longtemps, échangent trop de coups et de trop violents, ne le comprennent pas, mais je suis convaincu que l'énorme majorité des Médecins Stomatologistes et des Chirugiens-Dentistes le souhaite sincèrement et estime que des opinions même très divergentes peuvent être soutenues avec courtoisie dans un esprit de bonne volonté et de compréhension mutuelle.

Lorsque j'ai souligné que les contacts pris dans une réunion récente l'avaient été par des hommes tenant uniquement leur mandat des deux Ministres qui les avaient choisis, qu'ils devaient donc compte de ce mandat uniquement à ceux qui les avaient nommés, je n'ai évidemment pas voulu dire que cela dispensait ces hommes d'expliquer l'attitude qu'ils seraient amenés à prendre et dont leur passé est, me semble-t-il un assez sûr garant, mais seulement qu'ils n'avaient à accepter aucune directive ou mandat impératif émanant d'individualités ou de groupes non qualifiés, en l'occurrence.

Car il faut bien envisager nettement les choses.

Ou bien tout est pour le mieux dans l'état actuel des choses et l'étude même d'une réforme ne se justifie pas.

Ou bien une amélioration paraît possible et souhaitable, comme c'est le cas, et dans ce cas il faut la réaliser dans l'unanimité professionnelle en envisageant les concessions mutuelles possibles dans le cadre de la sauvegarde des intérêts légitimes et pour le plus grand bien de la collectivité.

Lorsqu'enfin j'ai dit que notre profession, pas plus d'ailleurs que la profession médicale n'était la propriété d'aucun, j'avais cru que l'on comprendrait facilement que j'entendais pas là que cette profession, n'ayant pas été créée par nous, praticiens actuels, devant, dans l'avenir, être exercée par nos successeurs, nous ne représentons qu'un moment dans son existence, que nous n'en sommes donc que les dépositaires qui devons faire de notre mieux pour garder intact l'héritage qui nous a été transmis et même l'accroître dans le cadre des adaptations nécessaires.

Adaptations nécessaires car nul esprit sensé ne niera que les conditions actuelles ne sont pas celles d'il y a cinquante ans et seront modifiées à nouveau dans le prochain demi-siècle.

C'est cependant à nous de préparer cet avenir, au mieux, à la lumière des données actuellement en notre possession et des hypothèses que nous pouvons raisonnablement faire pour l'avenir.

Gouverner étant prévoir, c'est bien là le rôle des dirigeants professionnels actuels.

C'est uniquement ce que j'entendais par « administrer » ce mot visant une génération : la nôtre et non une personnalité quelconque.

Ces quelques éclaircissements auront, je l'espère, dissipé les malentendus et tous comprendront, j'en suis convaincu, que dans certaines circonstances on doit faire confiance aux gens dont l'attitude passée me semble un assez sûr garant de la façon dont ils sauront défendre les légitimes intérêts qu'ils ont toujours défendus.

Pierre LOISIER.

REVUE DES LIVRES ET DES REVUES

STREICH (O.). — **Revue d'ensemble des matières premières utilisées en prothèse dentaire.** — *Zentralblatt für die Gesamte Zahn-Mund und Kiefer Heilkunde*, septembre 1941). — (In *Revue de Stomatologie*, mars 1943).

Ce travail d'ensemble porte sur les métaux et substances de remplacement utilisés dans ces dernières années et surtout depuis la dernière guerre, en prothèse dentaire : alliages non oxydables, aluminium, nouveaux alliages d'argent, substances synthétiques.

1° *Alliages non oxydables.* — On distingue selon leur constitution des alliages pour l'estampage et des alliages pour les coulées. La non oxydabilité des alliages est due à leur teneur en chrome, nickel, cobalt. L'alliage Montica-Imuzit est constitué de nickel, chrome, molybdène, fer ; ce dernier ne représente presque qu'une impureté. Dans le Vitallium le principal constituant est le cobalt à côté du chrome et du wolfram. Les alliages contenant beaucoup de fer, tels que le Wipla, sont plus délicats à manier, ils perdent facilement leur élasticité et leur inoxydabilité lorsque les manipulations n'ont pas été correctement faites.

Reckniger étudie la structure des alliages après soudure électrique et trouve de la formation de carbure vers 700° avec une dilatation des cristaux vers 500° qui disparaît par la suite ; aux environs de 700°-800°, la perte en acide sulfurique et chlorhydrique est la plus importante et la rigidité, la tenacité et la malléabilité de ces alliages se trouvent diminuées. La soudure de ces alliages doit être faite très rapidement afin de les exposer le moins longtemps à la chaleur. Ces alliages se soudent avec de la soudure d'or, d'argent, d'or blanc, de palladium ou d'acier. Leuser préconise la soudure d'acier 77 de Degussa particulièrement résistante à la corrosion. Outre la soudure électrique, il y a la soudure au gaz d'éclairage et à l'oxygène, la soudure orthodontique selon Korkhaus et la soudure dans les fours à hydrogène. Zehr pratique la soudure dans les gaz de protection afin d'éviter l'oxydation et le dépôt de carbone ; l'inconvénient de cette méthode réside dans le coût du matériel.

Ces alliages inoxydables sont utilisés pour des prothèses supérieures, elles sont légères et de bonne conductibilité thermique ; on en fait aussi des crochets, mais ceux-ci n'ont pas une élasticité idéale et souvent ils sont soudés avec de la soudure altérable, d'où ils se cassent et se désolent trop fréquemment.

L'alliage Vitallium V 180, moins dur que les alliages précédents se prête bien à la confection des prothèses inamovibles. Pour lutter contre la contraction de ces alliages au cours des coulées on utilise un revêtement spécial (Pontica, etc. etc...), ou encore l'on enduit le modèle de vernis. Imbusch, Georgieff proposent la méthode de l'anneau de cadmium pour les coulées des couronnes ou des bridges, mais il y a ensuite de grosses difficultés pour chasser le cadmium du moufle. Gerlach préconise l'introduction d'étain et d'argent dans ces alliages afin d'améliorer leurs propriétés mécaniques (Métal Deufa).

2° *Aluminium.* — Au contact d'autres métaux dans la bouche, l'aluminium subit des corrosions et des courants électriques se produisent ainsi que parfois des phénomènes toxiques. L'aluminium a la qualité d'être de bonne conductibilité, d'être malléable et non irritant, il sert surtout à faire des plaques bases pour les prothèses totales.

Les alliages d'aluminium servent à faire des couronnes coulées et des petits bridges ; pour résister à la corrosion, ils doivent être totalement dépourvus de cuivre.

3° *Nouveaux alliages d'argent.* — Selon Schoenbeck, ces alliages d'argent récemment utilisés sont encore peu étudiés ; ils ne résistent à la corrosion que s'ils contiennent

nent 70 % d'argent. Outre l'argent, ils contiennent de l'aluminium, de l'étain, du zinc et du cadmium. Schoenbeck conseille d'aurifier l'argent afin d'empêcher son oxydation. Le point de fusion de ces alliages d'argent est vers 800° ; celui de la soudure ne doit pas dépasser 600°.

4° *Substances synthétiques.* — Les matières plastiques remplaçant la vulcanite sont pour la plupart tirées de la série des Vinyls. Parmi les dérivés du chlorure de Vinyl, dénommés Izelit, Mipolam, Decelith, figurent le Néohécolith, l'Hekodent, le Rockodentalcolloïde ; parmi les dérivés acryliques figurent le Paladon, le Palapont, le Gingivist, l'Héliodon. Ruger utilise un produit cellulosique : le Coralix, substance qui s'allie bien au métal. Les qualités physiques : dureté, élasticité, souplesse sont presque semblables pour toutes ces substances. Strack a étudié l'effet biologique de ces matières et a vu que les vagotoniques supportent mieux les produits synthétiques que le caoutchouc, alors que les Sympathicotoniques supportent mieux le caoutchouc.

Ces substances se présentent presque toutes sous formes de poudres comprimables ; cependant, le Paladon se présente sous forme de liquide et de poudre. Le Paladon est particulièrement facile à travailler et sa polymérisation demande au plus une demi-heure de cuisson et pour la pression il suffit de prendre du plâtre blanc. La maison Hinrichsen fabrique un plâtre spécial K. 40 pour le Paladon qui se ramollit après une demi-heure de cuisson, ce qui facilite le démoulage. Le Paladon se prête aux réparations, tout en perdant légèrement ses qualités de solidité, élasticité, adhésion. Ces matières plastiques doivent être traitées par la pression à chaleur sèche ; cependant, le Paladon et le Palapont supportent la pression sous eau.

L'utilisation des feuilles de zinc sur les modèles augmentent l'adhérence des plaques bases et selon les matières employées dans l'ordre suivant : gingivist, paladon, vulcanite, acier, néohécolith. On peut faire des dents avec ces substances synthétiques mais elles ont le désavantage de s'user assez vite.

Afin d'éviter au descellement fréquent des couronnes et bridges en matières synthétiques, Kirsten applique sur le modèle des moignons des folioles de zinc de 0,03 millimètres, ce qui donne ensuite un plus grand espace pour le ciment ; ce procédé est inutilisable lorsque les moignons ne sont pas dévitalisés ou qu'il y a peu de place.

Schoenbeck et Selbach se servent d'une armature métallique pour les bridges synthétiques qui ont plus de trois membres ; la solidité de ces bridges, en Palapont par exemple, est nettement augmentée. L'ancrage de ces bridges doit se faire en métal noble et l'armature en alliages d'argent. P.V.

AVIS TRÈS IMPORTANT

En raison des gros sacrifices que les circonstances présentes imposent à notre journal, autorisé sans publicité et privé ainsi de sa principale ressource, le Comité de Rédaction de *L'Odontologie* serait reconnaissant à tous les membres du Groupement de l'Ecole Dentaire de Paris et de l'Association Générale des Dentistes de France d'une part, et aux Abonnés d'autre part, de vouloir bien faire parvenir aussi rapidement que possible à la Trésorerie le montant de leur cotisation ou de leur abonnement pour 1944, soit : 100 francs.

Les envois peuvent être faits soit par chèque bancaire, soit par mandat-poste ou virement au compte de chèques postaux : *Ecole Dentaire de Paris*, N° 307 72.

Nota. — Nous prions instamment les Membres du Groupement qui restent débiteurs de plusieurs cotisations de faire un effort et de se mettre en règle avec la Trésorerie. — Nous les remercions par avance.

Index Alphabétique des Matières

pour l'Année 1943 ⁽¹⁾

- A**
- A. G. D. F.** (Voir Table méthodique).
Accidents de dents de sagesse, p. 151.
Alliage ternaire quelconque or, argent, platine (Etude succincte chimique et mécanique d'un), p. 56.
- C**
- Cancers** du sinus maxillaire (Diagnostic et traitement des), p. 66.
Certificat de soins dentaires obligatoire (La création du), p. 85.
Chirurgie maxillo-faciale (Rôle du chirurgien-dentiste dans la), p. 34.
Contribution à la Terminologie et à la Classification des Dymorphoses facio-maxillo-dentaires, p. 130.
- D**
- Darmous**, Fluorose dentaire (Un cas de), p. 25.
Dents. Incisives centrales supérieures (Les retards d'éruption des), p. 82.
 — Dent de sagesse (Accidents de), p. 151.
Diagnostic et traitement des cancers du sinus maxillaire, p. 66.
 — des Dymorphoses maxillo-faciales sur le plan de la médecine sociale (Le), p. 82.
Dymorphoses facio-maxillo-dentaires, p. 130.
 — — — (Tableau Synoptique des), p. 134.
 — maxillo-faciales, p. 82.
Dystrophies dentaires (A propos de), p. 137.
- E**
- Ecole Dentaire de Paris** (Voir Table méthodique).
Epulis au point de vue histo-biologique (L'), p. 18.
Etude succincte chimique et mécanique d'un alliage ternaire quelconque or, argent, platine, p. 56.
- F**
- Fiches bibliographiques**, pp. 16, 112, 128, 144.
- H**
- Hygiène** (Comité National d'Hygiène Dentaire), pp. 13, 94, 157, 171.
- I**
- Interprétation** des accidents connus sous le nom de syphilis du bourgeon incisif, p. 74.
- J**
- Journées Dentaires de Paris**, pp. 160, 172.
Journées scientifiques d'Orthopédie dento-faciale, pp. 63, 90.
Journaux (nouveaux), p. 109.
Jurisprudence, p. 126.
- M**
- Marriages**, pp. 15, 32, 48, 80, 111, 127, 144, 160, 176.
Mélanges de revêtement et la fonderie des métaux ferreux (Les), p. 162.
- N**
- Naissances**, pp. 15, 32, 64, 80, 96, 111, 127, 144, 176.
Nécrologie (Voir Table méthodique).
Nomination, p. 96.
Nouvelles (Voir Table méthodique).
- O**
- Orthopédie** dento-faciale précoce (Au sujet de l'), p. 2.
 — (Cas d'interventions tardives d'), p. 178.
 — (Statistiques de la consultation de l'E. D. P.), p. 103.
- P**
- Prognathisme** supérieur (Traitement chirurgical d'un), p. 98.
Prophylaxie en Orthopédie dento-faciale (Rôle de la profession dentaire dans la), p. 114.
- R**
- Rapports anatomiques** du canal dentaire et des dents du maxillaire inférieur avec la pathologie bucco-dentaire (Les), p. 50.
Retards d'éruption des incisives centrales supérieures (Les), p. 83.
Revue des Livres et des Revues (Voir Table méthodique).
Rôle du chirurgien-dentiste dans la chirurgie maxillo-faciale (Le), p. 34.

(1) Les chiffres gras indiquent la pagination des travaux originaux.

Rôle de la profession dentaire dans la prophylaxie en Orthopédie dento-faciale (Le), p. 114.

S

Sarcome du maxillaire supérieur en ayant imposé au début pour une péri-coronarite banale, p. 146.

Section Dentaire du Conseil Supérieur de l'Ordre National des Médecins (Voir Table méthodique).

Section Dentaire du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Seine (Voir Table méthodique).

Sinus maxillaire (Diagnostic et traitement des cancers du), p. 66.

Société d'Odontologie de Paris (Voir Table méthodique).

Société Odontologique de France (Voir Table méthodique).

Société Stomatologique de Paris (Voir Table méthodique).

Soins dentaires obligatoires (La création du certificat de), p. 85.

Sports (Groupe Sportif de l'E. D. P.), (Voir Table méthodique).

Statistiques de la consultation d'Orthopédie dento-faciale à l'Ecole Dentaire de Paris (Ce que révèlent les), p. 103.

Syphilis du bourgeon incisif (Interprétation des accidents connus sous le nom de), p. 74.

T

Terminologie et classification des Dysmorphoses facio - maxillo - dentaires (Contribution à la), p. 130.

Traitement chirurgical d'un prognathisme supérieur, p. 98.

Table Méthodique des Matières pour l'Année 1943 (I)

A. G. D. F.

COMMUNIQUÉ, p. 32.

DÉFENSE professionnelle, pp. 106, 122, 143, 155, 167.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS.

CONCOURS, p. 96.

Cours de Perfectionnement d'Orthopédie dento-faciale, pp. 159, 175.

ENSEIGNEMENT technique. (Cours théorique pour les apprentis et jeunes mécaniciens en prothèse dentaire), p. 175.

ASSEMBLÉE générale, p. 175.

HYGIÈNE.

COMITÉ National d'Hygiène Dentaire, pp. 13, 94, 157, 171.

NÉCROLOGIE.

GOIA (Amedeo), p. 63.

HOUDIE (Julien), p. 64.

LOGAN (W. H. G.), p. 173.

TOULOUSE (G. A.), p. 174.

DIVERS, pp. 15, 32, 80, 111, 127, 160, 174, 192.

NOUVELLES.

ALLOCATIONS familiales, p. 64.

ERRATUM, p. 111.

MARIAGES, pp. 15, 32, 48, 80, 111, 127, 144, 160, 176, 192.

NAISSANCES, pp. 15, 32, 64, 80, 96, 111, 127, 144, 176, 192.

NOMINATION, p. 96.

SPORTS à l'E. D. P., pp. 15, 48, 64, 80, 96, 160.

SOCIÉTÉ de l'Ecole et du Dispensaire Dentaires de Lyon, p. 48.

SOCIÉTÉ Odonto-Stomatologique du Rhône, p. 176.

REVUE DES LIVRES ET DES REVUES.

ANGINE bismuthique (L'), p. 29.

ASPERGILLOSE cervicale d'origine dentaire, p. 10.

AUXILIAIRES médicaux, p. 171.

APPUIS craniens dans les traumatismes de l'étage moyen de la face (de l'emploi des), p. 9.

CARIE dentaire chez les enfants est un fléau social (La), p. 29.

CONNAISSANCES actuelles sur la Vitamine PP et l'avitaminose nicotinique, p. 89.

CONTRIBUTION à l'étude d'une thérapeutique analgésique et tonique : l'acétylsalicylate de noréphedrine, p. 154.

CONTRIBUTION au traitement de la stomatite aphteuse chronique grave, p. 89.

CORPS médical devant la médecine sociale (Le), p. 43.

DENT jaune cadmique (La). — A propos de l'intoxication chronique professionnelle par le cadmium, p. 59.

(I) Les chiffres gras indiquent la pagination des travaux originaux.

DIAGNOSTIC rapide en orthodontie, p. 76.
 FACTEURS de détermination des bases dans les prothèses squelettiques du maxillaire supérieur (Les), p. 169.
 FORMULAIRE thérapeutique odonto-stomatologique, p. 60.
 HYGIÈNE bucco-dentaire (L'), p. 8.
 HYGIÈNE du sommeil, p. 89.
 LÉSIONS du système dentaire sous l'action du Fluor, p. 10.
 MÉDICAMENT pour conserver la vitalité de la pulpe (Un), p. 60.
 MÉTABOLISME du calcium (Notions actuelles), p. 59.
 MODIFICATIONS calciques, troubles dentaires et gestation, p. 60.
 PYORRHEE, indice de bénignité dans le pronostic de la tuberculose pulmonaire (La), p. 170.
 RECONSTITUTION de la lèvre inférieure et de la région mentonnière, p. 170.
 REVUE d'ensemble des matières premières utilisées en prothèse dentaire, p. 186.
 SALIOGRAPHIE (La), p. 89.
 SIGNES et traitement de l'ostéomyélite du maxillaire supérieur chez le nourrisson, p. 76.
 TABAC et la bouche (Le), p. 60.
 VITAMINES et carences alimentaires, p. 154.

RÉUNIONS ET CONGRÈS.

CONGRÈS National Dentaire Suisse, p. 12.
 JOURNÉES Dentaires de Paris, pp. 111, 160, 172.
 JOURNÉES Scientifiques d'Orthopédie dento-faciale, pp. 63, 90.

SECTION DENTAIRE DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS.

COMMUNIQUÉS :

APPLICATION du décret du 20 mai 1940 (Protection des mobilisés, prisonniers, sinistrés), p. 14.
 CARTE de priorité de produits pharmaceutiques contingentés pour l'année 1943, pp. 45 et 62.
 COMPOSITION de Conseils régionaux de l'Ordre des Médecins pour les affaires concernant les chirurgiens-dentistes, p. 159.
 EXPOSÉ et solution d'un incident à la Section Dentaire du Conseil Supérieur, p. 45.
 LETTRE du Dr Hulin aux Secrétaires généraux, trésoriers et membres des sections dentaires des Conseils départementaux, p. 30.
 OFFICE dentaire français de l'Assurance Sociale allemande (O.D.F.A.S.A.), p. 110.
 RELÈVE des Chirurgiens-Dentistes prisonniers, p. 79.

SECTION DENTAIRE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS DE LA SEINE.

COMMUNIQUÉS :

JURISPRUDENCE (Insertion légale), p. 126.
 NOUVELLE réglementation pour les métaux précieux, p. 32.
 VALIDITÉ des ordonnances, p. 13.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Société d'Odontologie de Paris.

Séance du 15 décembre 1942, p. 11.
 — du 5 janvier 1943, p. 11.
 — du 2 février 1943, p. 40.
 — du 2 mars 1943, p. 61.
 — du 6 avril 1943, p. 77.
 — des 4, 5 et 6 mai 1943, p. 90.
 — du 1^{er} juin 1943, p. 109.
 — du 6 juillet 1943, p. 124.

Société Odontologique de France.

Séance du 22 décembre 1942, p. 41.
 — du 23 février 1943, p. 61.
 — du 23 mars 1943, p. 77.
 — du 25 mai 1943, p. 124.
 — du 26 juin 1943, p. 172.

Société de Stomatologie de Paris.

Séance du 19 janvier 1943, p. 42.
 — du 16 février 1943, p. 78.

TRAVAUX ORIGINAUX.

ACCIDENTS de dent de sagesse, p. 151.
 A PROPOS de Dystrophies dentaires, p. 137.
 AU SUJET de l'Orthopédie dento-faciale précoce, p. 2.
 CAS de Darmous, fluorose dentaire (Un), p. 25.
 CAS d'interventions tardives d'Orthopédie dento-faciale, p. 178.
 CE QUE révèlent les Statistiques de la consultation d'Orthopédie dento-faciale à l'Ecole Dentaire de Paris, p. 103.
 CONTRIBUTION à la terminologie et à la classification des Dymorphoses facio-maxillo-dentaires, p. 130.
 CRÉATION du certificat de soins dentaires obligatoire (La), p. 85.
 DIAGNOSTIC et traitement des cancers du sinus maxillaire, p. 66.
 DIAGNOSTIC des Dymorphoses maxillo-faciales sur le plan de la Médecine sociale, p. 82.
 EPULIS au point de vue histo-biologique (L'), p. 18.

- ETUDE succincte physique, chimique et mécanique d'un alliage ternaire quelconque or, argent, platine, p. **56**.
 INTERPRÉTATION des accidents connus sous le nom de syphilis du bourgeois incisif, p. **74**.
 MÉLANGES de revêtement et la fonderie des métaux ferreux (Les), p. **162**.
 RAPPORTS anatomiques du canal dentaire et des dents du maxillaire inférieur avec la pathologie bucco-dentaire (Des), p. **50**.
 RETARDS d'éruption des incisives centrales supérieures (Les), p. **83**.
 RÔLE du chirurgien-dentiste dans la chirurgie maxillo-faciale (le), p. **34**.
 RÔLE de la profession dentaire dans la prophylaxie en orthopédie dento-faciale (Le), p. **114**.
 SARCOME du maxillaire supérieur en ayant imposé au début pour une périoronarite banale, p. **146**.
 TRAITEMENT chirurgical d'un prognathisme supérieur p. **98**.

Noms d'Auteurs ⁽¹⁾

- | | |
|---------------------------------------|---|
| AUDY (Philippe), pp. 122, 143. | GABRIEL (R.), p. 137. |
| BARTHÉLÉMY DE MAUPASSANT (P.), p. 98. | LEMAITRE (Prof.), p. 34. |
| BEAUREGARDT (A.), p. 130. | LISKENNE (P.), p. 103. |
| BENNEJEANT (Dr Ch.), pp. 151, 162. | LOISIER (P.), pp. 43, 167, 169, 170, 184. |
| BERTRAND (Dr Ivan), p. 18. | MARREL (P.), p. 56. |
| BESOMBES (A.), p. 60, 114. | MONET (L.), p. 27. |
| BROCHÈRE (F.), p. 2. | QUINTERO (Dr James), p. 83. |
| CHIGOT (Dr), p. 66. | REGIS (M ^{me}), p. 25. |
| DELIBÉROS (Dr J.), p. 146. | SÉNÉCAL (M.), p. 155. |
| DE NÈVREZÉ (Dr B.), p. 85. | SOLAS (Dr L.), p. 106. |
| DUBECQ (Prof.), pp. 74, 82. | VANEL (Dr P.), pp. 8, 9, 10, 29, 59, 60, 76, 77, 89, 170, 171, 186. |
| DUBOIS-PRÉVOST (R.), p. 50. | VILLAIN (Henri), p. 178. |

(1) Les chiffres gras indiquent la pagination des travaux originaux.

NOUVELLES

CENTRE DES TRAVAILLEURS INTELLECTUELS (C. T. I.)

La Section Centrale du C. T. I. a tenu sa réunion mensuelle le jeudi 2 décembre 1943.

Au cours de cette réunion, les questions très intéressantes de l'équipement intellectuel de la France, du développement de la culture générale, de l'organisation des professions intellectuelles ont été étudiées et discutées.

Des conférences mensuelles vont être organisées en Sorbonne.

Mariage. — M. Georges Blondeau, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, et Madame, nous ont fait part du mariage de leur fils Marcel avec Mlle Ginette Bernier, le 16 novembre 1943.

Nos félicitations et vœux de bonheur.

Naissances. — M. Raymond Lauret, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, et Madame, nous ont annoncé la naissance de leur fils Jacques, le 2 novembre 1943.

M. Suder, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, et Madame, nous ont fait part de la naissance de leur fils Philippe, le 6 novembre 1943.

Le Dr et Mme Umdenstock-Vieu, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, nous ont annoncé la naissance de leurs filles Marguerite et Catherine, nées le 16 novembre 1943.

M. Jacques Durrieu, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, et Madame, nous ont fait part de la naissance de leur fille Gisèle, le 17 novembre 1943.

M. et Mme H. Bariod, chirurgiens-dentistes, membres de notre Groupement, nous ont fait part de la naissance de leur fille Françoise, le 7 décembre 1943.

M. et Mme Maurice Joullé, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, nous ont fait part de la naissance de leur fils Louis.

M. et Mme Foulatier, chirurgiens-dentistes, membres de notre Groupement, nous ont fait part de la naissance de leur fille Françoise, le 23 décembre 1943.

Nos sincères félicitations.

Nécrologie. — M. André Boulard, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, vient d'être éprouvé par la mort de sa sœur, Mme Eugénie Bertea, décédée le 9 novembre 1943.

Mlle Deschamps, chirurgien-dentiste, chef de clinique à l'Ecole Dentaire de Paris, a été éprouvée par la mort de son neveu, M. Paul Philippon, décédé le 15 décembre 1943, à l'âge de 26 ans.

M. René Viel, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, nous a fait part du décès de sa femme, née Rose Geoffroy.

Nos sincères condoléances.

L'Administrateur-Gérant : P. LOISIER. — Autorisation S. 149.

Soc. Réo. Imp. & Pub. (Gauthier Érudits)

L'ODONTOLOGIE

REVUE MENSUELLE

DIRIGÉE DE 1881 A 1896 PAR PAUL DUBOIS

DE 1896 A 1932 PAR CHARLES GODON

ET DE 1923 A 1940 PAR MAURICE ROY

Secrétaire de la Rédaction, Administrateur

Pierre LOISIER

Professeur sup. à l'Ecole Dentaire de Paris

Directeur et Rédacteur en Chef

A. AUDY

Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Présentation de la Fiche officielle d'Inspection Dentaire Scolaire, par A. Besombes..... 2

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

Société d'Odontologie de Paris. — Séance du 7 décembre 1943..... 9

Société Odontologique de France..... 10

XVII^e JOURNÉES DENTAIRE DE PARIS..... 11

COMITÉ NATIONAL D'HYGIÈNE DENTAIRE..... 12

NÉCROLOGIE..... 16

AVIS TRÈS IMPORTANT..... 16

ÉDITIONS DE LA SOCIÉTÉ RÉGIONALE D'IMPRIMERIE

MAURICE DORMANN, ÉDITEUR

RÉDACTION ET ADMINISTRATION : 45, rue de la Tour-d'Auvergne, PARIS (9^e)

Compte Chèques Postaux 277.93 Paris

Téléphone : Trudaine 74-86 et 74-87

Abonnements : France.. 100 fr. par an. — Le numéro : 12 francs.

Etranger 130 fr. par an. Le numéro : 16 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

PRÉSENTATION DE LA FICHE OFFICIELLE D'INSPECTION DENTAIRE SCOLAIRE

Par A. BESOMBES,

Secrétaire Général Technique du Comité National d'Hygiène Dentaire

616.314 084.3 : 37

Vous avez entre les mains un exemplaire de la *Fiche officielle d'Inspection dentaire scolaire*, dont l'emploi va être généralisé dans tous les services réguliers d'Inspection Dentaire Scolaire, et de la « *Note à l'usage de MM. les Dentistes-Inspecteurs Scolaires* ».

Il importe au préalable, que vous sachiez bien tous, quoique pour la plupart vous lui apparteniez, que le Comité National d'Hygiène Dentaire sous la magnifique impulsion de son Président, notre collègue *Loisier*, et grâce à l'animateur incomparable qu'est son Secrétaire Général Administratif, *M. le Préfet Léon*, a reçu officiellement la mission de répandre la notion de la nécessité de l'hygiène et des soins bucco-dentaires. Cette consécration officielle constitue, pour les pionniers (et ils sont légion dans notre profession) le plus précieux des encouragements.

Mais encore est-il nécessaire que les résultats obtenus répondent aux efforts poursuivis. Pour cela, il faut que le travail soit *organisé* et que les *résultats des dépistages*, comme ceux des *soins consécutifs* soient aisément mis en lumière. Une *systématisation* était donc indispensable, qui visait à recueillir les renseignements de l'examen clinique, à en permettre le classement en les ordonnant dans une succession déterminée, à constater les *besoins en soins* et les traitements consécutifs.

Ce judicieux ordonnancement permettra, seul, d'extraire de ces renseignements différents ceux qui apparaîtront nécessaires. D'où la possibilité d'établissement de statistiques concernant :

L'état pathologique : % des caries, % des dysmorphoses : besoins en soins.

L'activité thérapeutique, nombre de dents soignées, nombre de traitements orthodontiques entrepris : rendement thérapeutique.

La pratique de l'hygiène bucco-dentaire.

De cette confrontation pourront être tirées d'utiles constatations relatives à l'amélioration ou l'aggravation de l'état bucco-dentaire, selon la prédominance de certains facteurs : causes générales, locales ; facteurs prédisposants, facteurs déterminants, etc...

La fiche que nous vous présentons a été établie dans le but de répondre à toutes ces conditions.

Ministères de la Santé Publique et de l'Éducation Nationale

COMITÉ NATIONAL D'HYGIÈNE DENTAIRE

COMITÉ DÉPARTEMENTAL DE

Commune de

ÉCOLE

Filles.

Garçons.

NOM :

Prénom :

Né le à ()

Adresse :

INSPECTION DENTAIRE SCOLAIRE

FICHE DENTAIRE

L'état physio-pathologique dentaire est donné par :

1° L'Indice de Morbidité : $\frac{C + A \times 100}{N} =$

2° L'Indice thérapeutique : $\frac{O \times 100}{N} =$

C = Nb. de dents Cariées; A = dents Absentes;
O = dents Obturées.Nombre normal de dents N { Avant 6 ans . . . N = 20 dents.
De 6 à 12 ans . . . N = 24 dents.
Au-dessus de 12 ans . N = 28 dents.

Ville Dentaire de Dentiste Inspecteur M Classe : Age : N =

8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
v IV III II I	I II III IV v
v IV III II I	I II III IV v

8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
-------------------------------	-------------------------------

Nb. de dents Cariées • C =
Absentes / A =
Obturées o O =

Orthopédie Dento-Faciale

S ± T ± V ±
S ± T ± V ±
Sagittal Transversal Vertical

Indice de Morbidité : $\frac{(C + A) \times 100}{N} =$

Indice Thérapeutique : $\frac{O \times 100}{N} =$

Hygiène Bucco-Dentaire : Bonne, Passable, Nulle.

Orthopédie dento-faciale : { Nécessaire.

Traitement orthodontique { En cours.

Signes particuliers :

Cette fiche, établie en carton souple comporte en tout, recto-verso, 8 cases semblables, de façon à pouvoir suivre l'enfant durant ses huit années scolaires.

La nécessité de cette *uniformisation* ne semble pas devoir être plus longuement défendue. Il est bien évident que si le nombre des renseignements demandés a été volontairement restreint, il pourra être augmenté par la suite, suivant les nécessités.

Il nous semble que nous ne pourrions mieux faire que de suivre, avec vous, l'exposé réalisé par la « Note à l'usage de MM. les Dentistes Inspecteurs Scolaires ».

NOTE à l'usage de MM. les Dentistes Inspecteurs Scolaires concernant la présentation et l'utilisation de la Fiche d'Inspection Dentaire Scolaire.

Mon cher Confrère,

La fiche d'inspection dentaire scolaire que nous vous demandons d'utiliser au cours des visites que vous pratiquerez n'aura peut-être pas l'avantage immédiat de vous plaire. D'une rédaction un peu particulière, elle contrariera sans doute quelques-unes de vos habitudes. Nous souhaitons qu'elle ne motive pas votre hostilité. Permettez-nous donc de vous exposer quelques-unes des raisons qui ont déterminé nos décisions.

I. — EN HAUT, à gauche. — Rien de particulier. L'énoncé des Ministères sous le contrôle desquels l'inspection dentaire scolaire est organisée et réalisée a pour but de renforcer dans l'esprit du public médical et pédagogique le caractère officiel de cette inspection. Le C.N.H.D. s'y rappelle à votre souvenir ainsi que le Comité de votre département. De l'un et de l'autre, vous êtes le représentant, de l'activité et du dévouement duquel nous sommes sûrs.

II. — EN HAUT, à droite. — Vous remarquerez qu'un espace suffisant est réservé pour les adresses successives de l'enfant. Il est souhaitable, en effet, que la fiche suive, avec le carnet médical, l'enfant au cours de ses mutations scolaires et résidentielles, afin que ne soit pas perdu le bénéfice des précédentes inspections.

III. — AU-DESSOUS, à droite. — Peut-être serez-vous étonné de constater l'aspect mathématique donné à « l'état physio-pathologique dentaire » qui ressort du calcul de deux indices :

- un indice de morbidité, ou pathologique ;
- un indice thérapeutique.

1^o INDICE DE MORBIDITÉ. — Il vous permet, même si vous n'effectuez pas la multiplication par 100 et la division par le chiffre N (nombre normal de dents du sujet d'après son âge) de condenser en une formule simple :

- le nombre des dents cariées ;
- le nombre des dents absentes,

dont la comparaison est aisée d'une visite à l'autre.

On fera remarquer que les dents absentes comprennent :

- les dents extraites ;
- les dents manquantes (retard d'éruption ou agénésies),

ce qui soulève une double objection.

Si l'extraction d'une ou plusieurs dents amène une déficience fonctionnelle permanente (diminution du coefficient masticatoire) et doit, par conséquent, figurer dans l'indice de morbidité, elle constitue parfois la seule thérapeutique possible et marque un progrès. (Suppression d'un foyer septique.) A ce titre, elle devrait figurer dans l'indice thérapeutique.

D'autre part, il est peut-être abusif d'assimiler une dent manquante par trouble chronologique d'éruption à une dent définitivement perdue.

Nous nous sommes fait ces objections et nous avons envisagé de discriminer les dents extraites « E » et les dents manquantes « M » ; cela compliquait la formule et, d'autre part, les retards d'éruption constituent indéniablement un symptôme pathologique qu'il est bon de souligner. C'est ainsi qu'un enfant de 8 ans qui n'a pas ses dents de 6 ans voit son indice de morbidité s'améliorer par l'éruption de celles-ci dans l'intervalle entre deux visites consécutives.

2^o INDICE THÉRAPEUTIQUE. — Le simple rapport du nombre de dents obturées au nombre normal de dents constitue le test de l'activité professionnelle et permettra de suivre le résultat du dépistage systématique et de la propagande d'hygiène bucco-dentaire.

Nous aurions aimé, bien évidemment, condenser en une seule formule les différents éléments, mais il semble bien plus rationnel de dissocier les facteurs pathologiques des résultats thérapeutiques.

Répétons que vous n'êtes pas dans l'obligation de pâlir, durant des nuits, sur le calcul des indices. La simple confrontation des chiffres est suffisamment éloquente pour suivre l'amélioration ou l'aggravation. Mais les besoins de la statistique réclament la constitution d'indices, dont l'usage est, par ailleurs, courant, en anthropologie par exemple.

IV. — CASE D'EXAMEN DENTAIRE PÉRIODIQUE. — A. — Nous avons indiqué : « visite dentaire du..... » afin de ne pas hypothéquer l'avenir en ne mentionnant pas : visite « annuelle » ou « trimestrielle ». Lors de la période de démarrage, les visites

seront faites au rythme qu'il sera possible d'adopter ; vraisemblablement annuellement. L'indication des dates des visites consécutives paraît amplement suffisante.

Nous avons cru devoir mentionner le nom du Praticien. Rappelons qu'il ne saurait en être fait un « usage externe », la fiche devant rester à l'école. Mais il apparaît que, si chacun doit faire honneur à sa signature professionnelle, encore faut-il que cette signature figure. Nous avons assez la notion de notre responsabilité professionnelle pour ne pas craindre de l'engager.

La notation de la classe, puis de l'âge, côte-à-côte, paraît devoir être utile. De leur confrontation, vous tirerez fréquemment de précieuses indications concernant l'âge « civil » et l'âge « physiologique » du sujet (passé pathologique, aptitude intellectuelle).

B. — Demi-case de gauche : Le schéma dentaire n'offre rien de particulier. Nous avons adopté le schéma chiffré développé, de préférence au schéma figuré (ou dessiné) pour obtenir, sous une forme plus réduite, une lisibilité équivalente. Les chiffres indiquant les dents sont suffisamment grands pour être recouverts d'un des signes indiqués au-dessous :

Les dents cariées par un gros point ● dont le total constitue le nombre C.
 Les dents absentes par un trait en travers . . . | dont le total constitue le nombre A.
 Les dents obturées par un cercle ○ dont le total constitue le nombre O.

Remarquez que nous disons : « les dents cariées » et non le nombre de caries et cela dans un but de simplification. Vous bornez votre activité à signaler que telle ou telle dent est atteinte par la carie. Mais nous avons pensé que vous n'avez pas à en préciser le siège, le nombre par dent, ni le degré, cela eût compliqué, sans profit certain, votre tâche ; vous ne serez sans doute pas outillé pour procéder à l'établissement d'un diagnostic fouillé et, le pourriez-vous, que les manœuvres d'exploration risqueraient de réveiller quelque odontalgie latente...

Répétons que le Dentiste inspecteur scolaire n'a pas à faire le diagnostic de la carie mais simplement l'examen de la denture.

Après votre visite, l'assistante scolaire aura tout le temps d'additionner les résultats obtenus par votre dépistage et d'inscrire les totaux au regard des lettres C, A, O. Ces totaux seront reportés sur la « Fiche récapitulative », par classe, école, ville, Comité départemental.

Nous avons adopté une notation qui peut aisément s'énoncer parce que nous estimons que vous n'avez pas à noter, vous-même, les renseignements que vous tirez de votre examen clinique. Celui-ci vous absorbe suffisamment. En dictant vos constatations, vous ne perdez pas de temps et n'avez pas à poser, à chaque instant, le miroir pour prendre le crayon ou le porte-plume, etc...

Au-dessus du schéma dentaire, à droite, la case « orthopédie dento-faciale » comporte trois fractions. Elles indiquent les trois sens de l'espace dans lesquels il est classique de noter les malformations et malpositions dento-maxillo-faciales.

S	indique, pour le maxillaire	Supérieur, le sens	Sagital ou antéro-postérieur.
s	—	inférieur, —	sagital —
T	—	Supérieur, —	Transversal ou frontal.
t	—	inférieur, —	transversal —
V	—	Supérieur, —	Vertical.
v	—	inférieur, —	vertical.

La signification des lettres vous est rappelée au-dessous de chacune des fractions. A chacune de ces lettres, nous avons adjoint les chiffres + ou — qui vous permettront, si vous le jugez utile, de discriminer :

— les lésions par excès de développement ou les déplacements en dehors de la courbe normale de l'arcade indiqués par le signe +
 — des lésions par insuffisance de développement ou les déplacements en dedans de la courbe normale de l'arcade sont indiqués par le signe —

Mais c'est là, me direz-vous, faire ce diagnostic que vous jugez inutile en ce qui concerne la carie dentaire ! Comment voudriez-vous faire autrement ? S'il suffira, le plus souvent, d'indiquer qu'un traitement orthodontique est nécessaire, vous savez très bien la satisfaction que vous éprouverez à préciser vos recherches. Ne fût-ce que pour l'endognathie (ou atresie) que vous jugerez bon de souligner chez un enfant « sinistré du rhinopharynx » dont vous apprendrez qu'il dort la bouche ouverte, a déjà subi l'adénoïdectomie, voire l'amygdalectomie, est constamment enrhumé et ne peut être amélioré que par l'expansion maxillaire transversale qui, seule, par abaissement de la voûte palatine, augmentera le volume des fosses nasales et permettra le redressement d'une cloison déviée.

L'obligation d'établir un diagnostic en vue du préavis à adresser aux Caisses d'assurances sociales nous a, d'ailleurs, tous familiarisés avec ces notations.

A titre d'exemple, les déformations observées chez le classique « suceur de pouce » et que vous écrivez :

$$\frac{\text{Prognathie alvéolaire supérieure}}{\text{Rétroposition mandibulaire}} + \frac{\text{Endognathie}}{\text{Endognathie}} + \frac{\text{Intra position incisive}}{\text{Supra position incisive}}$$

vous pouvez les énoncer :

$$\frac{S+}{s-} + \frac{T-}{t-} + \frac{V-}{v+}$$

L'assistante sociale, ou la personne qui vous aidera, repassera, à la plume ou au crayon, les lettres et signes, sans aucune possibilité d'erreur.

L'absence d'indications manuscrites sous-entend un ensemble eurythmique, eumorphique ou, si vous préférez, normal.

C. — Demi-case de droite : 1° Vous y voyez inscrit tout d'abord l'indice de morbidité. Chacun des facteurs de cet indice est imprimé en traits fins afin d'éviter toute erreur ou intervention dans les chiffres notés.

2° Ensuite l'indice thérapeutique.

En effet, si l'on admet, dans l'établissement de l'indice de morbidité, qu'une dent correctement obturée a recouvré son intégrité fonctionnelle, il est utile, néanmoins, que le nombre des dents obturées soit connu et cela parce que :

- un enfant qui présente de nombreuses obturations est, bien que soigné, un sujet à mauvaise denture. La mauvaise qualité du matériel dentaire incitera à plus de minutie encore dans l'examen (antécédents personnels.)
- il est nécessaire que les statisticiens puissent comparer, à plusieurs années d'intervalle, le nombre des dents cariées à celui des dents obturées. Il faut souhaiter que cette comparaison soit tout à l'honneur de la profession... et de la compréhension des familles ! L'augmentation du nombre des dents obturées jointe à la diminution des dents cariées sera le test le plus certain de l'effort entrepris pour la propagation des soins dentaires (par l'inspection dentaire scolaire et la propagande d'éducation sanitaire).

3° L'observance de l'hygiène bucco-dentaire doit aussi être notée. Comme vous énoncez à l'assistante scolaire un des termes imprimés, le fait d'annoncer hygiène « bonne » constitue un compliment, sinon un encouragement alors que « nulle » constitue un blâme. L'affirmation publique d'une négligence, d'une saleté même, à laquelle l'enfant ne restera pas insensible.

4° Si vous avez conclu à l'utilité d'un traitement orthodontique, c'est-à-dire si vous avez constaté des dysmorphoses ou des malpositions, vous le ferez noter par l'assistante scolaire. Ainsi, l'année suivante, vous verrez si le traitement conseillé a été entrepris. De cette notation soigneuse la statistique tirera de précieux enseignements :

- le % d'enfants justiciables d'un traitement orthodontique sera établi ;
- l'âge auquel cette nécessité est apparue ;
- enfin le % d'enfants qui auront entrepris ce traitement.

Ces indications seront de plus d'intérêt encore si l'établissement, que nous avons préconisé, d'un tarif de responsabilité qui sera d'autant plus dégressif que le traitement a été retardé est adopté par les caisses d'Assurances sociales, comme il est permis de l'espérer.

5° Trois lignes vous permettent de faire noter quelques observations complémentaires et signes particuliers intéressant un des termes du triptyque :

état physio-pathologique de la denture,
hygiène bucco-dentaire,
eumorphie

qui vous paraîtrait digne d'intérêt : telles les agénésies, dystrophies, dents surnuméraires, etc..., la présence de tartre ou d'enduits, le caractère des dysmorphoses ou malpositions que vous croyez devoir préciser : prognathie mandibulaire vraie, proglissement mandibulaire, habitudes fâcheuses, etc...

Il n'est pas douteux que l'ensemble constitué par ces fiches soit susceptible d'amélioration.

La Commission d'Education du C.N.H.D. composée de spécialistes avertis venus des divers points de l'horizon professionnel, a étudié minutieusement les avantages et les inconvénients de chacun des détails de cette fiche, qui s'efforce de réaliser l'analyse et la synthèse des phénomènes physio-patho-thérapeutiques. Elle n'a pas l'impression que son travail soit parfait quoique émanant d'« hommes de bonne volonté ». C'est vous dire que les suggestions, comme aussi les critiques, que vous voudrez bien nous adresser seront accueillies avec intérêt et soigneusement étudiées dans l'espoir de mieux faire. Quoi qu'il en soit, la fiche que nous vous demandons d'utiliser, adaptée aux exigences matérielles des temps présents vous permettra d'apporter votre dévouée contribution à l'effort entrepris par tous. N'est-ce pas là l'essentiel ?

Le Secrétaire général technique : A. Besombes.

Bien que simple en apparence, le problème de l'établissement d'une telle fiche est donc des plus complexes.

La Commission d'Education du C. N. H. D. a dû faire un choix, qu'elle espère judicieux, entre les diverses solutions proposées par les nombreux confrères ayant une expérience déjà longue en la matière. C'est de ce dosage, de ce compromis, entre ces diverses fiches qu'est née la Fiche que je vous présente.

Aucun des termes du triptyque n'est négligé : carie dentaire, eumorphie, hygiène bucco-dentaire.

Les résultats des fiches individuelles sont aisément collationnés dans une *Fiche récapitulative d'Inspection Dentaire Scolaire* qui permet de rassembler les résultats obtenus aux divers échelons : classe, école ou groupe scolaire, ville, département, région, nation.

Nous nous excusons de ne pouvoir vous présenter, ce soir, cette Fiche récapitulative. L'excessive longueur des délais d'impression et de transport en est la cause. Mais cette fiche récapitulative ne présente rien de particulier quand on connaît bien le maniement de la fiche normale.

L'avenir nous permettra, sans doute, d'améliorer cette modeste contribution dont les usagers, nos confrères Dentistes Inspecteurs Scolaires, ne manqueront pas de nous signaler les inconvénients, comme les avantages.

Nous espérons que, malgré son excessive exigüité (les exigences des temps présents nous ont contraints à condenser en un très faible espace les résultats de l'Inspection Dentaire Scolaire durant les huit années de la scolarité obligatoire), cette Fiche permettra le démarrage de l'Inspection Dentaire Scolaire généralisée.

Nous ne nous étendrons pas sur les questions pratiques, professionnelles, qui surgissent à tout esprit quand on envisage l'instauration d'une Inspection Dentaire Scolaire obligatoire et généralisée. Plusieurs séances de notre Société n'y suffiraient point.

Quelques points principaux retiendront cependant, fort brièvement, notre attention :

— On a souvent débattu la question de savoir si le dépistage seul, c'est-à-dire non accompagné de soins obligatoires consécutifs, est réellement efficace. Bien que les avis soient partagés, la documentation recueillie à ce sujet prouve *qu'indiscutablement*, le dépistage systématique porte ses fruits surtout si, comme cela sera le cas, la visite dentaire scolaire est précédée ou suivie d'une *Conférence d'Hygiène bucco-dentaire*. Le pourcentage d'enfants ayant reçu des soins à la suite de la visite et de la conférence est des plus réconfortant. Bien mieux, quand l'enfant a été conquis à la pratique de l'hygiène bucco-dentaire, il se fait, spontanément, propagandiste au sein de sa famille.

— Il va sans dire que le dépistage pratiqué doit être minutieux. S'il s'agit d'établir un inventaire précis de l'état bucco-dentaire, il faut surtout déceler caries et dysmorphoses dès leur apparition ; ce qui implique la nécessité d'un examen fouillé.

— Il en est de même pour l'Hygiène rationnelle, intégrale, dont la technique devra être longuement expliquée au cours des conférences. Un brossage plus ou moins correct, effectué à n'importe quelle heure de la journée ne peut donner de résultats.

L'apparition de caries malgré cette « caricature » d'hygiène serait même de nature à causer, dans l'esprit du public, un tort considérable à la réalité de l'efficacité de l'hygiène bucco-dentaire. Or, si vous interrogez vos patients, petits et grands, 90 % se brossent les dents le matin, au réveil, avant le petit déjeuner ; ce qui fait qu'ils sont 15 minutes sur 24 heures avec des dents nettes.

— Il est regrettable nous a-t-on dit que tous les efforts entrepris semblent se concentrer sur l'âge scolaire et abandonner l'âge pré-scolaire. J'ai, à cette même tribune, l'an dernier, longuement insisté sur la nécessité d'appliquer le dépistage et la prophylaxie dès la constitution de la denture temporaire. Ayant, à plusieurs reprises préconisé l'organisation d'un système de prophylaxie très précoce, le C. N. H. D. ni moi-même ne saurions être tenus pour responsables de l'incompréhension manifestée par certains milieux intéressés qui ne veulent pas admettre le postulat suivant : « Aborder le problème à l'âge scolaire seulement c'est négliger délibérément la première et la seconde enfances qui constituent l'âge pré-scolaire, c'est continuer à ne s'intéresser qu'à des « générations sacrifiées ».

Espérons que dans un très prochain avenir, nous ferons triompher cette vérité première ; dans un pays réputé pour le bon sens de ses habitants, cela doit être possible ?

— Les vues théoriques ne sauraient faire oublier les problèmes pratiques. On s'est demandé quelles seraient les répercussions de ces examens périodiques obligatoires sur l'activité professionnelle.

Il est bien évident que l'organisation de la prophylaxie et des traitements précoces doit se faire avec le concours de la Profession tout entière. Si les praticiens ne comprenaient pas leur devoir (qui est aussi leur intérêt), l'organisation se ferait (cela a été assez souvent dit), *sans eux*, c'est-à-dire *contre eux*.

Nous avons démontré, dans de précédents travaux, que le Cabinet du praticien est et sera longtemps encore la *cellule motrice* de toute organisation.

Et si, ce qui est souhaitable, une nouvelle méthode d'administration de soins résulte des efforts entrepris, qui *remplacera la dentisterie réparatrice tardive par la dentisterie préventive précoce*, les intérêts matériels des praticiens ne doivent pas en souffrir.

Mais, d'autre part, il ne faut pas méconnaître que la Profession ne pourra *faire face aux besoins en soins* que si, par un dépistage minutieux, les soins longs et compliqués deviennent l'exception.

Nous n'insisterons pas davantage sur la complexité et la multiplicité des problèmes soulevés par une telle éventualité de « *réorganisation des soins dentaires* ».

Le C. N. H. D. ne saurait s'immiscer dans des questions qui relèvent des Conseils de l'Ordre de la Profession dentaire. Il ne méconnaît pas pour cela les répercussions possibles de l'action qu'il poursuit.

Constatons simplement que nous avons, nous, Praticiens de l'Art dentaire, la possibilité de faire, dans notre sphère d'action, le maximum dans ce domaine si riche du dépistage et de la prophylaxie... compte tenu, bien évidemment, de l'état d'avancement actuel de la science.

M. le Dr Grasset dans son discours, lors de l'inauguration du *Conseil Supérieur de la Famille*, disait à juste titre :

« Une politique de la race, une politique de la natalité, une politique de l'âge adulte, sont, à l'heure actuelle, irréalisables, car celles-ci réclament des temps plus calmes... »

Réjouissons-nous donc si dans notre champ d'action, limité et si vaste à la fois, nous pouvons agir, malgré les difficultés innombrables des temps présents.

Ainsi suivrons-nous cet excellent conseil de *Van der Meersch* :

« Rester fidèle à la dure réalité et faire son effort dans son petit coin, « sans se chercher de tâches si démesurées que leur ampleur même excuse » à nos yeux notre impuissance et notre découragement. »

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 7 décembre 1943

La séance est ouverte à 20 h. 45, sous la présidence de M. Pierson.

Dans son allocution, celui-ci montre l'intérêt actuel du travail scientifique. Il fait l'éloge de son maître, *Paul Housset* qui, par les grands principes qu'il a introduits dans notre art, est l'un des auteurs ayant le plus contribué à faire de cet art une science. Puis, au nom de la Société, il félicite le D^r Hulin, président sortant, de sa brillante réélection au Conseil National de l'Ordre des Médecins.

M. Pierson situe l'Odontologie parmi les sciences fondamentales, en définit la méthode et tire des idées directrices pour l'orientation des travaux de la Société d'Odontologie de Paris.

M. Henri Villain décrit quelques cas tardifs de thérapeutique orthodontique et présente l'une de ses malades.

Les traitements ont été généralement réalisés à l'aide d'appareils amovibles portés la nuit ; l'âge et la position sociale des patients n'étant pas compatibles avec le port constant d'une prothèse orthodontique : l'un des malades traités, par exemple, est avocat et âgé de 42 ans !

L'excellence des résultats obtenus est significative et démontre que s'il n'est jamais trop tôt pour entreprendre un redressement, on ne saurait davantage affirmer qu'il est trop tard.

MM. le D^r Roy, Beauregardt et Decelle participent à la discussion.

Le Professeur J. Delarue expose sa communication sur : *Les tumeurs des glandes muqueuses de la cavité buccale*.

Le comportement des glandules salivaires de la cavité buccale, disséminées sur toute la muqueuse et surtout à la face interne des joues, au voile du palais et à la base de la langue, joue un rôle très important dans la pathologie buccale. Il tient sous sa dépendance l'apparition de nombreuses infections localisées ou diffuses et réciproquement, les irritations localisées de la muqueuse sous diverses influences et notamment à la suite d'altérations des arcades dentaires, peuvent déterminer des modifications des glandules salivaires.

Les tumeurs de celles-ci se présentent sous trois aspects. Ce sont des *kystes*, des tumeurs dites mixtes et des épithéliomas. L'intérêt majeur des kystes ne réside pas dans leur aspect clinique qui est bien connu, avec la teinte bleutée, le caractère translucide particulier. Il est attaché à leur mode de formation. C'est souvent en une région où la muqueuse est chroniquement irritée que se développent les kystes, soit au plancher de la bouche, soit à la face interne des joues, soit à la face postérieure des lèvres. Il est certain que parmi ces causes d'inflammation de la muqueuse, se trouvent les phénomènes de diapneusie, c'est-à-dire d'aspiration de la muqueuse à travers un diastème ou un hiatus interdenteaire.

Les tumeurs mixtes de la cavité buccale ont la même signification que celle des glandes salivaires principales. Elles sont ici comme là développées aux dépens de glandes en grappes. L'accord est à peu près fait aujourd'hui sur la signification de telles tumeurs qui ne représentent plus une dysembryoplasie, mais d'authentiques épithéliomas qui doivent leur bénignité à une évolution particulière de leurs éléments histologiques. Tous les faits concernant la clinique, la thérapeutique et l'anatomie pathologique de ces tumeurs viennent corroborer cette notion. C'est le plus souvent au voile du palais, mais aussi à la base de la langue et quelquefois sur les gencives que se trouvent développées de telles tumeurs.

Restent les *cancers* des glandules salivaires de la bouche. Ce sont, en principe, des tumeurs exceptionnelles, si l'on tient seulement pour cancers des glandes de la mu-

queuse les très rares épithéliomas cylindriques que l'on voit s'y développer. Mais de nombreux faits cliniques et histologiques tendent à démontrer que beaucoup d'épithéliomas de la muqueuse buccale, avec une structure malpighienne plus ou moins différenciée, sont en réalité des épithéliomas d'origine glandulaire métaplasique, de même que de nombreux cancers du col utérin sont, on le sait, des épithéliomas d'origine glandulaire endocervicale métaplasique. Ce fait vient expliquer certains débuts apparemment interstitiels des cancers de la bouche. Il permet aussi de voir dans les irritations chroniques de certaines glandes une condition au moins favorisant de l'apparition des tumeurs malignes de la bouche. Les altérations des arcades dentaires se trouvent au premier plan parmi les causes de telles altérations chroniques.

MM. Housset, Dubois-Prévoist, D^r Laurian prennent part à la discussion.

La séance est levée à 22 h. 30.

Le Secrétaire général : M. A. Rivault.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

La Société Odontologique de France lors de son assemblée générale du 25 janvier 1944 a attribué le titre de Président d'honneur à M. le Professeur J. Verne, membre de l'Académie de Médecine. Elle lui a décerné également sa médaille de vermeil. En outre, la médaille d'argent a été attribuée à M. Pierre Fouques, secrétaire général sortant, et la médaille de bronze à M. Delarras.

La S. O. F. a procédé à l'élection de son bureau pour 1944. Ont été élus : *Président* : M. André Boucher ; *1^{er} vice-président* : D^r Marcel Rachet ; *2^e vice-président* : M. Pierre Fouques ; *secrétaire général* : M. Robert Dupont ; *secrétaire général adjoint* : M. J. P. Pères.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

XVII^{es} JOURNÉES DENTAIRES DE PARIS

Les XVII^{es} Journées Dentaires de Paris ont eu lieu du 25 au 28 novembre 1943, sous la présidence de **M. le Prof. Hartmann**, ancien Président de l'Académie de Médecine, dans les locaux de l'Ecole Odontotechnique de Paris.

Cette manifestation professionnelle a remporté un vif succès et nous tenons à en féliciter les organisateurs. Les séances scientifiques ont réuni un grand nombre de confrères qui ont suivi avec une vive attention les nombreuses et intéressantes communications présentées.

Au cours de la séance inaugurale du jeudi 25 novembre, nous avons entendu : **M. le D^r Frison**, président du Comité des Journées Dentaires de Paris ; **M. Vabois**, président de la S.O.F. ; **M. le Prof. Hartmann**, président des Journées Dentaires de Paris ; **M. le D^r Theil**, représentant le D^r Grasset, Ministre Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille ; **M. Luc**, représentant M. le Ministre Secrétaire d'Etat à l'Education Nationale.

Une séance eut lieu ensuite, sous la présidence de **M. le Prof. Hartmann**, et nous permit d'entendre les communications suivantes :

M. le D^r Dufourmentel : *A propos du mécanisme et traitement des luxations et subluxations temporo-maxillaires* ;

M. le D^r Watry (Bruxelles) : *Evolution dans la prophylaxie* ;

M. le D^r Joachim (Bruxelles) : *Voitures stomatologiques. — Mission dans les camps de prisonniers belges. — Organisation des soins dentaires dans les colonies d'enfants.*

Jeudi soir : Séance consacrée au rapport de **M. Vieilleville** : *Des ancrages, attachements et serrures diverses sur les appareils amovibles de la prothèse de sélection.*

Vendredi 26 novembre : Les congressistes purent visiter le Service de **M. le Prof. Lemaitre**, à l'Hôpital Puccini, et assister à une opération faite par le Professeur.

Séance réservée aux Etudiants, sous la présidence de **M. Fourquet**, directeur-adjoint de l'Ecole Odontotechnique et de **M. Blatter**, président-directeur de l'Ecole Dentaire de Paris. Au cours de cette séance, le **D^r Hulin** présenta aux étudiants son magnifique film en couleurs sur le traitement des parodontoses pyorrhéiques.

A 15 heures, séance sous la présidence de **M. Vaboïs**, comprenant les communications de Messieurs :

D^r Leclerc (Antibes) : *Etude sur la création d'accessoires dentaires abrasifs, aseptiques, antiseptiques, hémostatiques, anesthésiques et d'un goût agréable.*

D^r Sapet (Nice) : *Quelques vérités ou soi-disant telles en orthopédie dento-faciale ;*

M. Y. Largier : *Traitement de certaines adénites selon la méthode du D^r Darcissac ;*

M. Carrayon (Marseille) : *Un cas de réimplantation par méthode inédite d'enclouage ;*

M. Allot : *L'ion iode dans les algies consécutives aux périapexites par la diélectrolyse ;*

MM. les D^{rs} Peyre et Calmera d'Ameida : *Accidents buccaux des intoxications professionnelles par le Benzol.*

D^r Quintero (Lyon) : *Conduite à tenir dans les cas d'agénésies dentaires multiples.*

D^r Verne (Paris) : *Troubles du métabolisme calcique par insuffisance biliaire.*

D^r Château (Paris) : *Premiers résultats d'une expérience publique spécialement destinée à attirer l'attention du corps médical sur les étonnantes transformations d'état général qui sont de règle après une dilatation de palais atrésié.*

A 20 h. 30 : Séance consacrée au rapport du **D^r Rachet**, sous la présidence du **D^r Gérard-Maurel** : *Dépistage clinique et interprétation radiologique des lésions inflammatoires et tumorales d'origine dentaire et paradentaire du plancher du sinus maxillaire. — Thérapeutique.*

Samedi 27 novembre, à 10 heures : Visite au Muséum d'Histoire Naturelle, sous la conduite de **M. le Prof. Millot** et de **M. le Prof. Arembourg**.

A 15 heures : Séance sous la présidence de **M. Dubois**.

M. Toucas-Massillon (Paris) : *Des rations alimentaires actuelles et leurs répercussions pathologiques ;*

M. de Rojas (Mairy-sur-Marne) : *Les fistules intra et extra-buccales ;*

D^r Thibonneau (Paris) : *Choix et définition des incidences de face dans les radiographies des sinus ;*

M. R. Dupont (Paris) : *De l'emploi de la céramique dans le traitement des anomalies non rectifiables par les méthodes orthodontiques ;*

M. Seimille : *Quelques considérations sur l'orthodontie à la portée de tous les praticiens ;*

M. G. Coudray : *Que sont les sulfamides ? De leur mode d'action à leur mode d'emploi ;*

D^r Maronneaud (Bordeaux) : *Le problème diagnostique des symétries squelettiques de la face.*

M. D. Lavoine (Paris) : *L'anesthésie générale en odonto-stomatologie.*

A 20 h. 30 : Séance sous la présidence de **M. le D^r Dufourmentel**.

M. le D^r Gérard-Maurel : *Rapport sur : Le diagnostic différentiel des phlegmons du plancher buccal d'origine bucco-dentaire.*

Dimanche 23 novembre, à 10 heures : Démonstrations pratiques :

D^r Gérard-Maurel : *Opérations de chirurgie maxillo-faciale avec présentation de malades ;*

M. P. Fouques : *Extractions groupées avec régularisation osseuse et suture gingivale.*

Démonstrations pratiques des résines et métaux de remplacement et autres techniques modernes par des Maisons de Fournitures dentaires.

Un déjeuner amical, sous la présidence de **M. le D^r Frison**, clôtura le Congrès. Au cours de ce déjeuner, prirent la parole : **M. Pascal Dubois**, **M. Vaboïs** (qui décerna les médailles de la S. O. F. pour l'année 1943), **D^r Hulin**, **D^r Rachet**, **M. le Prof. Lemaitre** et **D^r Frison**.

HYGIÈNE

COMITÉ NATIONAL D'HYGIÈNE DENTAIRE

RÉUNION PLÉNIÈRE DES DÉLÉGUÉS RÉGIONAUX du 14 décembre 1943

et ASSEMBLÉE GÉNÉRALE du 16 décembre 1943

Le Comité National d'Hygiène bucco-dentaire vient de tenir deux importantes séances :

La première qui fut présidée par *M. le docteur Aublant*, secrétaire général du Secrétariat d'Etat à la Santé et à la Famille, réunissait tous les Délégués régionaux.

Aux côtés du *D^r Aublant* et des Membres du Bureau avaient pris place : *M. le Professeur Porte*, Membre de l'Académie de Médecine, Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins, Président du Comité Départemental de la Seine ; *M. le Professeur Dubecq*, de la Faculté de Médecine de Bordeaux ; *M. le D^r Nespoulous*, représentant le Préfet de la Seine ; *M. le Professeur Agrégé Delore*, de la Faculté de Lyon ; *M. le D^r Hulin*, Président de la Section Dentaire du Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins.

Tous les Délégués régionaux étaient présents à l'exception de *MM. Debat*, *Creuzet* et le *D^r Soleil* qui s'étaient excusés pour raisons de service.

M. le Professeur Courcoux, membre de l'Académie de Médecine, Vice-Président du Comité National s'était excusé.

M. le Président Loisiert, après avoir salué la présence de *M. le D^r Aublant* dont la sympathie agissante à l'égard du Comité National s'est maintes fois manifestée avec un empressement dont le Comité National lui est profondément reconnaissant, a rappelé l'activité du Comité National durant l'exercice 1941-1942 et a exposé le travail réalisé au cours de l'exercice 1942-1943. Il a précisé les projets qui sont à l'étude pour l'exercice 1943-1944.

Il a donné communication au Secrétaire général à la Santé de la liste des Délégués régionaux actuellement soumise à l'agrément du Ministre qui s'établit comme suit :

MM. le D^r Achard, Stomatologiste des Hôpitaux de Marseille, chargé de cours à la Faculté de Médecine ; *Andrieux*, chirurgien-dentiste à Joinville-en-Vallage ; *Argout*, chirurgien-dentiste à Valence-sur-Rhône ; le *D^r Audy*, à Sentis ; *Blanc*, chirurgien-dentiste à Nancy ; *Calton*, chirurgien-dentiste à Louhans ; *Creuzet*, chirurgien-dentiste à Montpellier ; *Debat*, chirurgien-dentiste à Toulouse ; *Dehilotte*, chirurgien-dentiste à Saint-Jean-Pied de Port ; le *D^r Ductos*, chargé de cours à la Faculté de Médecine de Lyon ; le *D^r Fichot*, chargé de cours à la Faculté de Médecine de Strasbourg et à l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand, membre du Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins ; le *D^r Hamon*, à Orléans ; *Houalet*, chirurgien-dentiste et directeur de l'Ecole Dentaire de Rennes ; *Peretti*, chirurgien-dentiste à Poitiers ; *Roblin*, chirurgien-dentiste à Avranches ; le *D^r Soleil*, directeur de l'Institut de Stomatologie de Lille.

Il définit ensuite de façon précise l'organisation administrative du Comité National et rappelle les différents organismes nommés par le Comité National après avis du Secrétaire d'Etat à la Santé, sur le plan national, régional et local.

Le Secrétaire général administratif a donné connaissance ensuite de son rapport.

Après lui, le Secrétaire général technique a remercié *M. Léon*, qui a mis à la disposition de la Commission d'Education et du Secrétariat technique les moyens matériels qui leur font défaut, par suite du manque de siège social. *M. Besombes* rend compte de l'Activité de la Commission d'Education qui s'est principalement attachée à l'établissement de la *Fiche officielle d'Inspection dentaire scolaire*. Elle a aussi poursuivi la rédaction d'articles destinés à la grande revue de vulgarisation « La Santé de l'Homme » (dirigée par M. le Professeur Delore, de Lyon). Elle a étudié divers projets de « *contrat-type* » concernant l'organisation de l'Inspection dentaire scolaire, en vue de l'unification des conditions de fonctionnement, ainsi que le règlement du concours pour l'aménagement d'un poste d'examen dentaire scolaire. *M. Corniou*, représentant la Commission a, à plusieurs reprises, fait des causeries aux confrères désignés pour des conférences dans les écoles.

M. Besombes constate avec plaisir que les motifs de satisfaction exposés par le *D^r Solas*, l'an dernier, sont restés identiques, et que l'harmonie n'a cessé de régner au sein de la Commission. Il remercie les Présidents, *MM. Solas et Nespoulous*, ainsi que *MM. les Membres*, pour le travail fourni, et leur demande de ne pas ralentir leur effort, car il a de nombreux projets pour la réalisation desquels il sollicitera leur indispensable concours.

M. Besombes a exposé ensuite son activité personnelle qui s'est manifestée par :

- l'établissement d'un *projet de constitution et de classement d'une documentation* ;
- la rédaction d'une *fiche récapitulative* d'I. D. S. (permettant de collationner les résultats obtenus aux divers échelons : classe, école, ville, département) ;
- la rédaction d'une *note à l'usage des dentistes inspecteurs scolaires*, dont le but est de présenter la *Fiche dentaire* et d'en exposer le maniement ;
- l'établissement d'un « *avertissement aux familles* » dont l'envoi est consécutif à la visite d'inspecteur).

Il a, d'autre part, présenté à la Session d'Orthopédie dento-faciale de la Société d'Odontologie de Paris (mai 1943) une communication sur le *Rôle de la Profession Dentaire dans la prophylaxie en orthopédie dento-faciale*.

Il s'est, de plus, sur le plan pratique, efforcé de réaliser le programme exposé dans son rapport de 1942, se préoccupant des *possibilités* qu'auront les enfants visités de bénéficier des soins que réclame leur état bucco-maxillo-dentaire. Des résultats positifs ont été obtenus par la nouvelle *Convention Sections dentaires-Caisses d'Assurances sociales*, dans la région parisienne notamment en ce qui concerne le remboursement des *visites de prophylaxie* et des *traitements orthodontiques*. L'application de ces nouveaux tarifs à toute la France, le plus rapidement possible, est éminemment souhaitable.

Le rapporteur souligne l'importance qu'aurait l'extension du bénéfice de ces améliorations aux autres catégories « *d'économiquement faibles* » ne bénéficiant pas des Assurances Sociales et qui sont, souvent, plus déshéritées.

Il rappelle qu'à côté de ces *besoins en soins* de la population (dont *MM. les Délégués régionaux* ont, au cours de leur réunion, exposé l'immensité) il ne faut pas perdre de vue la nécessité de *formation de praticiens qualifiés*. Et, répondant à une question posée par le *D^r Nespoulous*, il indique que les Services de Prophylaxie et Traitements dentaires et Orthodontiques fonctionnant dans deux écoles dentaires parisiennes (*MM. Boucher et Besombes*) doivent permettre de satisfaire cette nécessité. En ce qui concerne la qualification des praticiens actuels, il semble difficile d'organiser des *séances ou cours de perfectionnement* qui seraient utiles, ne fût-ce que pour assurer un contact plus direct entre les praticiens et le Comité National d'Hygiène bucco-dentaire.

Les difficultés d'organisation de ce double problème de la prophylaxie (surtout avant l'âge scolaire) et des soins qui poussaient, l'an dernier, le rapporteur à préconiser l'aménagement d'un système basé sur la prééminence du Dentiste de Famille, sont demeurées inchangées.

La *répercussion des restrictions alimentaires* sur l'état bucco-dentaire a aussi retenu son attention, d'autant que la pénurie de *brosses à dents* rend difficile l'observance de l'hygiène bucco-dentaire, qui doit être des plus strictes quand l'organisme est, par ailleurs, déficient.

M. Besombes conclut en affirmant à l'auditoire que le Secrétariat technique s'efforce de ne perdre de vue aucun des *problèmes théoriques ou pratiques* qui sont le vœu qu'autour de ce Comité National, qui ne saurait constituer une ingérence dans l'activité des Sections Dentaires, se poursuive l'union dans la Profession Dentaire.

Pour réaliser cette union il faut que le Comité National, émanation de la majorité de la Profession voit se grouper autour de lui la *Profession dentaire tout entière*.

M. le Dr Hulin, président de la Section Dentaire du Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins, tint à joindre ses félicitations et celles du Dr Aublant pour le travail considérable accompli par le Comité National en plein accord avec la Section du Conseil Supérieur. Il rappelle qu'il avait été jadis un des premiers présidents du Comité National et qu'il entendait rendre publiquement honneur à l'effort soutenu et accompli par le Comité National.

Le Trésorier a donné ensuite connaissance de la situation financière qui est apparue comme satisfaisante, puis une séance de travail a suivi au cours de laquelle ont été examinées toutes les modalités de fonctionnement des Délégations régionales et des Comités Départementaux. A cette séance de travail assistaient tous les membres du Conseil d'Administration qui avaient été spécialement convoqués à cet effet.

* *

Le jeudi 16 décembre a eu lieu l'Assemblée générale du Comité National qui fut présidée par M. le Dr Theil, Chef du Cabinet du Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille.

M. Lozier, président du Comité National, a pris le premier la parole et dans un exposé très précis et très complet a établi le bilan de l'œuvre entreprise et réalisée par le Comité National au cours de l'année 1943.

Il a indiqué notamment qu'à la suite de la campagne de propagande menée dans toutes les régions de France en 1943, plus de 70 départements sont, à l'heure actuelle, munis de Comités départementaux d'Hygiène Bucco-Dentaire, dont le fonctionnement a été assuré tant par les Sections Dentaires du Conseil de l'Ordre que par les membres des Comités départementaux dont l'agrément avait été demandé par le Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille.

Il a évoqué rapidement ce qu'il avait eu l'occasion de dire l'avant-veille au cours de la réunion plénière des Délégués régionaux et il n'a pas omis de faire valoir dans quel sentiment de labeur commun il estimait que devaient fonctionner les Comités départementaux dont le programme devait être établi par chaque Comité départemental, en accord avec : le Directeur Régional de la Santé, le Médecin-Inspecteur Départemental de la Santé et l'Inspecteur d'Académie.

Il a prié M. le Dr Theil de bien vouloir exprimer toute sa gratitude au Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille pour la mission qu'il lui avait confiée, en le chargeant de le représenter à l'Assemblée générale du Comité National et il a rappelé les principaux thèmes d'activité que le Comité National avait envisagés pour l'année en cours, études qui seront d'ailleurs grandement facilitées par la collaboration des Délégués régionaux, tous praticiens éminents, universitaires distingués qui, par l'autorité dont ils jouissent et la valeur personnelle que chacun leur reconnaît, donneront une autorité toute particulière à leurs rapports avec les Comités Départementaux.

Le Secrétaire général administratif a donné connaissance ensuite de son rapport, puis le Secrétaire général technique a fait ensuite un exposé des travaux effectués par le Comité National au cours de l'année. Faisant état de l'activité de la Commission d'Education, il a rappelé qu'elle avait élaboré : la fiche officielle d'inspection dentaire scolaire, puis la rédaction d'articles destinés à la grande presse de vulgarisation que dirige le Professeur Delore, à Lyon, l'étude du contrat-type concernant l'organisation d'inspections scolaires dentaires, et la fixation des conditions de règlement d'un concours pour l'aménagement d'un poste dentaire scolaire.

Il a évoqué, en outre, la mise au point d'un projet de constitution et de classement d'une documentation, la rédaction de fiches récapitulatives des inspections dentaires scolaires, la rédaction d'une note à l'usage des dentistes-inspecteurs scolaires et enfin l'établissement d'un avertissement aux familles dont l'envoi est consécutif à la visite d'inspection.

D'autre part, il a personnellement présenté à la Session d'Orthopédie dento-faciale, une communication sur le rôle de la Profession Dentaire dans la prophylaxie en orthopédie dento-faciale.

Il indique rapidement que des résultats positifs ont été obtenus par la nouvelle convention intervenue entre les Sections Dentaires et les Caisses d'Assurances sociales de la région parisienne, notamment en ce qui concerne le remboursement des visites de prophylaxie et des traitements orthodontiques.

Il précise enfin quelles étaient les répercussions des restrictions alimentaires sur l'état bucco-dentaire et il conclut en affirmant que le Secrétariat Technique ne perd

pas de vue aucun des problèmes théoriques ou pratiques qui sont du domaine du Comité National d'Hygiène Dentaire.

M. le Dr Theil, Chef de Cabinet du Secrétaire d'Etat à la Santé, a pris ensuite la parole. Faisant état de la documentation dont l'Assemblée générale venait d'être saisie, il a félicité à nouveau le Comité National de la précieuse collaboration qu'il apporte au Secrétariat d'Etat à la Santé. Il rappelle que l'an dernier déjà il avait le plaisir de présider cette Assemblée générale et auguré de la façon la plus favorable des travaux envisagés par le Comité National.

Les constatations faites cette année et les résultats acquis administrent la preuve que le Comité National est désormais dans la plénitude de son activité et qu'il l'utilise avec une autorité et une compétence dont le Ministre ne saurait trop le féliciter.

Grâce à un labeur considérable, tous les départements sont aujourd'hui alertés et il tient à exprimer, au nom du Ministre au Président du Comité National et à ses collaborateurs, la particulière estime dans laquelle il tient l'œuvre qu'il préside.

M. le Dr Nespoulous, président intérimaire de la Commission d'Education, s'est exprimé en ces termes :

« Avec les orateurs présents, il n'est que juste de témoigner du dévouement des membres de la Commission d'Education, sous la présidence du Dr Solas.

« Leur travail en équipe de codification des bases généralement admises a été difficile ; s'il est aujourd'hui apprécié, il récompense un effort méritoire.

« Pour moi, j'ai eu une fois de plus la satisfaction de constater qu'un sujet en apparence très limité s'était considérablement élargi par une liaison naturelle des questions voisines, l'Hygiène et la Prophylaxie de la bouche et des dents mènent aux grandes questions de l'hygiène générale, comme la nutrition et la croissance ; puis à celle de l'éducation des enfants, de l'instruction des chefs de famille, du perfectionnement des maîtres de l'enseignement public et privé à tous les degrés, enfin au programme des études et au perfectionnement après les diplômes, de l'ensemble de notre profession encore attardée trop exclusivement aux traitements avancés et à la prothèse.

« Ces dernières conditions ne peuvent s'améliorer que par une transformation radicale de notre enseignement et de notre exercice professionnels actuels. Le premier pas à faire est de compléter la formation et l'instruction de nos étudiants, nos confrères de demain. Je demanderai donc bientôt à M. le Président de la Commission d'Education de faire préparer un vœu ou une étude pour organiser entièrement et efficacement dans les Ecoles Professionnelles l'enseignement de l'hygiène bucco-dentaire et de la prophylaxie des maladies et malformations de la bouche et des dents en ce qui concerne particulièrement les enfants et les adolescents. »

Le Trésorier a donné connaissance, ensuite, de la situation financière et, de son côté, le Commissaire aux Comptes a fait approuver, par l'Assemblée générale, la régularité du bilan financier produit devant elle.

Il a été ensuite procédé à la réélection du Conseil d'Administration qui se trouve composé comme suit :

Président honoraire : M. le Dr Roy, stomatologiste honoraire des Hôpitaux.

Membres titulaires. — MM. le Dr Aublant, Aye, Besombes, Benoist, Blocman, Boucher, le Dr Courcoux, Corniou, Frey, Fontanel, Ferrand, le Dr Frison, le Dr Hémery, le Dr Hulin, Léon, Loiser, Lagrave, Mazars, le Dr Nespoulous, Pichenez, le Dr Rachet, le Dr Régis, M^{me} Régis, MM. Simon, Riché, le Dr Solas, Selbmann, Thibaut, Viborel, H. Villain.

Membres suppléants. — MM. de Beauregard, Bichon, Berthoumieu père, Berthoumieu fils, Boivin, Housset, Hermann, Lakermance, le Dr Leclercq, Leblanc fils, de Libouton, de Maupassant, Rivault, Warnault.

NÉCROLOGIE

J. de CROËS

Avec une douloureuse surprise nous avons appris courant décembre le brusque décès de notre excellent confrère, J. de Croës.

La place qui nous est parcimonieusement attribuée dans ce numéro de *L'Odon-tologie* ne nous permet pas d'énumérer tous les titres lui donnant droit à la reconnais-sance de toute la profession.

Les dispositions sont prises pour insérer dans notre prochain numéro le *curriculum vitæ* de ce chirurgien-dentiste dévoué et convaincu qui, pendant de nombreuses années, mit bénévolement toute son ardeur à la défense des intérêts moraux de la profession.

Nous voulons seulement aujourd'hui informer nos lecteurs de ce triste et dou-loureux événement et prier M^{me} de Croës d'accepter dans le deuil qui l'afflige, l'hom-mage de notre entière et respectueuse sympathie et nos plus sincères condoléances.

D^r A. Audy.

* *

Nous avons le regret de devoir annoncer la mort de M. Ratoré Louis, chirurgien-dentiste, ancien chef de clinique à l'Ecole Dentaire de Paris.

Nous prions M^{me} Ratoré de trouver ici l'expression de nos sincères condoléances.

AVIS TRÈS IMPORTANT

En raison des gros sacrifices que les circonstances présentes imposent à notre journal, autorisé sans publicité et privé ainsi de sa principale ressource, le Comité de Rédaction de L'ODONTOLOGIE serait reconnaissant à tous les MEMBRES DU GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS ET DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE d'une part, et aux ABONNÉS, d'autre part, de vouloir bien faire parvenir aussi rapidement que possible à la Trésorerie le montant de leur cotisation ou abonnement pour 1944, soit : 100 francs.

Nous prions instamment les Membres du Groupement qui restent débiteurs de plusieurs cotisations de faire un effort et de se mettre en règle. Nous les en remercions par avance.

Afin d'éviter les frais de recouvrement actuellement très élevés, il est re-commandé de faire les envois directement soit par chèque bancaire, soit par un mandat-poste ou virement au Compte Chèques Postaux : Ecole Dentaire de Paris N° 307.72.

Après le 15 avril, nous nous considérerons autorisés à faire présenter, par la Poste, les quittances majorées de 12 francs pour frais de recouvrement, à ceux qui auraient négligé cette recommandation.

L'Administrateur-Gérant : P. LOISIER. — Autorisation S. 149.

Soc. Rés. Imp. & Pub. (GOMANN ÉTIENNE)

L'ODONTOLOGIE

REVUE MENSUELLE

* DIRIGÉE DE 1881 A 1896 PAR PAUL DUBOIS

DE 1896 A 1932 PAR CHARLES GODON

ET DE 1923 A 1940 PAR MAURICE ROY

Secrétaire de la Rédaction, Administrateur

Pierre LOISIER

Professeur sup. à l'Ecole Dentaire de Paris

Directeur et Rédacteur en Chef

A. AUDY

Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Appareil pour obvier à une sialorrhée intense empêchant le scellement d'un bridge,
par le Docteur Maurice Roy..... 18

REVUE DES LIVRES ET DES REVUES..... 22

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

Société d'Odontologie de Paris. — Séance du 7 décembre 1943..... 24

Séance du 4 janvier 1944..... 26

Société Odontologique de France. — Séance du 26 octobre 1943..... 27

NÉCROLOGIE..... 29

NOUVELLES..... 31

ÉDITIONS DE LA SOCIÉTÉ RÉGIONALE D'IMPRIMERIE

MAURICE DORMANN, ÉDITEUR

RÉDACTION ET ADMINISTRATION : 45, rue de la Tour-d'Auvergne, PARIS (9^e)

Compte Chèques Postaux 277.93 Paris

Téléphone : Trudaine 74-85 et 74-87

Abonnements : France... 100 fr. par an. — Le numéro : 12 francs.

Etranger 130 fr. par an. Le numéro : 16 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

APPAREIL POUR OBVIER A UNE SIALORRHÉE INTENSE EMPÊCHANT LE SCELLEMENT D'UN BRIDGE

Par le Dr Maurice ROY,
Professeur honoraire à l'Ecole Dentaire de Paris,
Stomatologiste honoraire des Hôpitaux

616.316 0088. 11

Comme vous le savez, l'obtention de la siccité du champ opératoire joue un rôle des plus importants dans la plupart des opérations de dentisterie. Pour obtenir cette sécheresse, il y a plusieurs moyens dont le plus parfait est la digue, dont l'invention est due à Barnum, qui permet d'obtenir une siccité absolument complète et indéfinie.

Malheureusement, ce dispositif n'est pas possible à employer dans tous les cas, et notamment dans les opérations de scellement où justement la siccité est une question capitale puisque tout scellement qui n'est pas fait à l'abri complet de l'humidité est un scellement défectueux. Lorsqu'il s'agit de la pose d'appareils aussi importants que les bridges, qui nécessitent le scellement simultané de plusieurs éléments solidaires, le descellement de l'un d'eux constitue une véritable catastrophe.

La siccité absolue du champ opératoire est donc une question de première importance dans cette opération et elle doit être suffisamment prolongée pour permettre l'assèchement complet de chacune des dents intéressées par le bridge et toutes les manipulations nécessaires pour le scellement.

Des difficultés de divers ordres peuvent se présenter : c'est ainsi que, il y a dix ans (exactement le 5 décembre 1933) (1), j'ai présenté à la Société d'Odontologie un appareil que j'avais imaginé pour un cas tout à fait imprévu en présence duquel je m'étais trouvé lorsque j'avais eu à fixer un grand bridge complet bilatéral du bas comprenant toutes les dents à immobiliser ou à remplacer depuis la dent de sagesse droite jusqu'à la dent de sagesse gauche, avec Richmond, couronnes et inlays pivots sur les diverses dents piliers.

Je me suis heurté dans ce cas à une difficulté exceptionnelle, à savoir un volume anormal de la langue, qu'il était impossible de maintenir écartée des deux dents de sagesse inférieures.

Je vous fais passer les illustrations qui accompagnaient la publication de cette observation, que je vais vous résumer rapidement.

Il s'agissait d'un malade auquel j'avais confectionné un bridge complet du bas comportant notamment des couronnes sur les deux dents de sagesse.

Ce bridge était parfait comme construction ; je l'avais fixé provisoirement à la cire pendant 48 heures pour me rendre compte de son bon fonctionnement et m'assurer qu'il n'y avait pas de difficultés d'articulation ou autres. Le malade était ravi, tout était parfait.

Je prends donc mes dispositions pour faire le scellement au ciment d'une façon définitive. Je place des rouleaux de coton de tous les côtés possibles que je fais maintenir en place par deux assistantes de chaque côté du malade et qui écartent en même temps les joues ; mais quelle n'est pas ma surprise de voir qu'il m'était impossible, quelque moyen que j'employasse, d'empêcher la langue d'entrer en contact avec la face linguale des molaires, et notamment des deux dents de sagesse terminales.

(1) Maurice Roy. — Un appareil écarteur de la langue pour le scellement des grands bridges bilatéraux du bas. — *L'Odontologie*, 1934, p. 157.

J'essayai tous les moyens possibles et imaginables : impossible.

J'ai passé une heure en tentatives diverses sans aucun résultat. J'étais absolument désespéré ; je me trouvais en effet dans l'impossibilité absolue de fixer ce bridge, qui représentait plus de deux mois de travail de préparation en bouche, et de séances extrêmement prolongées.

Je renvoyai mon malade en lui disant : « Je vais réfléchir », quand tout à coup, au moment même où il sortait de mon cabinet, une idée surgit dans mon esprit, c'était de prendre sur la mâchoire supérieure un point d'appui maintenant un dispositif susceptible de faire écartement sur la mâchoire inférieure, tout en laissant l'arcade dentaire libre de tout accessoire entravant les manœuvres de scellement.

J'ai donc confectionné, comme vous le voyez sur les dessins, une plaque de caoutchouc sur la mâchoire supérieure. J'ai placé sur celle-ci, au centre du palais, un grand fil de maillechort en U ; sur la partie inférieure de ce fil, j'ai soudé une plaque de maillechort, épousant la forme du dos de la langue.

Cet appareil, prenant point d'appui sur la voûte palatine et appuyant sur la base de la langue, empêchait ainsi tout contact de celle-ci avec la face linguale des molaires.

Grâce à cet appareil, j'ai pu alors facilement, avec des rouleaux de coton placés dans le vestibule des deux côtés et en avant sous la partie sublinguale, sceller mon bridge sans difficulté, presque sans aide.

Aujourd'hui, c'est en présence d'une autre complication que je me suis trouvé pour le scellement d'un bridge.

Il s'agissait d'un grand pyorrhéique qui, lui, présentait une sialorrhée extraordinaire. J'avais eu à lui soigner, outre sa pyorrhée, un grand nombre de caries et j'ai dû lui faire un assez grand nombre d'obturations, de traitements et obturations de canaux ; or, cela avait été chaque fois une lutte extrêmement difficile contre la salive. Pour vous en donner une idée, même pour les obturations que j'avais à faire sur les dents de la mâchoire supé-

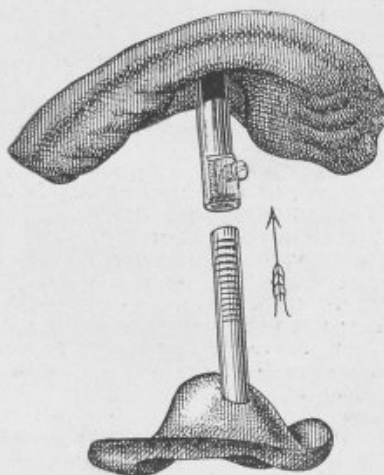


FIG. 1. — L'appareil démonté. La plaque inférieure porte une tige à crémaillère coulissant dans le tube fixé à la plaque supérieure, ce qui permet, pour l'introduction en bouche, de réduire au minimum la hauteur de l'appareil et de l'écartier ensuite à la hauteur voulue en le maintenant écarté par la vis de serrage que l'on voit à l'extrémité du tube.

rieure, j'étais obligé de lui mettre, dès le début des opérations, une pompe à salive, tellement celle-ci montait à vue d'œil allant baigner les dents de la mâchoire supérieure.

Ce malade avait perdu les deux incisives centrales inférieures ; il fallait que je les remplace et que je fasse en même temps un bridge d'immobilisation allant de la première prémolaire droite à la première prémolaire gauche ; donc un bridge de 8 dents.

Or, en cours d'exécution, je me suis aperçu que, contrairement à ce que je pensais, les prémolaires, dents très longues comme vous le verrez sur le modèle, se trouvaient tout à fait divergentes, en sorte que, alors que je pensais faire mon bridge en une seule pièce, il a fallu que je l'exécute en trois parties, chacune des couronnes de prémolaire portant un attachement venant coulisser dans une gaine placée à la face disto-linguale des deux canines. Ce bridge, une fois construit, donnait un résultat absolument parfait et j'avais ainsi une très bonne immobilisation.

Mais ceci n'était pas fait pour faciliter la rapidité de pose de ce bridge et, à la pensée de la sialorrhée si intense que ce malade présentait, j'étais un petit peu épouvanté, je me disais : jamais je ne pourrai faire l'assèchement de ses dents avant d'être débordé par la salive.

Pour obtenir l'assèchement complet de la bouche, il fallait obliterer l'orifice des canaux excréteurs de toutes les glandes salivaires et c'est alors que, pour réaliser ce desiderata, j'ai eu l'idée de recourir au procédé d'appui par le palais que j'avais imaginé pour l'écartement de la langue, dans le cas que je viens de vous rappeler.

Dans la question de la protection contre la salive, il est un principe

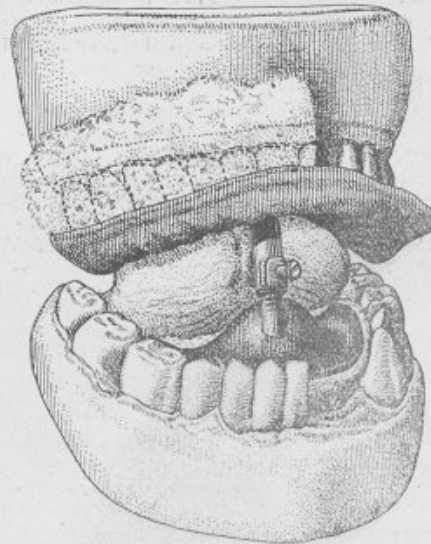


FIG. 2. — L'appareil en place ; on voit, derrière la lige centrale, la langue refoulée en arrière. Sous la plaque inférieure, deux feuilles de papier de cellulose assurent l'étanchéité ; la plaque supérieure est largement débordante, comme il est vu sur la droite de la figure, tandis que sur la gauche, où les dents sont en pointillé, est figuré le rouleau de coton oblitérant le canal de Sténon dans le vestibule et qui est maintenu en place par ailleurs par la joue.

qui n'est pas suffisamment connu de la généralité des praticiens, c'est que ce n'est pas tant l'absorption et l'évacuation de la salive qu'il faut obtenir, c'est surtout l'oblitération de l'orifice des canaux salivaires.

La pompe à salive ne peut agir que sur une masse de salive d'un certain volume, déjà sécrétée et on ne peut avec elle obtenir l'assèchement d'une dent, même isolée. Les tampons isolants, si on ne compte que sur leur pouvoir d'absorption, sont rapidement saturés de salive dès que l'isolement nécessaire est un peu prolongé ou la sécrétion salivaire un peu abondante. C'est pourquoi les tampons doivent être placés directement sur l'orifice des canaux salivaires. Canal de Warthon, canal de Bartholin, canaux de Rivinus, sur le plancher de la bouche, canal de Sténon, dans le vestibule supérieur ; et voilà pourquoi, dans les opérations sur les dents de la mâchoire inférieure, ce n'est pas dans le vestibule inférieur, où il n'y a pas de glandes salivaires, qu'il faut placer un tampon isolant, mais dans le vestibule supérieur, sur l'orifice du canal de Sténon.

Dans ces conditions vous obtenez une sécheresse aussi parfaite qu'il est possible dans les cas normaux, et pourvu qu'il ne s'agisse pas d'une opération trop prolongée.

J'insiste donc sur ce point, c'est l'oblitération des canaux salivaires qu'il faut obtenir pour avoir le maximum de sécheresse dans la bouche.

C'est pour réaliser ce problème d'une façon complète que j'ai imaginé l'appareil que je vous présente aujourd'hui.

Pour fixer mon tamponnement, j'ai employé le même système que vous avez vu sur l'appareil que je viens de faire passer entre vos mains. J'ai fait à la mâchoire supérieure une plaque palatine complète débordant largement horizontalement les dents de la mâchoire supérieure pour maintenir les tampons du vestibule supérieur.

J'ai pris une empreinte du plancher de la bouche et j'ai fait confectionner une petite plaque de caoutchouc, moulant exactement ce plancher. J'ai relié ces deux parties par le dispositif à crémaillère que vous voyez (fig. 1), qui est une amélioration sur celui que vous avez pu voir sur les dessins qui ont été entre vos mains.

En effet, l'appareil étant d'une seule pièce rigide, comme primitivement, son introduction en bouche nécessitait un très grand écartement de celle-ci, tandis que, avec le changement que j'ai imaginé depuis, la chose est beaucoup plus facile. Comme vous le voyez, la plaque inférieure est pourvue d'une tige à crémaillère coulissant dans un tube fixé sur la plaque palatine, ce qui permet de réduire beaucoup le volume de l'appareil pour son introduction en bouche, après celle-ci il est écarté à la hauteur nécessaire et fixé en place par une vis de serrage.

Avant d'introduire l'appareil, je plaçai sur le plancher de la bouche plusieurs épaisseurs de papier de cellulose sur lesquelles la plaque inférieure venait s'appliquer fortement et, l'appareil étant fixé par la vis de serrage, j'ai garni toute la gouttière supérieure et le vestibule buccal de rouleaux de coton et j'obtins ainsi l'oblitération de tous les canaux salivaires (fig. 2).

Grâce à ce dispositif, j'ai pu, sans le moindre écoulement de salive procéder très tranquillement, sans aucune hâte à l'assèchement parfait des dents et j'ai scellé les trois éléments de mon bridge sans la moindre difficulté. J'ai pu, le scellement étant fait, attendre tout le temps nécessaire pour que le ciment sèche d'une façon complète avant de retirer mon dispositif d'isolement.

Cela m'a donné un résultat tout à fait remarquable dans ce cas, où, je l'avoue, je ne sais comment j'aurais pu faire pour obtenir un résultat satisfaisant dans des conditions aussi défavorables par suite de la sécrétion salivaire absolument formidable que présentait ce patient.

Je pense que ce dispositif est susceptible, le cas échéant, de vous rendre service comme peut le faire également le dispositif pour l'écartement de la langue que je vous ai présenté il y a dix ans ; c'est pourquoi je vous l'ai présenté ce soir.

REVUE DES LIVRES ET DES REVUES

DOEBRE P. — **Hygiène et Cancer.** — (Edité aux Presses Universitaires, 108, boulevard Saint-Germain, Paris, 1943).

Ce travail de lecture agréable et facile et qui veut être à la fois éducatif et pratique est surtout écrit pour le public. Il expose clairement le problème du cancer. Les notions d'hérédité, de diathèse, de contagion, de substances cancérogènes, de troubles de nutrition, le rôle de la suralimentation, de l'insuffisance hépatique, des facteurs psychiques, sont exposés et clairement décrits.

L'auteur développe son opinion que le cancer de l'homme est souvent le fait d'un terrain prédisposé, préparé par des fautes d'hygiène répétées quotidiennement pendant des années et que, par suite, il y a une hygiène préventive du cancer beaucoup trop négligée et qu'il serait prudent d'observer dès quarante ans. Il examine une à une les données de cette hygiène : hygiène de la vie journalière, hygiène alimentaire, et insiste sur l'hygiène mentale. Dans d'autres chapitres il décrit la thérapeutique et le traitement médical des cancers déclarés ou opérés.

Cette hygiène de l'âge mûr et de la vieillesse est susceptible de réduire les risques du cancer et d'en retarder l'éclosion, et vient compléter le traitement curatif par intervention chirurgicale, application de rayons X ou radium.

L'auteur rattache le cancer de l'homme aux déséquilibres et aux fautes d'hygiène de la vie actuelle. P. V.

TOURAINE et GOLÉ. — **Stomatite et leucoplasie électro-galvaniques.** — (*Société Fr. de Dermat. et Syphil.*, 8 avril 1943).

Les auteurs de cette note viennent d'observer deux cas intéressants de lésions électro-galvaniques buccales. L'un présentait une glossite simple, l'autre une forte leucoplasie linguale chez deux femmes porteuses de polymétallisme buccal prothétique (couronnes de métaux différents, diverses obturations dentaires métalliques). MM. Touraine et Golé rappellent l'attention des praticiens sur le danger du courant galvanique ainsi produit et sur la nécessité de n'utiliser qu'un seul et même métal pour tous les travaux de prothèse et d'obturations dentaires en une même bouche. Ce sujet a d'ailleurs déjà été étudié et publié et l'on peut s'y reporter pour étude plus détaillée de la question. P. V.

SAULY et DARGENT. — **De l'évolution des tumeurs dites mixtes de la parotide.** — **Indications du traitement.** — (*Presse Médicale*, 21 août 1943).

Très intéressant travail du Centre Anticancéreux de Lyon ; bonne mise au point de l'évolution de cette affection et de ses indications thérapeutiques. Les auteurs rapportent 52 observations de tumeurs mixtes de la parotide qui leur permettent d'apporter une contribution au débat ouvert récemment sur cette question par Redon et Roux-Berger.

Il est admis que le terme de tumeur mixte est avant tout un terme clinique, synonyme de bénignité et cependant l'étude de ces 52 observations amène les auteurs à des conclusions pessimistes. Les tumeurs, et notamment bénignes, revêtent deux aspects possibles de malignité : 1° une malignité cytologique ; 2° une malignité architecturale dont l'effacement des cellules épithéliales est un des meilleurs témoins.

C'est surtout dans le temps que se caractérise la transformation en cancer. Si les récédentes bénignes sont absolument capricieuses quant au temps de leur réapparition, il semble, au contraire, qu'une tumeur mixte qui doit devenir authentiquement cancéreuse se révèle en général telle dans un délai de vingt ans.

Le traitement doit évidemment s'inspirer de cette notion de malignité. Les agents physiques sont peu utilisés en France ; par contre, ils sont employés presque systématiquement à l'étranger.

Les procédés chirurgicaux sont divers : 1° l'enucléation qui est un trompe-l'œil ;

2° L'énucleo-résection est pratiquement le traitement le plus fréquemment employé, on peut lui reprocher de ne pas donner la certitude d'emporter dans la pince opératoire tous les flocs en puissance de malignité et parce qu'elle peut être traumatisante pour une branche du facial non découverte avant l'intervention sur la tumeur ;

3° Les parotidectomies subtotaux ;

4° Les parotidectomies totales avec conservation du facial (tactique de Redon), qui est l'opération de choix pour les tumeurs profondes, pour les tumeurs protragiques, pour les récides, pour les cas suspects. Cependant les auteurs estiment que l'énucleo-résection est une intervention largement suffisante pour les grosses tumeurs mixtes du pôle inférieur qui sont d'ailleurs parmi les plus nombreuses des tumeurs mixtes parotidiennes.

P. V.

LENORMANT (Ch.). — **Le traitement de Legroux (Iode-sulfamide) dans les staphylococcies chirurgicales.** — (*Presse Médicale*, 24 juillet 1943).

Les infections par le staphylocoque sont parmi les plus fréquentes en chirurgie. On sait leurs variétés de localisation et d'aspect, leur gravité éventuelle et surtout leur ténacité désespérante. Aussi, dès qu'ils furent en possession de la méthode nouvelle de traitement des infections par les sulfamides, les chirurgiens essayèrent-ils de l'appliquer aux staphylococcies qu'ils avaient à soigner. Mais les résultats ne furent pas très concluants.

C'est alors que devant l'insuffisance ou l'irrégularité des résultats de la sulfamidothérapie employée seule, le Professeur Legroux eut l'idée de lui associer l'administration d'iode. Dans les foyers nodulaires qu'une barrière d'inflammation chronique ou de tissus nécrosés isole de la circulation et dont le centre n'est pas ou est insuffisamment vascularisé, le médicament arrivant par voie sanguine ne pénètre pas jusqu'au centre où pullulent les microbes. Le professeur Legroux pensait que l'iode qui fait fondre les gommes, permettrait au sulfamide, grâce à la congestion et la revascularisation qu'elle détermine d'atteindre le microbe au centre même de son foyer nécrosé. Cette conception a paru justifiée par les faits et il semble qu'il y a avantage à recourir à l'association iode-sulfamide dans tous les cas similaires quel que soit le microbe en cause. Depuis bientôt deux ans, un certain nombre de chirurgiens ont employé cette méthode avec satisfaction.

L'auteur de cette note décrit longuement la conduite du traitement et rapporte les résultats du traitement iode-sulfamide dans les diverses infections chirurgicales à staphylocoques.

Voici quelques indications sur ce traitement, mais les praticiens voudront bien se reporter à l'article original en raison de son application délicate.

Le sulfamide le plus généralement employé en France est le 1162 F (Septoplax). Le médicament est administré d'ordinaire par voie buccale sous forme de comprimés ; on peut utiliser également la solution à 0,8 pour cent en injections sous-cutanées et dans les cas pressants, en injections intra-veineuses. L'iode peut être donné sous diverses formes. La plus recommandable et, semble-t-il, la plus employée, est l'iodoprotide, combinaison d'iode métalloïde et de protides dégradées. On peut également employer la solution de Lagol.

Pour la commodité du traitement le Professeur Legroux a fait préparer des comprimés d'iodo-septoplax. Dans les formes graves ou prolongées il peut être avantageux d'administrer séparément iode et sulfamide et de changer de temps en temps la forme sous laquelle est administrée l'iode.

Mais l'essentiel est de les donner à des doses suffisantes et suffisamment prolongées. Deux principes doivent diriger ce traitement :

1° Il faut frapper fort d'emblée, continuer en diminuant progressivement les doses quand l'amélioration s'est nettement prononcée, assurer la guérison par une ou deux cures de consolidation pendant la convalescence.

2° La nécessité d'une surveillance chirurgicale constante et souvent d'une intervention chirurgicale. Car le traitement iodo-sulfamide ne supprime pas l'action locale directe du chirurgien dans les infections staphylococciques ; bien au contraire et une surveillance de tous les instants doit subsister.

L'auteur termine cette très intéressante étude par une révision des diverses observations publiées et par quelques cas personnels de staphylococcies minimes ou graves ainsi traitées.

P. V.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 7 décembre 1943

ALLOCUTION DE M. PIERSON, Président

Mes chers Confrères. Vous m'avez chargé d'honneur en m'élevant à la présidence de la Société d'Odontologie. Je vous remercie, profondément touché du crédit que vous m'accordez. Mais je dois vous avouer que je n'ai pas en moi la même confiance que vous et si je ne craignais pas de parodier Vigny, je dirais volontiers de cette rentrée de notre aimable société :

C'est l'amère douceur du baiser des retours.

Déjà très difficile avant la guerre, aux heures douces, notre profession, comme tant d'autres, est devenue extrêmement pénible. Les faits matériels absorbent nécessairement une grande partie de nos forces et de notre temps et nous serions tentés de délaisser comme un jeu inopportun tout travail purement scientifique, trouvant pour excuse l'adage classique : d'abord vivre, philosopher ensuite.

Il existe, certes, quelque ressemblance entre le jeu et les spéculations auxquelles nous nous livrons en cette docte enceinte et lors de nos trop courtes soirées de loisir. Mais le travail est quelque chose de plus qu'un jeu.

Le jeu divertit, mais sans autre but. L'étude exerce notre activité, exalte nos passions, nourrit et discipline notre intelligence. Elle écarte nos soucis, nous extrait des ténèbres de notre triste époque. C'est une forteresse inexpugnable parce qu'elle est immatérielle. Nous pouvons sans crainte nous y retrancher pour affronter les rigueurs de la vie. Elle nous prend tout entiers et par là même elle nous libère.

C'est pourquoi, mes chers Confrères, j'ai accepté le poste redoutable où vous m'avez élu. C'est pourquoi je ne crains pas de vous demander d'assister régulièrement aux séances de notre Société. Par votre seule présence, vous les rendrez utiles et belles. Amenez des Confrères, décidez les hésitants. C'est un effort salutaire que vous accomplirez pour eux, pour nous, pour la Profession, et disons-le sans fausse modestie, pour le Pays.

Mais il ne suffit pas de venir aux réunions de la Société d'Odontologie. Il faut apporter sur ce bureau des communications, qu'il s'agisse des résultats de longues observations et de méditations sévères, de recherches persévérantes au cours d'expériences multiples heureuses ou malheureuses, mais jamais inutiles, ou de la seule description et de simples remarques sur un fait non banal. L'intérêt d'une communication ne se mesure pas à sa longueur. Et en matière scientifique, il n'existe pas de sujets insignifiants. Une petite pierre peut suffire à la conception ou permettre l'achèvement d'un édifice magnifique. Chacun de vous peut apporter cette petite pierre. Dans la deuxième partie de son Introduction à la Médecine expérimentale, Claude Bernard écrit : « Il est des faits qui ne disent rien à l'esprit du plus grand nombre, tandis qu'ils sont lumineux pour d'autres. Il arrive même qu'un fait ou une observation reste très longtemps devant les yeux d'un savant sans rien lui inspirer ; puis, tout d'un coup, vient un trait de lumière, et l'esprit interprète le même fait tout autrement qu'auparavant et lui trouve des rapports nouveaux. L'idée neuve apparaît alors avec la rapidité de l'éclair, comme une sorte de révélation subite ; ce qui prouve bien que, dans ce cas, la découverte réside dans un sentiment des choses qui est non seulement personnel, mais même relatif à l'état actuel dans lequel se trouve l'esprit. » L'un de mes éminents prédécesseurs, le Dr BERNARD écrivait dans son allocution de Président : « La plupart des communications aux Académies, à la Société de Biologie ne sont souvent que de quelques lignes ». Ainsi, les « Faits de pratique courante non inscrits à l'ordre du jour ne seront pas moins bien accueillis que les communications magistrales. Autour de cette table, nous formons une grande famille où chacun peut dire son mot sans crainte d'être mal compris ou mésestimé. C'est une collaboration active que je demande à chacun de vous et sous cette forme elle ne peut être accablante.

Au surplus, pour accomplir cet effort désintéressé, nous nous instruirons d'exemples magnifiques.

Qu'il me soit permis en premier lieu de rendre un hommage solennel à mon maître, Paul HOUSSET. Il serait superflu de rappeler la valeur, le nombre et la diversité de ses travaux scientifiques, de magnifier ses réalisations de praticien, d'exalter ses qualités

pédagogiques. Depuis plus de vingt ans, Paul Housset a fait faire à l'Odontologie d'immenses progrès. Par les grands principes qu'il a introduits dans notre art, il est un des auteurs ayant le plus contribué à faire de cet art une science, évolution souhaitable. En Morphologie, en Biologie, en Mécanique, sans entrer dans les détails de la Dentisterie, de l'Orthopédie, de la Prothèse ou d'autres spécialités, il nous a dicté des lois, traduites souvent en équations, signe certain de perfection. Comme praticien, il nous a donné des méthodes et des démonstrations dont la sûreté n'a d'égale que leur précision. Comme professeur, je puis affirmer que ses cours sont de ceux auxquels les étudiants s'intéressent le plus, critère absolu de leur valeur pédagogique. Organisateur merveilleux, Paul Housset, en ce moment même, se dépense sans compter pour donner à l'enseignement de notre chère Ecole une nouvelle impulsion. De cette impulsion les effets remarquables se font déjà sentir, non seulement chez les étudiants, mais chez les patients, ainsi que me le déclarait spontanément, tout à fait par hasard, il y a quelques jours, un malade de la clinique de dentisterie. L'Odontologie, art séculaire, et science jeune, a, comme les autres sciences, ses savants, Paul Housset est l'un de ces savants.

De mon Maître, Paul Housset, je rapprocherai, pour la traduire en exemple, une autre belle figure de notre profession. Je cite le Dr HULIN, autre savant de l'Odontologie. Biologiste averti, travailleur acharné, le Dr HULIN nous a donné de prestigieux travaux. Grande est déjà son œuvre scientifique. Il est également superflu de le rappeler. Au sein même de notre Société, lors de séances mémorables et au cours de discussions passionnées mais courtoises, nous avons admiré sa belle franchise et son opiniâtreté. Depuis deux ans, le Dr HULIN a offert sans mesure ses forces et son temps à la défense de nos prérogatives professionnelles. Il m'est agréable, au nom de la Société d'Odontologie dont il fut certainement, durant la dernière scolarité, l'un des présidents les plus distingués, de le féliciter pour sa brillante réélection à la Section Dentaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Je vous dirai maintenant comment je conçois l'emploi du temps de nos séances. Afin de définir aussi la méthode en Odontologie, je considérerai trois groupes de faits.

Dans son règlement intérieur, adopté par l'Assemblée générale du 8 novembre 1910, la Société d'Odontologie continuant l'Association Scientifique de l'Ecole Dentaire de Paris définissait ainsi ses buts : « Il est institué par la Société de l'Ecole et du Dispensaire Dentaires de Paris une réunion scientifique ayant pour but de vulgariser les connaissances acquises ayant rapport à l'Art ou à la Science Dentaires et de produire et discuter les faits nouveaux. »

D'autre part, à l'Assemblée Générale du 8 avril 1902, il y a près d'un demi-siècle, le Groupement de l'Ecole Dentaire de Paris adoptait une déclaration de Principes dont je cite le premier article : « L'Odontologie est une science autonome. Elle doit cette autonomie aux conditions historiques de son évolution et au degré de développement auquel elle est parvenue actuellement. L'art dentaire moderne exige des connaissances techniques diverses ; il nécessite notamment des manœuvres complexes empruntées pour le plus grand nombre aux arts mécaniques et qui font de la profession de dentiste une profession spéciale distincte de celle de médecin. »

Enfin, pour ne pas méconnaître les travaux des philosophes, surtout ceux de Comte et de Spencer, nous retiendrons pour la recherche d'une méthode en Odontologie que les Sciences fondamentales peuvent se classer, par ordre de généralité décroissante et de complication croissante, en six groupes principaux : 1° sciences mathématiques ; 2° sciences mathématico-physiques, comme la mécanique ; 3° sciences physiques et chimiques ; 4° sciences biologiques ; 5° et 6° (pour mémoire), psychologie, sociologie et histoire. Ordre chronologique aussi, dans lequel on devrait étudier et enseigner les sciences. Selon une expression de Comte, chaque science représente sur la précédente « un prodigieux accroissement ». A la notion de grandeur, la mécanique ajoute celle de mouvement, de force, de temps ; la physique et la chimie celle de matière ; la biologie, celle de vie.

L'Odontologie, qui se classe dans les sciences biologiques, ne peut être comme celles-ci qu'une science inductive, utilisant les mêmes procédés. L'Odontologie en général, que nous pourrions appeler Odontologie générale, utilise, comme la Biologie générale, l'hypothèse, l'observation et l'expérimentation. L'Odontologie spéciale, anatomie et physiologie dentaires comparées, classe et définit les espèces vivantes comme la biologie spéciale. Ainsi, l'Odontologie générale et l'odontologie spéciale emploient les mêmes procédés que les sciences expérimentales, mais ils sont adaptés bien entendu à l'objet spécial de l'étude.

Dans ces conditions, il me semble logique de faire appel, pour nos travaux :

A des praticiens spécialisés de l'Odontologie, à vous tous, mes chers confrères, et je suis persuadé que vous répondrez nombreux à cet appel ;

A des techniciens des sciences appliquées, par exemple à des ingénieurs-mécaniciens, à des chimistes, à des physiciens ;

A des représentants de deux des plus grandes Maisons scientifiques : la Faculté des Sciences et la Faculté de Médecine. Rassurez-vous, je n'ai pas jusqu'à demander à des mathématiciens de venir nous exposer certaines théories. Nous pouvons le regretter ensemble, du reste. Mais trop souvent, la Sorbonne fut absente de nos réunions. L'un de nos confrères les plus distingués, le Dr BENNEJEANT, encore un savant de l'Odontologie, le regretta avec moi au cours d'une conversation, il y a quelques jours. J'essaierai de vous amener certains de mes anciens Maîtres de la Faculté des Sciences, persuadé que nous leur devons beaucoup, que leur commerce nous élèvera en même temps que nous leur ferons connaître notre maison trop souvent encore ignorée.

Pour être parfaitement fécondes, dans le temps autant que dans l'espace, et suivre une tradition bien française qui nous empêche à l'heure actuelle d'être réellement des vaincus parce que la matière ne peut pas tout contre l'esprit, nos études devraient être absolument désintéressées. Une importante formule socratique reprise par Aristote affirme : « Il n'y a de science que du général ». Mais nous n'ignorons pas le but pratique de la science. Les heures que nous vivons nous rappellent trop souvent, hélas, à la réalité. Nous étudierons donc certains problèmes actuels, ayant trait notamment à la métallurgie et aux propriétés biologiques des substances, métalliques ou autres, désignées sous le nom de « produits de remplacement », et que nous utilisons bon gré mal gré. Nous étudierons aussi dans la mesure du possible les problèmes que vous voudrez bien poser. En cela, nous suivrons Descartes qui, dans la sixième partie du Discours de la Méthode fait un éloge grandiose de la science appliquée à l'action. Et nous nous inspirerons, modestement, de la belle formule de Claude BERNARD : « conquérir la nature, lui arracher ses secrets, s'en servir au profit de l'humanité ».

Pour chaque séance, nous disposerons d'environ deux heures si nous commençons à 20 h. 30 précises. C'est peu, auprès de notre ambition et il faut que chacun de nous, une fois par mois, fasse l'effort d'arriver exactement à l'heure.

Avant de terminer, je m'en voudrais de ne pas remercier de leur collaboration mes collègues du Bureau :

Mon ami RIVAUD qui, malgré ses fonctions multiples et absorbantes, sacrifiant beaucoup à l'esprit de l'équipe que nous avons voulu former, assure, dès maintenant la lourde charge de Secrétaire général ;

Mon ami DUBOIS-PRÉVOST, secrétaire-adjoint, déjà mon coéquipier de Villejuif dans le service de notre maître Paul HOUSSET, à l'Institut du Cancer ; très absorbé, lui aussi, par des études approfondies, DUBOIS viendra bientôt nous donner quelques résultats de son labeur ;

Sans oublier nos deux vice-présidents, MM. BESOMBES et LOISIER, dont les occupations sont loin d'être légères.

Pour conclure, je vous communiquerai l'opinion d'un philosophe contemporain, Félicien CHALLAYE, sur la recherche scientifique. « Beaucoup d'hommes ont une certaine culture scientifique, peu d'hommes se consacrent à des recherches scientifiques. Celui qui a appris un certain nombre de vérités et les retient en sa mémoire sans se lier personnellement à des travaux permettant d'étendre sur quelques points, les connaissances humaines, n'a pas droit au nom de savant. Il serait souhaitable que, pour mieux comprendre ce qu'est la science, pour se faire une idée claire des difficultés inhérentes à ses recherches, tout homme cultivé s'essayât à devenir un savant, même sur quelque point de détail, et en toute modestie. « Rien ne vaut, pour faire comprendre ce qu'est la science, ce contact personnel avec la recherche », écrit un mathématicien contemporain d'une large culture, M. Emile BOREL. »

C'est à cet essai, mes chers Confrères, que je vous convie et chacun de nous sera, si vous le voulez bien, votre invité.

Séance du 4 janvier 1944

La séance est ouverte à 20 h. 45, sous la présidence de M. Pierson.

Le Dr Maurice ROY nous présente : Un appareil pour obvier à une sialorrhée intense empêchant le scellement d'un bridge.

Le Dr ROY rappelle l'importance de la siccité parfaite du champ opératoire dans le scellement des bridges. Celle-ci peut être entravée par diverses complications : c'est ainsi qu'il y a dix ans, il a présenté à la Société d'Odontologie un appareil qui, grâce à un point d'appui pris sur le palais, lui avait permis d'obtenir l'écartement de la base de la langue de la face linguale des molaires, pour le scellement d'un bridge complet du bas dans un cas où, par suite du volume de cet organe, cet écartement était impossible par les moyens ordinaires.

Pour le scellement d'un autre bridge important du bas, l'auteur s'est trouvé ré-
cemment en présence d'un patient ayant une sialorrhée intense qui paraissait rendre
impossible l'assèchement nécessaire.

Se basant sur ce principe que ce n'est pas tant l'absorption de la salive qu'il faut
réaliser que l'oblitération de l'orifice des canaux salivaires, il a réussi à obtenir ce
résultat grâce à un appareil qu'il présente : celui-ci, comme le précédent, prenant point
d'appui sur le palais, maintient d'une part une plaque moulée sur le plancher de la
bouche, oblitérant les canaux sous-maxillaires et sublingaux, et, d'autre part, une
plaque palatine largement débordante pour maintenir dans le vestibule supérieur les
tampons oblitérant les canaux de Sténon.

M. A. Besombes présente la *Fiche officielle d'Inspection Dentaire Scolaire*.

Cette fiche, valable pour les huit années de la scolarité normale, permet la nota-
tion rapide et aisée des renseignements fournis par l'examen clinique. Malgré son
format réduit, dû aux difficultés actuelles, aucun des termes du tryptique : carie den-
taire, eumorphie, hygiène bucco-dentaire, n'est négligé.

Les indications ainsi recueillies peuvent être aisément confrontées d'une visite
à l'autre. Par la systématisation obtenue, leur cotation ultérieure sur une
fiche récapitulative permet l'établissement de statistiques, en plus du calcul de l'*indice
de morbidité* et de l'*indice thérapeutique*. Il semble que la Profession Dentaire soit dé-
sormais dotée d'un instrument qui permettra de suivre les progrès consécutifs à la
propagande d'éducation sanitaire et à l'institution d'un dépistage relativement pré-
coce, bien que ne s'adressant, malheureusement, qu'à l'âge scolaire.

La séance est levée à 22 h. 30.

Le Secrétaire général : A. Rivault.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 26 octobre 1943

Président : M. Vabois, Professeur à l'A. E. O.

La séance est ouverte à 20 h. 30.

1^o Procès-verbal de la séance du 26 juin 1943. Adopté.

2^o Admission de nouveaux membres : M..., M. Bernier.

3^o Dr J. Lavoine, médecin anesthésiste : *L'anesthésie générale en Odonto-Stomatologie*.

Tout en étant partisan d'utiliser l'anesthésie locale en Odonto-Stomatologie,
chaque fois qu'on peut le faire, l'auteur reste de plus en plus convaincu que les indi-
cations de l'anesthésie générale sont nombreuses et ne sont pas toujours suivies.
L'anesthésie générale doit être employée chaque fois que l'anesthésie locale est :
impossible (trismus) ; contre-indiquée (leucémiques, diabétiques, et surtout dans les
processus inflammatoires où l'anesthésie locale est douloureuse, inefficace et dangereuse).

Puis il est d'autres cas assez nombreux où l'anesthésie générale doit être pré-
férée à la locale : Enfants pussillanimes ; interventions multiples, longues, difficiles ;
phénomènes d'intoxication, d'idiosyncrasie à redouter chez certains sujets plus ou
moins susceptibles.

Pourquoi les Stomatologistes dont les processus ont tant fait pour l'anesthésie
générale, ont-ils abandonné celle-ci pour la locale ? Peut-être à cause des avantages
de cette dernière (sécurité, facilité), mais surtout parce qu'ils redoutent l'anesthésie
générale qu'ils connaissent mal. Nous ne sommes plus au temps du chloroforme à
la compresse.

Le Dr Lavoine estime qu'aujourd'hui, avec un « cocktail » (rectanol protoxyde
d'azote), suivi d'une intubation, on obtient une anesthésie :

Bonne pour le malade qui s'endort rapidement et se réveille dans son lit, sans
nausée, sans malaise, sans s'être rendu compte qu'il a été opéré.

Bonne pour le chirurgien qui peut travailler tout à son aise, sans avoir à se soucier
de l'anesthésie, sans être gêné en quoi que ce soit, ni par l'anesthésiste, ni par l'ap-
pareillage.

Pas de bonne chirurgie sans bonne anesthésie. Cette méthode, qui a donné toute
satisfaction à l'auteur, permettra d'améliorer la technique des praticiens de l'Art
Dentaire et d'élargir le champ de leurs interventions.

La séance est levée à 22 h. 35.

Le Secrétaire des séances : Jean Férès.



JEHAN DE CROËS
(1869-1943)

NÉCROLOGIE

JEHAN DE CROES

(20 octobre 1869-18 décembre 1943)

L'un des plus éminents d'entre-nous vient de disparaître. Jehan de Croës n'est plus et toute la profession qu'il a si bien servie et dans laquelle, malgré la violence des luttes corporatives il n'a jamais compté un ennemi, mesure la perte immense qu'elle vient de faire.

Jehan de Croës nous quitte après une vie professionnelle et une vie personnelle exceptionnellement remplies.

Diplômé de l'Ecole Dentaire de Paris en 1889 et de la Faculté de Médecine le 18 juin 1894, il commença sa carrière comme associé de Maille, dans la rue du Faubourg-Montmartre, pour s'installer ensuite dans cette maison du 6, square de l'Opéra, qu'il ne devait plus quitter et où il se rendait encore quatre jours avant sa fin.

Ces 54 ans de vie professionnelle allaient donner à Jehan de Croës l'occasion de montrer ses qualités hors de pair dans tous les domaines qu'il lui plut d'aborder.

Syndicaliste convaincu, pédagogue remarquable, auteur de travaux scientifiques de haute valeur, soldat héroïque, il sut encore trouver le temps d'être l'amical conseil et le soutien des jeunes qui, comme nous, eurent la bonne fortune de l'approcher et de collaborer avec lui. Cette part énorme donnée à sa profession n'empêcha pas de Croës de donner, dans des domaines bien différents, des preuves de ses aptitudes exceptionnelles. Sculpteur de valeur, poète apprécié, escrimeur habile, aviculteur réputé, il fut un homme dans le sens complet du mot. Par ses qualités de cœur, d'intelligence, de culture, il fut un des derniers gentilshommes que notre époque ait connu.

Sur le plan professionnel, il fut membre du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France dès sa création, le 26 juin 1894 ; son numéro d'inscription était le 100. Il y prit bientôt une influence prépondérante.

Membre du Conseil d'Administration dès la fin de la guerre, Directeur des affaires politiques, Secrétaire puis Vice-Président, il succédait enfin, en 1925, à notre confrère Ragageot, à la présidence qu'il devait conserver sans interruption jusqu'en 1936, date à laquelle la reconnaissance de tous le portait à la présidence d'honneur.

Pendant plusieurs années il présida le Groupement Fédéral qui réunissait tous les Groupements professionnels français.

Son activité pédagogique et scientifique ne fut ni moins intense ni moins brillante. Démonstrateur à l'Ecole Dentaire de Paris de 1894 à 1897, Chef de clinique le 8 février 1898, Professeur suppléant le 11 mars 1903, il devenait Professeur honoraire le 13 décembre 1927.

Il avait été Bibliothécaire de l'Ecole de 1895 à 1903 et Vice-Président de la Société d'Odontologie de Paris en 1904.

Le Groupement de l'Ecole Dentaire de Paris lui avait témoigné sa reconnaissance en lui décernant sa Médaille de Bronze en 1903, et sa Médaille d'Or lors du Cinquantenaire de l'Ecole.

Durant toute cette période, ses travaux scientifiques nombreux venaient compléter son enseignement et lui valaient, le 29 janvier 1906, sa nomination comme Officier d'Académie.

Toujours au premier rang dans sa vie professionnelle, Jehan de Croës occupa la même place durant la guerre et fut un combattant héroïque. Capitaine d'infanterie, atteint par un éclat d'obus en août 1914, au combat de Courcelles-le-Comte (Pas-de-Calais), atteint une seconde fois au combat d'Ablainzeville, le 26 septembre.

Grièvement blessé par une balle le 3 octobre, à 5 heures du matin, il restait à son poste et ne se laissait évacuer qu'après avoir été sérieusement atteint par une seconde balle à 8 heures.

Il allait falloir huit longs mois d'hôpital pour lui permettre de servir à nouveau, puisqu'il ne devait cesser son traitement à la Pitié que le 11 mai 1915.

Plusieurs très belles citations, l'octroi de la Croix de Guerre et de la Légion d'honneur venaient récompenser son attitude.

Cette rapide énumération suffirait à montrer quelle perte nous venons d'éprouver mais, ce que nul texte ne fera jamais sentir, c'est la droiture et la bonté de Jehan de Croës. Cela, seuls ceux qui comme nous l'ont bien connu et ont collaboré à son action, peuvent le sentir, et à tout le respect que méritait justement ses titres et son action ajouter l'affection que tous ceux qui l'ont approché ne pouvaient pas ne pas éprouver pour lui.

Que Madame de Croës veuille trouver ici le pâle reflet des regrets unanimes de toute une profession et de notre peine personnelle.

Un homme au plein sens du terme vient de nous quitter entouré du respect, de l'affection et de l'estime générales.

Pierre Loïsier.

BIBLIOGRAPHIE DES TRAVAUX DE J. DE CROËS

1896. *Les sondes à double courant dans le traitement des abcès du sinus maxillaire.*
1897. *Dépôt de tartre unilatéral d'origine hémiphlégique.*
 - *Quelques modifications dans la fabrication des pièces anatomiques en cire.*
 - *Réinfection du sinus maxillaire pendant ou après le traitement de l'empyème.*
 - *Nouveau procédé de moulage et de teintage des modèles en cire.* (Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 9 mars 1897).
1899. *Étymologie du mot « tartre ».* (*L'Odontologie*, 15 avril 1899).
1900. *Nouveaux Pieds de Biche*, en collaboration avec Maille. (Communication à la Société d'Odontologie de Paris, mai 1900).
 - *Catalogue de la Bibliothèque de l'École Dentaire de Paris*, en collaboration avec E. Bonnard).
 - *Contribution à l'étude des moulages en cire.*
1902. *Sinus et sinusites maxillaires.* — 1 vol., Maloine, Paris.
1903. *Théorie mécanique de l'extraction.* — *Modification de la théorie Godon* (*L'Odontologie*, 15 mai 1903).
1905. *Nouveaux éleveurs, langues de carpe et pieds de biche.* (*L'Odontologie*, 15 mars 1905).
 - *Contribution à l'étude des anomalies de la face.*
 - *Anomalies dentaires acquises.*
1923. *Un cas de phlegmon angulo-mandibulaire non odontopathique.* (Communication au Congrès de Bordeaux. (*La Presse Dentaire*, septembre 1923).
1924. *Anomalies dentaires par diminution : leur traitement*, en collaboration avec R. Charlet. (*La Presse Dentaire*, novembre 1924).
1931. *Contribution à l'étude de la pyorrhée alvéolaire. Sa cause initiale. Son traitement préventif* ; en collaboration avec R. Charlet. (*La Presse Dentaire*, octobre 1931).
1933. *La radiographie et la maladie de Fauchard* ; en collaboration avec R. Charlet. (*La Presse Dentaire*, mars 1933).
1934. *L'étude des processus paradentososiques par la radiographie* ; en collaboration avec R. Charlet. (*La Presse Dentaire*, mars et avril 1934).

NOUVELLES

Rectification. — Le *Groupeement de l'Ecole Dentaire de Paris* et de *L'Association Générale des Dentistes de France* fait connaître à ses adhérents que la Trésorerie procédera, à dater du 15 mars, au recouvrement des cotisations de ceux d'entre eux qui ne se seront pas mis en règle, et non à dater du 15 avril ainsi que cela a été inséré dans l'Avis paru dans notre numéro précédent. — Les quittances seront majorées de 12 francs pour frais de recouvrement par la Poste.

Concours à l'Ecole Dentaire de Paris. — Par décision du Conseil d'Administration du 8 février 1944, des concours sont ouverts à l'Ecole Dentaire de Paris :

1° Pour un poste de Professeur suppléant et deux postes de Chef de Clinique de *Céramique* ;

2° Pour un poste de Professeur suppléant de *Prothèse maxillo-faciale*.

L'épreuve sur titre aura lieu le 4 mai 1944. Les inscriptions seront reçues à l'E.D.P. jusqu'au 15 avril.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris (9^e).

Bibliothèque de l'Ecole Dentaire de Paris. — La bibliothèque étant en voie de réorganisation, il a été constaté que beaucoup de confrères faisant l'objet de prêt de livres, les gardaient au delà des délais réglementaires.

En conséquence, le Conservateur prie instamment les adhérents qui sont dans ce cas de vouloir bien rapporter d'urgence les ouvrages qu'ils détiennent.

D'autre part, il est rappelé que les dons de livres et brochures sont toujours bien accueillis à la Bibliothèque où ils permettent de compléter les collections servant à l'enseignement de l'Ecole Dentaire de Paris.

Association Générale des Dentistes de France. — Pour se conformer le plus possible au Règlement intérieur de l'A.G.D.F., une assemblée générale est prévue pour le dimanche 24 avril 1944, sauf modification pour cas de force majeure. Les convocations réglementaires seront d'ailleurs envoyées en temps utile.

Mariage. — Le mariage de M. André Sepière, élève à l'Ecole Dentaire de Paris, avec Mlle Marie-Louise Bodin, a eu lieu le 29 janvier 1944, à Gençay (Vienne).

Nos félicitations et vœux de bonheur.

Naissances. — M. Gardeur, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupeement, et Madame nous ont annoncé la naissance de leur fils Alain, le 31 janvier 1944.

M. Jacques Doreau, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupeement, et Madame nous ont fait part de la naissance de leur fils Jean-Jacques, le 1^{er} février 1944.

Nos sincères félicitations.

Les Sports à l'Ecole Dentaire de Paris. — Depuis longtemps, le Groupe Sportif de l'E. D. P. n'a pas donné de ses nouvelles ! On craignait au début de l'année scolaire de voir, par suite des événements, ses activités réduites à néant ! Il n'en est rien.

Au mois de novembre, au cours de la réunion générale, sous la présidence de MM. Blatter et Rivault, l'on comptait déjà 2 équipes de foot-ball, 2 de basket masculin, 1 de basket féminin, 1 de natation, de ping-pong et de tennis, et innovation : une équipe de rugby et quelques amateurs du noble art. Seul le cross semble avec les départs de Carteron et Lavaud être sérieusement en difficulté.

La visite médicale obligatoire pour tous les sportifs se passa à l'Ecole, sous la haute compétence de M. le Dr Laurian qui a bien voulu s'occuper de cette tâche délicate et embarrassante.

Et voici les premiers résultats : la palme revient à l'équipe 1^{re} de foot-ball. Nos joueurs se sont en effet qualifiés le jeudi 10 février après une magnifique victoire à Reims, pour la Finale du Championnat de l'Académie de Paris et, de ce fait, pour le Championnat de France Universitaire. Ils ont successivement défait la Faculté des Lettres (9-0), l'Ecole Nationale Vétérinaire (6-1), Pharmacie (9-1), l'Ecole de Commerce (3-0), l'Ecole de la France d'Outre-Mer (11-0) et l'Ecole de Médecine de Reims (5-0). Somme toute : 43 buts à 2 : tel est l'impressionnant Goal AVERAGE ! Et Grillet, l'ardent capitaine, ne songe qu'à faire mordre poussière à ses prochains adversaires.

Notons en passant que l'autre finaliste du Championnat d'Académie est l'Ecole Odontotechnique : entre dentistes le choc sera rude et promet d'être passionnant.

L'équipe seconde aussi, grâce à l'énergique impulsion de son capitaine Forest, n'a pas connu la défaite. Ses victoires en Championnat sur H.E.C. et Médecine se totalisent en fait par 7 buts à 0.

Le basket est moins heureux : après avoir défait l'Institut Agronomique et Auteuil nos joueurs se sont fait battre par H.E.C. et l'Ecole Odontotechnique et jouent les poules de consolation.

Quant à l'Equipe féminine, elle a remporté 3 brillantes victoires sur l'E.P.S. de Versailles, le Lycée Fénélon et la Faculté des Lettres et ne s'est inclinée que de justesse contre la Faculté des Sciences.

Laissons les foot-balleurs songer aux sympathiques déplacements en province au cours du Championnat de France et à de nouveaux lauriers à conquérir... et les basketteurs rêver à leurs illusions perdues.

Et donnons-nous rendez-vous, à nous autres amis Sportifs, au Stade de Bobigny pour la grande finale du Championnat de Paris, ou à la rigueur, au prochain numéro de ce bulletin.

Rikky.

Conférences de l'Ecole Libre des Sciences Médicales, 12, avenue Alphand, Paris (16^e).

Mardi 29 février, à 20 h. 30. — M. Chauvois : *Plates abdominales viscérales*.

M. Krafft : *Alchimie et médecine*.

Mardi 7 mars, à 20 h. 30. — M. Paul Le Cour : *Les expériences de matérialisation en métapsychie*.

M. de La Fuye : *Principes fondamentaux de l'homéo-syniâtrie (Synthèse de la médecine chinoise et de l'homéopathie. — Etude des 14 méridiens chinois avec leurs correspondances homéopathiques)*.

Mardi 14 mars, à 20 h. 30. — M. de la Brousse : *Le point de vue médico-social dans le concept des assurances en général*.

M. Ch. Claoué : *Lipectomies : la chirurgie esthétique de l'abdomen*.

Mardi 21 mars, à 20 h. 30. — M. Ch. Thooris : *L'Education*.

M. Ph. Ledoux : *Influence sociologique du trépomène*.

Mardi 28 mars, à 20 h. 45. — M. de La Fuye : *Principes fondamentaux de l'homéo-syniâtrie (Synthèse de la médecine chinoise et de l'homéopathie. — Etude des 14 méridiens chinois avec leurs correspondances homéopathiques)*.

M. Laville : *De l'électricité humaine*.

L'Administrateur-Gérant : P. LOISIER. — Autorisation S. 149.

Doc. Rép. Imp. & Pub. (Dessins Éclairés)

L'ODONTOLOGIE

REVUE MENSUELLE

DIRIGÉE DE 1881 A 1896 PAR PAUL DUBOIS

DE 1896 A 1932 PAR CHARLES GODON

ET DE 1923 A 1940 PAR MAURICE ROY

Secrétaire de la Rédaction, Administrateur

Pierre LOISIER

Professeur sup. à l'Ecole Dentaire de Paris

Directeur et Rédacteur en Chef

A. AUDY

Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

- Mode d'action des Sulfamides dans l'organisme et posologie, par *P. Barthélemy de Maupassant*..... 34

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

- Société d'Odontologie de Paris. — *Séance du 1^{er} février 1944*..... 42

- Société Odontologique de France. — *Séance du 25 janvier 1944*..... 42

- REVUE DES LIVRES ET DES REVUES..... 44

- HYGIÈNE..... 46

- NOUVELLES..... 47

- FICHES BIBLIOGRAPHIQUES..... 48

ÉDITIONS DE LA SOCIÉTÉ RÉGIONALE D'IMPRIMERIE

MAURICE DORMANN, ÉDITEUR

RÉDACTION ET ADMINISTRATION : 45, rue de la Tour-d'Auvergne, PARIS (9^e)

Compte Chèques Postaux 277.93 Paris

Téléphone : Trudaine 74-86 et 74-87

Abonnements : France.. 100 fr. par an. — Le numéro : 12 francs.

Etranger 130 fr. par an. Le numéro : 16 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

MODE D'ACTION DES SULFAMIDES DANS L'ORGANISME ET POSOLOGIE

Par P. BARTHÉLEMY DE MAUPASSANT
Chef de Clinique à l'Ecole Dentaire de Paris

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris,
le 1^{er} février 1944).

615.7

Dans notre spécialité, une législation toute récente vient d'ajouter une arme nouvelle à notre arsenal thérapeutique avec l'emploi des sulfamides ; or, il est intéressant de voir par quel mécanisme cette drogue agit et quels peuvent être ses dangers. Les médecins déjà, en ont usé, voire même abusé, alors que les indications n'en étaient pas toujours formelles, et les profanes en ont fait une sorte de panacée, administrée à la légère, comme l'aspirine, sans tenir compte ni des doses, ni des dangers inhérents à de telles pratiques. Il a donc fallu envisager le classement de ces drogues dans le tableau C. Comme toute chimiothérapie, les sulfamides connaissent des échecs, des contre-indications, des indications majeures et des indications mineures. Ils peuvent déterminer des accidents toxiques ou réactionnels dont certains fort graves. Ces accidents ne sont pas à prendre en contre-partie lorsqu'il s'agit de traiter une affection de pronostic sévère comme une méningite purulente, d'autant que là, précisément, il s'agit d'une indication formelle et qu'on est en droit d'en espérer les résultats les plus favorables. Ce traitement, par contre, est inopportun dans le cas d'affection bénigne où l'action de la drogue est plus que problématique. Cette chimiothérapie nouvelle, enfin, obéit à des règles générales qu'on ne saurait transgresser, faute de n'obtenir que de mauvais résultats et, peut-être même, de déterminer des états de chimio-résistance. Là, comme toujours, la façon de donner vaut autant, sinon mieux, que ce que l'on donne.

L'année 1935 marque une grande date dans l'histoire de la thérapeutique, car c'est en effet le 15 février 1935 que Gerhard DOMAGK fait connaître l'aboutissant de ses nombreuses recherches. Il relate que la sulfamido-chrysoïdine, colorant azoïque relativement peu toxique, dont la synthèse est due à MIETZSCHE et KLEARER (1932), est douée expérimentalement et cliniquement de remarquables propriétés anti-microbiennes à l'égard du streptocoque hémolytique. Ce corps est inactif, *in vitro*, mais donné par la bouche à petites doses, il prévient l'infection à streptocoque hémolytique chez la souris ; il guérit l'infection chronique streptococcique chez le lapin, il influence favorablement le cours de l'infection staphylococcique chez ce même animal, mais reste sans action sur les pneumococcies et d'autres infections. Ainsi se présentait à l'attention des thérapeutes une chimiothérapie nouvelle, antibactérienne. Or, le problème de toute chimiothérapie consiste, on le sait, à obtenir une substance chimique capable de détruire l'agent pathogène agresseur sans tuer auparavant ou en même temps l'animal infecté.

FOURNEAU écrit : « Depuis le jour où les travaux de Pasteur, de Koch, ont montré le rôle pathogène des microbes, on n'a pas manqué de faire des essais pour les détruire chez l'animal ou chez l'homme. Ces essais n'ont pas été très continus et comme ils ont, en fait, presque toujours échoué, ils ont été interrompus par des périodes de découragement. On a d'abord cherché à obtenir des substances aussi actives que possible *in vitro* dans l'espérance qu'elles pourraient également agir *in vivo* ; on a donc

commencé à faire une sélection parmi les antiseptiques en se servant de bouillons de culture. Les premiers essais ont porté sur des essences, puis sur des substances minérales, enfin, pendant de nombreuses années, sur des matières colorantes à cause de leur diffusibilité et de leur affinité pour les micro-organismes. »

Quoi qu'il en soit, les travaux de DOMAGK furent bientôt confirmés de toute part et, en particulier, en France, par LAVADITI et ses collaborateurs avec le Rubiazol (Azoïque I) de formule identique à celle du Prontosil (chlorhydrate de sulfamide chrysoïdine). Ainsi, un nouvel essor allait être donné aux travaux de DOMAGK par l'Ecole Française Tréfouël, M^{me} TRÉFOUËL, NITTI, BOVER travaillant au laboratoire de FOURNEAU, à l'Institut Pasteur. Ils sont conduits à penser que la sulfamido-chrysoïdine n'agit qu'à la faveur de son dédoublement dans les tissus, par rupture de la fonction azoïque. C'est la para-amino-phényl-sulfamide qui est à elle seule le support de l'activité anti-infectieuse du composé azoïque. Le triamino-benzène serait, par contre, le support des phénomènes de sensibilisation observés en clinique. Le para-amino-phényl-sulfamide déjà signalé par GELMO en 1908, mais non utilisé, est préparé par FOURNEAU sous le numéro 1162 F.

Non seulement ce composé incolore actif *in vitro* et *in vivo* se montre aussi efficace que la sulfamido-chrysoïdine contre l'érysipèle et les streptococcies, mais son efficacité s'affirme plus grande contre les affections sévères, méningites, et une polyvalence leur est reconnue, action sur le méningocoque, le pneumocoque, bacilles typhiques, gonocoque, certains virus filtrants tels que la maladie de Nicolas Favre, etc...

Les recherches des chimistes en collaboration étroite avec les biologistes et les cliniciens se sont orientées vers des perfectionnements possibles grâce à la substitution, sur le groupement sulfamidé, de groupements plus ou moins complexes, soit dans un but de désintoxication, soit dans le but d'étendre la polyvalence à certains germes. Le Dagénan (693 M et B) est une acquisition importante, car en conservant l'activité et la polyvalence générales du 1162 F., il s'est montré plus efficace contre les pneumococcies et les gonococcies. La fréquence souvent gênante des troubles digestifs déterminés par le Dagénan a conduit récemment en France à substituer au groupement pyridine un groupement thiazol. Les corps de la série sulfa-thiazolée sont remarquables quant à la tolérance accrue, l'activité conservée, une polyvalence étendue au colibacille d'une façon plus constante, et peut-être au staphylocoque. Il s'agit d'une acquisition toute récente et encore à l'étude. Les premiers résultats publiés en France sur l'action du 2090 R. P. ou para-amino-benzène-sulfamido-thiazol, paraissent très encourageants.

Il est bien certain que la liste des préparations sulfamidées n'est pas close, que le clinicien a encore de nombreuses critiques à faire à cette médication et de nombreux désirs à exprimer.

Les sulfamides se rangent en trois classes :

- 1° le para-amino-phényl-sulfamide lui-même ;
- 2° les dérivés par substitution sur l'amine ;
- 3° les dérivés par substitution sur l'amide.

I. — LE PARA-AMINO-PHÉNYL-SULFAMIDE (mai 1937, France). — C'est le 1162 F., produit incolore, spécialisé sous des noms très variés :

En France : Septoplix, Néococcyll, Lysococcium, Sulfamide, Bactéramide, etc...

En Angleterre : Sulfonamide, Colsulanyde, Streptocide.

En Allemagne : Prontosil, Album.

En U. S. A. : Sulfanilamide, Sulfamidyl, Prontyline.

On le trouve dans le commerce en comprimés à 0 gr. 50, en ampoules solution à 0,85 %, en poudre, en crayon, en suppositoires, en ovules et

pommades. C'est de beaucoup, à l'heure actuelle, le plus employé de tous les sulfamidiques.

II. — LES DÉRIVÉS SUBSTITUÉS SUR L'AMINE. — Dans l'ensemble, ils sont un peu moins toxiques que le 1162 F., mais moins actifs à l'égard du streptocoque et beaucoup moins polyvalents. Ce sont :

A) Les Azoïques ;

B) Les produits non colorés, sans fonction azoïque.

A) Les Azoïques, moins employés, mais les premiers en date, sont préventifs des maladies bénignes.

1° Chlorhydrate de 2-4, diaminoazobenzène 4 phénil sulfamide ou prontosil flavum (Allemagne), rubiazol (France) sulfamido-chrysoidine ;

2° Carboxy, sulfamido 2' 4' diamonoazobenzène ou rubiazol C, présenté sous forme de comprimés à 0 gr. 20, en pommade et sous forme injectable ;

3° Prontosil soluble, néoprontosil (Allemagne). C'est le sel sodique de l'acide 4, sulfamido phényl 2, azo 7, acétylamino 1 hydroxynaphtalène disulfonique.

B) Produits non colorés sans fonction azoïque. — Leur activité est sensiblement la même que celle des azoïques, mais leur toxicité est cliniquement plus faible.

1° Para benzylamino phenyl sulfamide. C'est le 46 R. P. ou Septazine (France 1936).

2° Para Y (phenyl-propyl) amino phenyl sulfamide x. y. désulfonate de sodium (France 1937). C'est le 4° R. P. ou solu-septazine ;

3° Para amino benzène sulfamide formaldéhyde bisulfite de sodium (France 1937). C'est le Pulmorex ;

4° Camphosulfonate de sulfamide (France) ou Silénan ;

5° Benzyl carboxy para amino phenyl sulfamide (France 1941) ou Proniton.

III. — LES DÉRIVÉS SUBSTITUÉS SUR L'AMIDE. — Ce sont surtout la sulfapyridine et les sulfathiazols qui ont la préférence des cliniciens. Ils sont plus toxiques que les précédents, mais le mordant et la polyvalence sont plus grands.

1° 4 amino phenyl sulfamido-phenyl demethyl sulfamide (Allemagne). C'est l'Uliron — double sulfamide ;

2° x para amino phenyl sulfamido pyridine (Angleterre 1938). C'est le Dagénan ou 693 M. B. ; il connaît une très grande vogue ; remarquablement polyvalent, fréquemment mal toléré par le tube digestif. Son sel de soude, le Solu-Dagénan (mars 1939) est très inoffensif pour les tissus, étant très alcalin.

3° 4 amino phenyl sulfonylacétamide (Allemagne). C'est l'Albucid ;

4° Enfin : x para amino phenyl sulfamido thiazol (France 1941). C'est le 2090 R. P. sulfathiazol, thiazomide ; il présente l'avantage sur le Dagénan d'être plus actif sur les colibacilloses et ne détermine pas d'intolérance digestive.

PROPRIÉTÉS PHYSIQUES. — Les azoïques, qu'il s'agisse du Prontosil Flavum ou Rubiazol I ou du Rubiazol seconde manière doivent à leur groupement azoïque d'être des colorants.

Le Rubiazol actuel se présente sous forme de comprimés rouge foncé pour la voie entérale ou de solutions de sel sodique de même aspect pour la voie intra-musculaire. Une partie du produit est retrouvée en nature dans les urines qu'elle colore. Tous les autres sulfamides sont incolores ou plutôt blancs. En particulier le 1162 F., le 693 M et B, le 2090 R. P., qui sont de beaucoup les plus utilisés, se présentent sous l'aspect d'une

poudre blanche, cristalline, légèrement amère. La solubilité dans l'eau à 20° est de 0,85 ‰ pour le 1162 F., celle du 693 M et B est de 0,2 ‰, celle du 2090 R. P., de 0,6 ‰. Il est donc possible d'utiliser des solutions de 1162 F., alors qu'il faut recourir, pour le 693 M et B, au composé sodique. Mais dans ce cas, on a affaire à des solutions très fortement alcalines de P H, 11,4, par conséquent très offensives pour les tissus ; c'est là une notion capitale.

Nous arrivons maintenant au mode d'action de la thérapeutique sulfamidée.

Les produits sulfamidés les plus actifs et les plus polyvalents, para amino phenyl sulfamide et ses dérivés sur l'amide sont actifs *in vivo* et *in vitro*. Cette proposition tiendrait à faire penser à une action directe sur le germe, mais cette action sur le germe n'est pas une action antiseptique banale ; elle n'est pas une action destructive à proprement parler, mais une action bactériostatique, par arrêt de la multiplication bactérienne à partir de la cinq ou sixième division cellulaire.

Cette théorie de la bactériostase de FOURNEAU et son école n'est d'ailleurs pas admise par tous. D'autres actions sur le germe ont été envisagées. Enfin, comme l'avait signalé DOMAGK, l'action des sulfamides est manifestement accrue en présence de leucocytes polynucléaires aussi bien *in vivo* qu'*in vitro* ; le rôle des moyens de défense de l'organisme apparaît donc certain.

A l'heure actuelle, on a tendance à adopter une conclusion éclectique, tout en gardant le rôle majeur à l'action directe sur le germe. Nous envisagerons les différentes théories.

I. — THÉORIE DE L'ÉCOLE DE FOURNEAU (action essentielle et directe du 1162 F sur le germe).

Il se produit dans l'organisme une scissure des azoïques en triamino benzène (inactif) d'une part, et para amino phenyl sulfamide d'autre part ; c'est ce qui a conduit à l'utilisation du 1162 F. et de ses dérivés comme plus actifs et plus polyvalents. La para amino phenyl sulfamide agit bien par elle-même disent MM. TREFOUEL, NITTI et BOVET.

In vitro, on constate parfois une action bactéricide, mais toujours bactériostatique.

Le pouvoir anti-microbien du sang de l'homme ou de l'animal traité par la sulfamide est directement proportionnel à sa concentration en para amino phenyl sulfamide et disparaît quand ce corps est éliminé. En somme, l'organisme interviendrait aussi peu que possible, pas de production d'anticorps, intervention secondaire et banale de polynucléaires.

Le rôle des leucocytes est particulièrement mis en valeur par BUTTLE dans l'expérience suivante :

Deux échantillons de sang, avec et sans leucocytes, sont additionnés de sulfamides, puis ensemencés avec du streptocoque hémolytique (1200 cocci par cm³). Pendant les deux premières heures, aucune différence ne peut être observée entre ces deux cultures, mais au bout de ce temps on constate que dans le sang dépourvu de leucocytes la multiplication des streptocoques s'arrête, alors que dans le sang total, tous les streptocoques disparaissent.

On est donc en droit de conclure que non seulement il y a bactériostase, mais encore que les germes sont devenus une proie plus facile pour les leucocytes. En résumé, si l'on passe sur quelques difficultés de détail, la théorie de l'action directe de la para amino phenyl sulfamide sur le germe qu'elle altère, soit par bactériostase, soit par tout autre processus, et prépare ainsi à l'action phagocytaire, a cet incontestable avantage de donner à la thérapeutique clinique des directions que les résultats ont montrées satisfaisantes. Pour MAYER, le temps perdu entre l'administration de la

para amino phenyl sulfamide et le moment où se manifeste son action, est dû à partir de la sulfamide à la production d'un dérivé d'oxydation directement actif. Nous ne pouvons rentrer ici dans le détail des expériences, mais l'auteur a été rigoureusement amené à incriminer l'hydroxylamine.

Enfin, nous arrivons à l'hypothèse faisant intervenir l'organisme.

a) L'organisme intervient en assurant la production d'un principe X (protéo-sulfuré) libéré dès son élaboration intra-cellulaire et qui agirait d'autant mieux qu'il interviendrait à l'état naissant. On ignore cependant et la nature exacte du produit, et le mécanisme intime de sa production.

b) L'organisme intervient dans la dispersion et l'élimination du médicament.

c) L'organisme intervient dans la suppression totale ou partielle du potentiel prolifératif, capsulogène ou toxigène du microbe.

Si le microbe est gêné dans son potentiel prolifératif, c'est moins parce qu'il est touché directement par le médicament sulfamidé que parce que ce médicament a modifié le milieu où le germe doit vivre. Ces modifications deviennent bien mystérieuses et on peut objecter à cette hypothèse la valeur préventive extrêmement faible du produit.

Sous l'influence de la médication, le milieu intérieur de l'organisme devient impropre à la capsulogénèse des germes et ceux-ci sont phagocytés.

A la lecture de ces diverses opinions, il apparaît que toutes ont des faiblesses ; un sage éclectisme paraît donc de mise.

Il est évidemment peu probable que l'organisme reste passif, simple champ de lutte, comme il est bien improbable également que le médicament n'y soit pas pour beaucoup. Du point de vue pratique, la théorie de FOURNEAU paraît, jusqu'à plus ample informé, celle qui peut le mieux guider la thérapeutique.

Enfin, il faut signaler l'existence de substances douées de propriétés antisulfamides, susceptibles d'être élaborées dans l'organisme ou dans le germe lui-même et capables d'expliquer certaines « sulfamido-résistances ». Les recherches de WOODS et de FILDES ont montré des extraits de levure, ou même des corps chimiquement définis, tels que l'acide para amino benzoïque, possédant la propriété de neutraliser *in vitro* l'action bactériostatique du para amino sulfamide.

INCIDENTS ET ACCIDENTS DE LA SULFAMIDOTHÉRAPIE. — Comme toute thérapeutique active, la sulfamidothérapie est susceptible de déclencher des incidents et des accidents.

Les incidents sont relativement fréquents ; certains sont plutôt gênants pour la conduite du traitement mais ne l'entravent guère. D'autres sont précurseurs d'accidents, ils indiquent l'arrêt du traitement, ou en tout cas un redoublement de surveillance. Les accidents sont rares, mais ils n'en existent pas moins et c'est la raison pour laquelle il faut s'élever contre l'usage immodéré des sulfamides à l'occasion de la moindre infection et cela d'autant plus qu'on doit admettre la vraisemblance d'une sensibilisation possible.

Nous avons dit que la toxicité des corps sulfamidés est très faible, cela conduit à admettre le rôle important d'une susceptibilité spéciale de l'organisme (idiosyncrasie, intolérance).

Nous exposerons :

1° les incidents et accidents ne relevant pas essentiellement de la sulfamidothérapie, mais des techniques mises en œuvre ou de facteurs associés ;

2° les incidents et accidents réellement inhérents à la sulfamidothérapie — généraux, digestifs, sanguins, cutanés, nerveux, divers,

en nous réservant d'indiquer chemin faisant la pathogénie possible, les précautions indispensables, le traitement éventuel.

1° *Incidents et accidents ne relevant pas essentiellement de la sulfamidothérapie.* — Les doses fortes étant nécessaires au début peuvent provoquer l'acidose et l'anurie avec ou sans hématurie.

C'est en effet au cours du 1162 F. à fortes doses que l'on note l'acidose. L'administration de bicarbonate de soude à la même dose que celle prescrite pour la sulfamide est à recommander. L'anurie est due à la précipitation urinaire de cristaux de dérivés acétylés, pouvant donner lieu à de véritables concrétions susceptibles de déterminer une obstruction complète du tractus urinaire. L'hématurie peut constituer un signe avertisseur, mais inconstant. On est obligé quelquefois de recourir à la décap-sulation ; il suffit de pratiquer une cystoscopie avec cathétérisme des uretères et lavages au sérum physiologique. La véritable prévention est d'administrer une quantité de boisson assez grande pour assurer une diurèse suffisante.

Il faut souligner le danger des thérapeutiques sulfamidées itératives, souvent une première série est bien supportée, mais un état de sensibilisation peut subsister ; donc, pas de traitement discontinu et, encore une fois, pas de traitement inutile.

La technique d'administration du produit peut être en cause. — Certains accidents peuvent être imputés à l'emploi par voie veineuse des azoïques ; la voie intra-musculaire est préférable. Les solutions concentrées peuvent déterminer des thromboses locales ; donc, employer des solutions diluées.

Insistons sur la nécessité du repos lorsqu'on dépasse les doses moyennes, la fatigue étant un facteur d'aggravation. L'alimentation ne semble pas avoir une grande importance ; toutefois, il est recommandé de soumettre les patients au régime lacto-végétarien exempt d'aliments pouvant libérer du soufre en quantité importante. Si l'on doit recourir aux purgatifs, il faut rejeter les alcalins qui, au début, ont été les facteurs de cyanoses graves par sulphemoglobininémie, état spectaculaire et dramatique, qui nécessite la transfusion sanguine.

Enfin, les sulfamides se comportant comme facteurs de porphyrinurie et comme photo-sensibilisants, il y a intérêt à ne pas exposer à une lumière trop vive les sujets soumis à leur action. JANSION a proposé d'utiliser, comme agent correcteur de la porphyrinurie, la vitamine P. P. (amide nicotinique).

2° *Incidents et accidents inhérents à la sulfamidothérapie.*

a) *Généraux* : Incidents plutôt qu'accidents, ils sont souvent très précoces. Ce sont :

— de la céphalée et de l'asthénie, céphalée plus marquée vers le soir, qui cède en général à l'aspirine ; céphalée et asthénie sont la règle quand on dépasse 4 ou 6 grammes par jour.

— de la somnolence diurne contrastant souvent avec une insomnie nocturne, surtout avec le 693.

— des étourdissements, un état vertigineux marqué avec le 1162 F.

— un malaise indéfinissable et amaigrissement brusque.

— troubles neuro-végétatifs variés, œdèmes de la face avec érythème, crises d'œdème de Quinke, urticaire, prurit, crise nitritoïde.

— de la fièvre ; elle peut être brève ou se prolonger ; exposant à des erreurs en faisant croire à un retour de l'infection.

— de la cyanose, par sulphemoglobininémie qui est du domaine du passé.

b) *Digestifs.* — Anorexie, brûlures gastriques, nausées, parfois vomissements et diarrhée. C'est une pathogénie centrale et non pas seulement

d'irritation directe de la muqueuse digestive ; et l'on comprend ainsi qu'on ait de la peine à calmer ces phénomènes avec du bicarbonate de soude, de la belladone, de l'alumine.

c) *Sanguins*. — Peu fréquents.

— des anémies banales ont été signalées, facilement réparées par l'hépatothérapie.

— des signes d'hémogénie ou d'hémogéno-hémophilie ont pu être constatés, ainsi que du purpura.

— des neutropèmes sévères et des agranulocytoses mortelles.

d) *Cutanés*. — Erythème le 9^e jour.

e) *Nerveux*. — Névrite optique, d'ailleurs discutable, était l'apanage de l'uliron ; donc, ne pas utiliser cette drogue.

Polynévrites à prédominances motrices très marquées.

Quelques manifestations psychiques : désorientation, hallucinations auditives et visuelles.

Divers. — Les troubles de la spermatogénèse ne sont pas à retenir. L'action sur le rein est nulle à ce point que l'albuminurie, l'hyperazotémie ne sont pas des contre-indications au traitement.

L'arythmie a été observée, quelques cas d'ictères, à la suite de hautes doses.

En résumé, si la liste des accidents est longue, bien peu sont vraiment redoutables, et on peut en accepter le risque, d'ailleurs limité quant à la fréquence, chaque fois que le traitement sulfamidé est indiscutablement indiqué.

RÈGLES GÉNÉRALES CONCERNANT LA POSOLOGIE. — Nous avons vu que, dans l'état actuel de la science, la théorie de l'action bactériostatique est celle qui paraît le mieux convenir à l'explication des faits. Elle impose la notion de la présence nécessaire du corps sulfamidé à l'endroit même où son action doit s'exercer ; on pourrait donc dire que la sulfamidothérapie est d'ordre local ; cependant, on connaît le grand pouvoir de diffusion des sulfamides, la voie buccale est donc la voie habituelle. Il faut réaliser aussitôt que possible une concentration utile dans le sang et dans le foyer, donc commencer par une dose quotidienne forte. Après cette attaque initiale, massive et brusquée, il faut en maintenir la violence, c'est-à-dire assurer la permanence du taux de sulfamide des humeurs à une concentration suffisante pour être active. On donnera le médicament par petites doses, toutes les deux heures, tout au long du nycthémère. Les résultats doivent être rapides en moins de quatre jours ; si la partie n'est pas gagnée au bout de ce laps de temps, l'heure de la sulfamidothérapie a passé. De l'avis de plusieurs auteurs, il ne faut pas dépasser 10 jours, les accidents observés survenant au cours de traitements prolongés, et ne pas croire que les doses modérées mettront à l'abri de ces accidents.

La sulfamidothérapie doit se faire d'une seule tenue et non pas en plusieurs séries.

Quelles sont donc les doses à envisager ?

Pour la sulfamide (1162 F.) chez l'adulte normal : 60 à 70 kilogs, la dose est 0 gr. 15 par kilog pour le premier jour, soit environ 10 grammes, la première dose étant de 4 grammes. Chez l'enfant : 0 gr. 25 par kilog, ce qui, pour un enfant de 15 kilogs, correspond environ à 4 gr. 5 par jour, la première dose étant 2 grammes. Ces doses correspondent aux quantités de sulfamides nécessaires pour obtenir rapidement une concentration sanguine efficace, 10 à 15 milligrammes % chez les malades atteints de formes sévères. LONG indique une posologie plus faible permettant d'obtenir 5 à 10 milligrammes % de concentration sanguine et correspondant aux formes

moyennement graves, 5 gr. 5 pour le premier jour chez l'adulte, et pour l'enfant : 2 à 3 grammes.

Il faut retenir que l'enfant, pour différentes raisons, dont l'élimination plus rapide encore que chez l'adulte, a besoin d'une dose proportionnellement plus forte.

Pour fixer les idées, on peut proposer les chiffres suivants pour un adulte aux émonctoires normaux :

	3 premiers jours dose quotidienne	3 jours dose quotidienne	3 jours dose quotidienne	En 9 jours dose totale
1162 F. (sulfamilamide)	10 grammes 8 - 12	6 grammes 4 - 8	3 grammes 2 - 4	57 grammes 42 à 72
693 M. B. (sulfapyridine)	6 grammes 4 - 8	4 grammes 3 - 5	2 grammes 1,5 - 3	36 grammes 25,5 - 48
2090 R. P. (sulfathiazol)	7 grammes 5 - 9	5 grammes 4 - 7	3 grammes 2 - 5	45 grammes 33 - 63

Nécessité du repos. — Il est préférable que le malade garde le lit, ce qui, d'ailleurs, facilite sa surveillance.

L'alimentation doit être non toxique, lacto-végétarienne. On insistait naguère beaucoup sur certaines exclusions thérapeutiques ; aujourd'hui, on s'accorde à rejeter absolument les sulfates alcalins générateurs de cyanose par sulphemoglobinémie.

Les trois indications hors de pair de la sulfamidothérapie sont l'érysipèle, les méningites aiguës, la blennorrhagie.

Le Dr P. FONTANEL a fait ici même, il y a deux ans, une communication suffisamment détaillée sur les indications de sulfamides dans notre spécialité, pour que j'aie à y revenir, et je ne voudrais pas abuser de votre bienveillante attention.

Cependant, je voudrais lui adresser deux critiques.

D'abord, les indications qu'il en donne sont, à mon sens, beaucoup trop larges. Etant donné, comme je vous l'ai dit plus haut, qu'il y avait danger à faire des cures répétées de sulfamide, il me paraît superflu de traiter par cette thérapeutique des périconarites, des ostéites banales et bien d'autres affections peu graves qui guérissent par les thérapeutiques habituelles, nous réservant l'emploi des sulfamides pour les affections à allure extrêmement sévère.

Une autre critique que je me permettrai d'apporter à la communication du Dr P. FONTANEL est relative à la posologie. Il y a intérêt, selon la plupart des auteurs, à employer des doses fortes au début, d'administrer un traitement dégressif et de raccourcir le plus possible la durée du traitement, car il a été démontré que les accidents survenaient surtout durant les traitements prolongés et que l'on n'en remarquait pas plus avec les doses fortes qu'avec les doses faibles. Les accidents apparaissent d'ordinaire à partir du 10^e jour ; en outre, le traitement ne doit pas dépasser cette durée, car si les effets heureux n'ont pas été obtenus pendant ce laps de temps, on peut conclure à l'échec des sulfamides.

Vous voyez donc, Messieurs, que les sulfamides qui constituent une thérapeutique excellente lorsqu'ils sont maniés judicieusement et à bon escient, n'en sont pas moins une arme à double tranchant entre des mains inexpérimentées. C'est donc surtout sur l'administration de ce produit que je voulais attirer votre attention ce soir.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 1^{er} février 1944

La séance est ouverte à 20 h. 45, sous la présidence de M. Pierson.

M. Paul Marrel. — *Les alliages jaune or (dits bronzes d'aluminium) en art dentaire. — Propriétés et usages.*

Dans une étude succincte des alliages dits « Bronzes d'aluminium » l'auteur nous démontre qu'ils appartiennent à plusieurs catégories dans lesquelles à côté du cuivre comme élément principal, on trouve du magnésium, de l'aluminium ou du glucinium. Ceux qui appartiennent à la dernière série sont les plus résistants aux actions mécaniques et à la corrosion.

Dans la confection des appareils de prothèse dentaire de toutes sortes que l'on peut effectuer avec ces alliages, il faut éviter de les soumettre trop fréquemment à l'action de la chaleur qui les oxyde et aux actions mécaniques répétées qui introduisent les oxydes dans l'alliage, ce qui amène une profonde altération dans le métal.

M. Barthélemy de Maupassant. — *Mode d'action des sulfamides dans l'organisme et posologie.*

Après s'être élevé contre l'usage inconsideré des sulfamides, l'auteur relate l'histoire des travaux sur ces composés, dont l'aboutissant a été mis en lumière par Domagk en 1935, avec la sulfamido-chrysoidine.

Toutes les sulfamides, divisées en trois classes, sont citées avec les propriétés physiques de chacune d'elles : a) la para-aminophényl-sulfamide ; b) Les dérivés par substitution sur l'amine ; c) les dérivés par substitution sur l'amide.

L'action des sulfamides n'est pas une action antiseptique banale ; elle n'est pas une action destructive à proprement parler, mais une action bactériostatique par arrêt de la multiplication microbienne, à partir de la 5^e ou 6^e division cellulaire. Cette théorie est celle de Fournau et de son Ecole.

Comme l'a signalé Domagk, l'action des sulfamides est manifestement accrue en présence de leucocytes polynucléaires, le rôle des moyens de défense de l'organisme apparaît donc certain. A cette théorie d'action directe sur le germe, une autre s'oppose, en faisant intervenir l'organisme.

En outre, il faut signaler l'existence de substances douées de propriétés antisulfamides, expliquant certaines sulfamido-résistances.

Après avoir passé en revue tous les accidents et en avoir indiqué la pathogénie et le traitement, l'auteur adresse deux critiques à la communication du Dr Fontanel (*Réflexions sur la thérapeutique sulfamidée en stomatologie*, Société d'Odontologie, 2 décembre 1941), à savoir que : les indications qu'il donne des sulfamides sont beaucoup trop larges, les sulfamides ne devant être employées que dans les formes sévères : lorsque l'on institue le traitement sulfamidé, il faut administrer les fortes doses au début et appliquer un traitement dégressif qui ne doit pas dépasser une dizaine de jours. Si les effets heureux n'ont pas été obtenus au bout de ce laps de temps, on peut conclure à l'échec des sulfamides.

MM. H. Villain, Pierson, Marrel et Dubois-Prévost prennent part à la discussion qui suit cet exposé.

La séance est levée à 22 h. 30. Le Secrétaire adjoint : R. Dubois-Prévost.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 25 janvier 1944

La séance est ouverte à 20 h. 45, sous la présidence de M. Marcel Vabois, Professeur à l'Ecole Odontotechnique.

1^o Lecture du procès-verbal de la séance du 26 octobre 1943. — Adopté.

2^o Admission de nouveaux membres.

3^o Dr Peyre. — *Sur quelques notions hématologiques et sérologiques que le chirurgien-dentiste ne doit pas ignorer.*

L'auteur parcourt les quelques notions d'hématologie et de sérologie que l'on doit connaître en chirurgie dentaire.

Pourquoi choisir le sang et le sérum comme indicateurs d'une pathologie générale et plus précisément d'une pathologie dentaire ? Le fait que le sang est en rapport avec l'intimité de tous les organes nous explique son importance vitale.

Le sang normal ne renferme que des formes cellulaires adultes, les formes originales n'existent pas dans le sang, mais restent cantonnées dans les organes hématopoïétiques.

D'autre part, c'est aussi dans ces organes que vont s'accumuler les globules rouges et les leucocytes vieillissants, usés, destinés à être détruits.

Le sang n'est pas donc un tissu propre dans lequel s'accomplissent des modifications cellulaires, mais un liquide ne renfermant dans sa masse que des éléments formés en dehors de lui.

Une revue est faite de ce que le sérum et le sang peuvent donner comme indicateurs d'infection ou d'altérations dans les maladies dentaires.

A. *Le sang*. — Nous connaissons le triple rôle que jouent le sang et les vaisseaux.

1° C'est le transport des cellules élaborées ailleurs et provenant de :

a) La moelle osseuse notamment pour les globules rouges et les cellules myélocytiques (polynucléaires) ;

b) Des ganglions pour les mononucléaires et les lymphocytes.

2° C'est le transport des matériaux alimentaires puisés dans le tube digestif.

3° C'est l'hydratation de ces matériaux et c'est enfin le contrôle des variétés leucocytaires, ce qui permettra le diagnostic des anémies, des leucopénies et inversement des polyglobulies, des leucocytoses et des leucémies.

B. *Le sérum*. — Il s'agit d'être bref et de classer, car les réponses à donner sont fort nombreuses. En effet, les sérologistes ont le soin de juger des modifications chimiques (urée et albumines, cholestérine (par exemple), des modifications biologiques qui représentent le comportement du sérum en présence des virus et des microbes, ce qui permet de classer les organismes dans leur lutte contre tel ou tel antigène (syphilis-tuberculose-cancer).

Pour terminer, il conviendrait d'étudier les réactions du sérum vis-à-vis d'autres globules rouges, ce qui permettrait le classement par groupe sanguin indispensable en cas de transfusion éventuelle.

Le Président félicite le conférencier et le remercie.

La séance est levée à 21 h. 20.

Le Secrétaire des Séances : Jean Pérès.

Assemblée générale du 25 janvier 1944

La séance est ouverte à 21 h. 20.

1° Lecture du procès-verbal de la dernière Assemblée générale.

2° Rapport du Secrétaire général. — M. Pierre Fouques nous rappelle l'activité de la S. O. F. durant l'année 1943 et nous résume ses principales manifestations scientifiques. — Adopté.

3° Rapport du Directeur de la *Revue Odontologique*. — Le Dr Gérard Maurel nous rappelle les difficultés présentes, l'impossibilité de faire paraître la *Revue Odontologique*, malgré ses efforts. Il rappelle en outre, que pendant cette période, les Journées Dentaires de Paris auront leur compte rendu, comme l'année dernière. — Le rapport est adopté.

4° Rapport du Trésorier. — M. Blaisot donne le bilan de la S. O. F., l'Assemblée lui donne quitus.

5° Allocution du Président sortant, M. Vabois, qui remercie ses collaborateurs et remet à M. Boucher le soin de continuer sa tâche.

6° Remise des médailles de la S. O. F. — M. Vabois remet à M. le Professeur Verne, membre de l'Académie de Médecine, la médaille de vermeil de la S. O. F. et le Professeur Verne est élu président d'honneur de la S. O. F.

La médaille d'argent à M. Pierre Fouques qui a mené à bien sa tâche de Secrétaire général de la S. O. F. dans des circonstances particulièrement difficiles.

La médaille de bronze à M. Delarras qui vient d'être libéré.

7° Election du Bureau de la S. O. F. pour 1944.

Sont élus : Président : M. André Boucher ; 1^{er} Vice-Président : M. le Dr Marcel Rachel ; 2^e Vice-Président : M. Pierre Fouques ; Secrétaire général : M. Robert Dupont ; Secrétaire général adjoint : M. Jean-Paul Pérès ; Trésorier : M. Jean-Maurice Blaisot ; Trésorier adjoint : M. Maurice Pugin ; Secrétaire des séances : M. Jacques Cretenet.

8° Election de la Commission des Candidatures, sont élus : M. le Dr Frison, M. Vabois, M. Pelletier Dutemple.

La séance est levée à 22 h. 15.

Le Secrétaire des Séances : Jean Pérès.

REVUE DES LIVRES ET DES REVUES

F. BONNET-ROY. — **Acquisitions nouvelles en stomatologie et pathologie maxillo-faciale à l'usage du praticien.** — *Le Bulletin Médical* (n° 1, 5 janvier 1944).

Un numéro de la *Revue de Stomatologie* a été entièrement consacré à la question des *Vitamines en Stomatologie* (1). Friez expose les généralités bio-chimiques et R. Marie passe en revue, après les faits expérimentaux et cliniques, ce qui constitue la partie analytique de son travail, les *avitaminoses* et les *grands syndromes bucco-dentaires*, qui en est la partie synthétique, en terminant par un rappel du point de vue thérapeutique.

Justin-Besançon et Dechaume s'attachent aux *manifestations buccales* de l'*avitaminose nicotinique*. Celles-ci sont tantôt confondues dans un tableau clinique complet avec les autres symptômes de la pellagre, tantôt isolées en dehors de la pellagre. Dans tous les cas, la langue est rouge vif, sèche, avec parfois des fissures douloureuses, « désépithérialisée », plus rarement tuméfiée et crevassée. La stomatite est nettement aphte. Cette glosso-stomatite se rencontrerait, pour les auteurs américains, dans des états sub-pellagres chez certains gastrectomisés, tandis que le traitement nicotinique, en dehors de toute avitaminose, peut être employé avec succès dans les stomatites mercurielles et au cours des accidents de la sulfamido-thérapie. Justin-Besançon et Dechaume se demandent si des dystrophies dentaires comme la mélanodontie infantile dont l'origine est inconnue, ne relèveraient pas, au moins pour une part, de l'avitaminose nicotinique, ou de l'avitaminose C pour G. Beltrami et Romieu.

Il faut rapprocher de cette étude les publications de García qui, en 1937, a observé chez les assiégés de Madrid une *glossite* de carence caractérisée dans sa forme aiguë par un gonflement rapide de la langue, une sensation de chaleur buccale, de la sialorrhée, de la fétidité de l'haleine et de violentes douleurs. A l'examen : congestion de la cavité buccale avec muqueuse rouge vif de la langue, tuméfaction des gencives et des lèvres, du pharynx même, ulcérations douloureuses de la face intérieure de la langue et adénopathie cervicale. Accessoirement, paresthésies gustatives, quelques troubles visuels, troubles de la sécrétion sudorale et des règles... Le chimisme gastrique montre de l'anachlorhydrie ou de l'hypochlorhydrie. Cette forme aiguë est guérie rapidement par l'acide nicotinique et la forme subaiguë par l'extrait hépatique et la levure de bière (2).

Raynal a essayé les applications locales de vitamine C. Cet essai de *C. vitamino-thérapie* locale a été tenté par lui dans les dentinites, dans les gingivites catarrhales et dans la métallisation argentique et les résultats obtenus ont été encourageants.

Hulin (3) a consacré un travail considérable, clinique, biologique et expérimental, à la question toujours si controversée de la *pyorrhée alvéolaire*. Se basant sur le fait que l'affection intéresse à la fois la dent — odonton — et son appareil de soutien — parodonton — il la qualifie de *parodontose* et, parce qu'elle suppure, de *parodontose pyorrhéique*. Il établit une discrimination formelle entre l'atrophie alvéolaire physiologique ou sénile et l'atrophie juvénile, analogue au rachitisme. La première est caractérisée par la conservation dans le tissu alvéolaire d'une proportion de calcium plus élevée que dans la seconde. Ces deux états peuvent, à tout moment de leur évolution, se compliquer de la maladie suppurative : parodontose pyorrhéique, sénile ou juvénile. L'étiologie de la maladie fait état non seulement des conditions anatomiques macroscopiques et tissulaires épithélio-conjonctives des diverses parties constitutives de la dent et de ses organes de soutien, mais aussi de leur physiologie, essentiellement mécanique. Hulin considère que la maladie a un point de départ épithélial, superficiel, « qu'elle est due à un état d'instabilité humorale anaphylactoïde, se traduisant par

(1) Nos 11-12, novembre-décembre 1941.

(2) *Revue de Stomatologie*, nos 1-2, janvier-février 1942.

(3) Ch. Hulin : Les parodontoses pyorrhéiques ou pyorrhées alvéolaires (complexe de Fauchard-Bourdet).

une lésion locale comparable au phénomène d'Arthus ». Il faut donc conjuguer la thérapeutique locale (infiltrations fibrogènes et calcogènes) à la thérapeutique générale, désensibilisante.

A propos de la pyorrhée, signalons que dans sa revue générale, la *Pathologie bucco-dentaire aux yeux du biologiste* (4), Delater considère l'élément infectieux et suppuratif comme primitif, entraînant secondairement la résorption alvéolaire, la cause générale initiale relevant d'un déséquilibre endocrinien.

P. Fontanel étudie les indications de la *sulfamidothérapie* en stomatologie (5). Si elle ne peut éviter l'intervention dans les ostéophlegmons ou les ostéomyélites, elle doit lui être associée (observation typique de Crocquefer) et elle est particulièrement recommandable dans les cas où l'on est en droit de pratiquer l'expectative armée (accidents muqueux de la dent de sagesse encore limités, périoronarite, etc.).

Signalons une étude d'ensemble très complète de E. Wallon sur les indications du *Radium dans les cancers de la bouche et des cavités annexes* (6) et ses techniques d'application, pour lesquelles la collaboration de la prothèse est souvent indispensable, non seulement en vue de maintenir les fragments osseux mandibulaires après résection chirurgicale, mais aussi pour la mise en place d'appareils radifères et, secondairement, pour la restauration des pertes de substance osseuse.

Ivan Bertrand, étudiant l'*Epulis au point de vue histo-biologique* (7), distingue l'*épulis fibreuse*, congénitale ou répondant à la phase scléreuse d'un processus très évolué, éteint ; l'*épulis inflammatoire*, dans laquelle d'ailleurs on peut voir la réaction inflammatoire se combiner plus ou moins avec la réaction fibreuse ; l'*épulis tumorale*, caractérisée le plus souvent par les myélopaxes, plus rarement par la formule histologique de l'adamantinome.

Moulouquet préconise le traitement des *cancers mandibulaires* par électro-coagulation avec traitement systématique des gîtes cellulo-ganglionnaires cervicaux. Il s'agit de cancers épithéliaux ayant débuté à la gencive ou au plancher de la bouche, attaquant l'os rapidement sous la forme dite *lèrebrante*. La méthode ne s'applique pas aux cancers de la joue, de la langue ou de l'amygdale ayant secondairement envahi la mandibule. L'électro-coagulation permet la destruction des tissus cancérisés et suspects sans dépasser les limites de la cavité buccale et sans rompre la continuité de l'arc mandibulaire. Au niveau de l'os se produit secondairement une nécrose progressive avec élimination de sequestres, n'intéressant généralement pas le bord basilaire. Le curage ganglionnaire cervical large se complète heureusement par une irradiation secondaire par radiothérapie ou appareils moulés radifères (8).

Lebourg, Gencel et Fontanel, à propos d'un *syphilome du maxillaire supérieur* simulant un kyste volumineux, insistent sur le polymorphisme des manifestations syphilitiques du maxillaire, faciles à confondre avec des accidents dentaires d'ordre banal et d'autant plus difficiles à diagnostiquer que les sujets ne présentent le plus souvent, par ailleurs, aucun stigmate ni aucune dystrophie apparents et que la sérologie est négative. On peut se demander, dans les cas analogues, si la syphilis osseuse a été en quelque sorte préparée par l'évolution d'un kyste paradentaire ou coronodentaire, ou bien, si elle est, par elle-même, capable de déterminer au niveau des maxillaires des pertes de substances d'allure kystique, semblables à celles que réalise l'adamantinome (9).

Virenque a exposé les *principes généraux de la reconstruction faciale* tels qu'il les a mis au point au cours de la guerre 1914-1918 et de la guerre actuelle (10). Les difficultés de cette restauration sont bien connues : infection, destruction d'éléments osseux indispensables à la morphologie, nécessité d'obtenir un résultat fonctionnel et esthétique satisfaisant, obligation d'une étroite collaboration chirurgico-prothétique. Virenque divise l'ensemble du traitement en quatre temps : temps de désinfection et d'appareillage provisoire ; temps d'autoplastie ; temps de consolidation

(4) *L'Odontologie*, 1942, n° 3 et 5.

(5) *L'Odontologie*, 1942, n° 1.

(6) *L'Odontologie*, 1942, n° 11 et 12.

(7) *L'Odontologie*, 1943, n° 2.

(8) *Revue de Stomatologie*, n° 5-6, mai-juin 1942.

(9) *Revue de Stomatologie*, n° 3-4, mars-avril 1942.

(10) *Revue de Stomatologie*, n° 3-4, mars-avril 1941.

osseuse ; temps d'appareillage prothétique définitif. La désinfection comporte également la régularisation osseuse ; la prothèse provisoire immobilise les fragments osseux, soutient les autoplasties et modère l'étage moyen de la face quand il est détruit. Les autoplasties peuvent être précoces ou tardives. Au temps de consolidation osseuse, trois éventualités peuvent se présenter : ou elle est satisfaisante et on passe au temps suivant, ou elle est vicieuse, ce qui ne se rencontre guère chez les blessés traités précocement et il faut ou faire une ostéotomie (maxillaire inférieur) ou des greffes esthétiques, ou bien, il y a pseudarthrose et il faut recourir aux greffes ostéo-périostiques, dans un but à la fois esthétique et fonctionnel. Virenque termine son exposé en passant en revue des types anatomo-cliniques, caractérisés par le siège et l'étendue des délabrements.

Insistons sur le fait que Virenque, en *Chirurgie réparatrice maxillo-faciale* reste fidèle aux greffes ostéo-périostiques qu'il préfère aux greffes osseuses totales. Il ne place ses greffons qu'après réfection terminée des plans mous par autoplasties. Il ne les fixe aux fragments osseux par aucune pièce métallique et, dans les cas de perte de substance osseuse étendue, il a recours au « contact osseux unique », suivant la technique suivante : deux greffons sont placés au contact d'un des fragments mandibulaires, l'un au contact de la table externe, l'autre au contact de la table interne. De même, deux autres greffons sont placés au contact de l'autre fragment mandibulaire. Dans la partie intermédiaire, les quatre greffons se rejoignent. Si la perte de substance est trop étendue, une seconde greffe sera posée, trois mois plus tard, entre les extrémités libres des deux premiers groupes de greffons après que ceux-ci auront « pris ». C'est une greffe sur greffe ou greffe en deux temps. L'acte chirurgical se complète naturellement de la pose d'une prothèse d'immobilisation, généralement par occlusion des mâchoires ou par un appareil à guide destiné à empêcher les mouvements de latéralité (11).

Ginestet, aux greffes ostéo-périostiques, préfère les greffes d'os total dans le traitement des pseudarthroses du maxillaire inférieur suivant la technique d'Albee, et il apporte avec de très bons résultats des précisions sur sa technique (12).

Pierre Mathieu a traité par la *diélectrolyse de calcium* des malades atteints d'ostéophlegmons ou d'ostéo-myélite graves du maxillaire inférieur. L'ionisation de calcium agit sur le trismus et la douleur, sur les phénomènes inflammatoires, œdème et suppuration, sur l'aspect des cicatrices cutanées et surtout prévient la formation des séquestres en favorisant la régénération osseuse (13).

HYGIÈNE

COMITÉ NATIONAL D'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE

Communiqué

Le Bureau du Comité National d'Hygiène Bucco-Dentaire, ayant pris connaissance de la *Convention* en date du 19 novembre 1943, conclue entre la Section Dentaire de l'Ordre des Médecins de la Seine et l'Union des Caisses d'Assurances Sociales de la Région Parisienne :

— s'étonne de constater qu'aucun tarif privilégié n'a été prévu en faveur des *Soins dentaires infantiles*, contrairement à ce qu'il était permis d'espérer. La nécessité du dépistage et du traitement précoces n'est plus contestable. Elle a, d'ailleurs, été à nouveau mise en évidence, par les soins du Comité National d'Hygiène Bucco-Dentaire, au cours des débats qui précédèrent la signature de ladite convention.

— bien au contraire, la *consultation d'âge scolaire* est remboursée à l'assuré à moitié prix de la consultation adulte. Cette mesure, absolument injustifiée (les Caisses d'A. S. ne participant pas aux frais de l'Inspection Dentaire Scolaire) est de nature, si elle n'est pas immédiatement rapportée, à compromettre sérieusement l'effort

(11) *Revue de Stomatologie*, nos 9-10, septembre-octobre 1943.

(12) *Revue de Stomatologie*, nos 9-10, septembre-octobre 1941.

(13) *Revue de Stomatologie*, nos 5-6, 1941.

poursuivi par le C. N. H. B. D. et la Profession Dentaire tout entière. Ne jette-t-elle pas, en effet, un discrédit en quelque sorte officialisé sur l'utilité des soins dentaires infantiles en général et de la prophylaxie en particulier.

Le Bureau du C. N. H. B. D. croit donc devoir insister auprès des Co-Signataires de la Convention pour que soit supprimée, d'un commun accord, cette malencontreuse discrimination entre la consultation adulte et la consultation infantile.

Il lui apparaît souhaitable que le bénéfice de la *consultation prophylactique*, heureusement instaurée par l'orthopédie dento-faciale, soit étendu à toute consultation infantile quel qu'en soit le motif. Il décide de transmettre sa protestation à tous les organismes officiels et professionnels intéressés. Ce faisant, il ne prétend pas s'immiscer dans la défense des intérêts matériels de la Profession Dentaire (lesquels sont du domaine de l'Ordre et ne sont pas lésés, le tarif professionnel applicable aux Assurés Sociaux étant identique). Il défend uniquement le principe même de l'action en vue de laquelle il a été créé.

Pour le Président du C. N. H. B. D.,

Le Secrétaire Général Technique :

A. Besombes.

NOUVELLES

Mariage. — Le mariage de M. Paul Mazars, chirurgien-dentiste, chef de clinique à l'Ecole Dentaire de Paris, avec Mlle Simonne Ressler, a été célébré dans l'intimité le 5 février 1944, à Paris, en l'Eglise Saint-Augustin.

Nos sincères félicitations et vœux de bonheur.

Naissance. — M. A. Dubreuil, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement et de la Section Dentaire de l'Ordre National des Médecins, et Madame, nous ont annoncé la naissance de leur fille Marie-Christine, le 29 janvier 1944.

Le Dr Devilliers, chef de clinique à l'Ecole Dentaire de Paris, et Madame, nous ont fait part de la naissance de leur fille Catherine, le 4 janvier 1944.

Nos sincères félicitations.

Nécrologie. — M. Numa Piton, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, nous a fait part du décès de sa femme, survenu le 1^{er} février 1944.

M. Paul Liskenne, chirurgien-dentiste, chef de clinique à l'Ecole Dentaire de Paris, nous a fait part du décès de sa belle-mère, Mme Victor Lelièvre, le 12 février 1944.

M. Robert Ninet, chirurgien-dentiste, chef de clinique à l'Ecole Dentaire de Paris, nous a fait part du décès de sa mère, M^{me} Veuve Ninet, le 4 février 1944.

M. Marcel Gauzeran, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement et du Corps Enseignant de l'Ecole Dentaire de Paris, nous a fait part de la mort de sa mère, M^{me} Veuve Gauzeran, le 28 février 1944.

Nous avons appris la mort de M. René Viel, chirurgien-dentiste à Pont-Belon-la-Trinité (Savoie), membre de notre Groupement.

Nous prions nos confrères et leur famille de trouver ici l'expression de nos sincères condoléances.

Nous avons appris la mort de M. Gaston Couget, chirurgien-dentiste à Trappes (S.-et-O.), ancien élève de l'E. D. P. et membre de notre Groupement, décédé au cours d'un bombardement.

Nous adressons à M^{me} Couget et à sa famille nos bien sincères condoléances.

On nous communique. — La Bibliothèque de l'Ecole Dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris (9^e), nous fait savoir qu'elle recherche un ouvrage de Calvin Case : *Traitement des voiles du palais, fissures*.

Les Sports à l'École Dentaire de Paris. — L'École Dentaire de Paris championne de l'Académie de Paris en football. — La finale du Championnat d'Académie de Paris opposait les deux Ecoles Dentaires de Garancière et de la Tour-d'Auvergne. Bruyamment encouragés par leurs chorales et fanfares respectives, les futurs dentistes se livrèrent un duel sans merci.

La première mi-temps vit La Tour mener à la marque dès le début par un joli but de Grillet, puis se faire remonter et même distancer par Garancière qui conserva l'avantage de deux buts à un jusqu'à la mi-temps.

En seconde mi-temps, La Tour-d'Auvergne affirma une supériorité manifeste en jouant constamment devant les buts adverses. La marque de six buts à deux à la fin de la partie reflète éloquentement la physionomie du match. Chez les vainqueurs, Carton, Rossini, Goulet et Grillet se distinguèrent particulièrement ; à Garancière, Le Coënt et Guégan furent les seuls à rester dangereux jusqu'au bout ; le reste de l'équipe s'effondra en seconde mi-temps.

Les deux équipes sont qualifiées pour disputer le Championnat de France. Garancière devant se rendre à Lille le 9 mars et La Tour recevant à la même date l'Institut Dentaire de Nancy, champion de son Académie.

Les dentistes sont donc largement représentés en ce championnat de France qui devient presque « corporatif ».

De ces différents « duels fratricides » sortira peut-être une École Dentaire championne de France.

J. V.

FICHES BIBLIOGRAPHIQUES

PROTHÈSE

Bennejeant (Ch.). — La fonderie fine des aciers et alliages inoxydables (*Information Dentaire*, 14 sept. 1941).

Béllard (M.). — Prothèse dentaire conjointe. Inlays, couronnes et bridges (*La Pratique Stomatologique*. Edité chez Masson, 1941).

Béllard (M.). — Généralités sur les alliages de remplacement (*Revue de Stomatologie Paris*, n° 7, 1941).

Château (J.-M.). — Réflexions et recherches en vue d'améliorer la technique des aciers (*Revue de Stomatologie Paris*, n° 7, 1941).

Martin (A.-J.). — Note pratique sur l'utilisation des métaux de remplacement (*Revue de Stomatologie Paris*, n° 7, 1941).

Bruneteau (L.). — De l'appareillage de contention dans une perte de substance importante du maxillaire inférieur (*L'Information Dentaire*, 9 nov. 1941).

Durlinger (E.). — Considérations en marge de la prothèse (*Zahnärztliche Rundschau*, n° 2, 1941) (*Information Dentaire*, 9 et 16 nov. 1941).

Dirks (B.). — Pour faciliter la prise d'empreinte au plâtre (*Information Dentaire*, 16 nov. 1941).

Housset et Pierson. — Résistance et altérabilité des prothèses métalliques (*Odontologie*, mai 1941).

Rivault. — Les prothèses fixes en acier coulé (*Odontologie*, mai 1941).

Brochère (F.). — Les produits de remplacement (Ce qui se fait ailleurs) (*Information Dentaire*, 4 Mai 1941).

DENTS ARTIFICIELLES

Brabant (J.). — Les dents interchangeables (*Revue Belge de Stomat.*, sept. 1936).

Winkler (J.). — Facettes à crampons en forme de boutons pour couronnes et bridges (*Zahnärztliche Rundschau*, n° 22 1938).

Gonon et Lakermance. — Etude sur la solidité de quinze porcelaines utilisées en art dentaire (*Odontologie*, nov. 1938).

Chamay (M.). — Technique du maquillage des dents artificielles (*Thèse Genève*, 1938. Imprimerie Roto-Sadag, Genève).

Sléger (J.). — Illusions d'optique en dentisterie (*Dentistische Reform*, n° 26, juin 1941. *Information Dentaire*, 26 octobre 1941).

Gonon et Lakermance. — Les points noirs sur la porcelaine meulée (*Odontologie*, juillet 1941).

Cross (K.). — The coloring of dental porcelain (Coloration de la porcelaine dentaire (*Journal of the American Dental Assoc.*, mai 1924).

Royer (M.). — Deux nouvelles formes de dents artificielles (*Odontologie*, 30 novembre 1926, p. 780).

Royer (M.). — Nouveau procédé de fabrication des dents artificielles avec gencive porcelaine (*Odontologie*, novembre 1927, p. 787).

Morineau (T.). — Protection efficace des facettes de porcelaine interchangeables par contre-plaque à recouvrement (*Odontologie*, mars 1933).

L'Administrateur-Gérant : P. LOISIER. — Autorisation S. 149.

Soc. Rel. Imp. & Pub. (DORVILLE ÉDITEUR)

Dépôt légal 1^{er} trimestre 1944. — N° 1

L'ODONTOLOGIE

REVUE MENSUELLE

DIRIGÉE DE 1881 A 1896 PAR PAUL DUBOIS

DE 1896 A 1923 PAR CHARLES GODON

ET DE 1923 A 1940 PAR MAURICE ROY

Secrétaire de la Rédaction, Administrateur

Pierre LOISIER

Professeur sup. à l'Ecole Dentaire de Paris

Directeur et Rédacteur en Chef

A. AUDY

Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Les écarteurs dans les malpositions compliquées non symétriques du maxillaire supérieur, par J. Brun.....	50
Les alliages jaune or (dits bronze d'aluminium) en art dentaire. Propriétés et usages, par P. Marrel.....	56
REVUE DES LIVRES ET DES REVUES.....	60
NOUVELLES.....	64

ÉDITIONS DE LA SOCIÉTÉ RÉGIONALE D'IMPRIMERIE

MAURICE DORMANN, ÉDITEUR

RÉDACTION ET ADMINISTRATION : 45, rue de la Tour-d'Auvergne, PARIS (9^e)

Compte Chèques Postaux 277.93 Paris

Téléphone : Trudaine 74-86 et 74-87

Abonnements : France.. 100 fr. par an. — Le numéro : 12 francs.
Etranger 130 fr. par an. Le numéro : 16 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

LES ÉCARTEURS DANS LES MALPOSITIONS COMPLIQUÉES NON SYMÉTRIQUES DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

Par J. BRUN

Chef de clinique à l'Ecole Dentaire de Paris

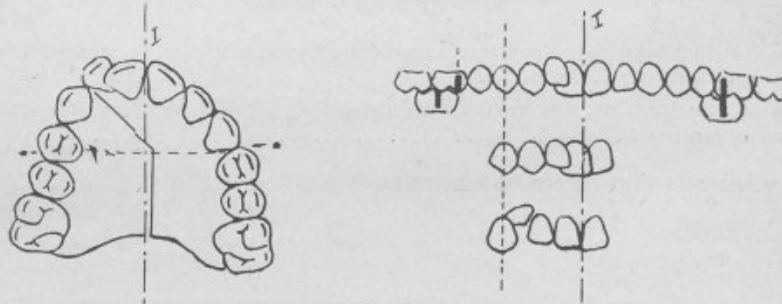
*Présentation faite à la Session d'Orthopédie Dento-Faciale
de la Société d'Odontologie de Paris, le 6 mai 1943.*

616.314 089.23 × 633.641

L'écarteur, cette simple machine classiquement utilisée en position perpendiculaire au raphé, voit ses indications devenir plus nombreuses si on le pose en direction plus ou moins oblique par rapport au raphé.

Il devient apte à traiter notamment en une seule étape une endognathie supérieure compliquée de mésio-position unilatérale d'une demie ou d'une cuspide par exemple. Cette complication sagittale unilatérale est très fréquente à l'arcade supérieure. Elle est due presque toujours à la perte prématurée d'une molaire temporaire ; l'hémi arcade ainsi mutilée ne résiste pas à la pression mésiale de croissance de la dent de six ans.

LE CAS CLINIQUE LE PLUS SIMPLE SE PRÉSENTE AINSI (fig. A):



a) *Diagnostic :*

1° Vestibulo-position de 2 | due à la mésio-position de toutes les dents supérieures droites.

Arcade inférieure normale.

Engrainement mésial supérieur droit d'une cuspide, c'est-à-dire 4 m/m. Le plan orbito-canin de Simon passe à gauche entre | 3 et | 4 et à droite entre 4 | et 5 |.

2° Espaces interincisifs supérieur et inférieur sont situés sur la ligne des points médians du visage. Endognathie de 4 m/m limitée à l'hémi arcade supérieure droite.

b) *Appareil.* — Plaque-base fendue au niveau de 2 |.

RÉSISTANCE MOBILE : partie droite de la base entraînant les dents par trois pointes interdentaires entre 6 | et 5 |, 5 | et 4 |, 4 | et 3 |. Ces trois pointes, en se logeant entre la gencive et le point de contact, assurent une bonne contention de la base (fig. 1).

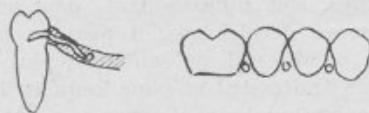


Fig. 1.

RÉSISTANCE STABILE : partie gauche de la base, appuyée sur 2 | 1 | 1 | à 6, fixée par agrafe de Jackson et bague à rebord lingual sur 4 |. Sa qualité de résistance stable est augmentée par un fil d'acier au 8 en forme d'U en articulant sur la face linguale des antagonistes inférieures 2 1 | 1 2 3 (fig. 2 et 3).



Fig. 2.



Fig. 3.

FORCE MOTRICE. — a) *La machine* choisie est un verrin pour permettre à la patiente qui habite la province de régler elle-même son appareil.

b) *La direction* de la force est le point important qui fait l'objet de ma présentation (fig. 4).

Considérons le point A, cuspide vestibulaire de 4 | ; il doit être déplacé vestibulairement pour la correction d'une endognathie de 4 m/m, donc venir en B. Puis, distalement, de 3 m/m pour correction de mésio-position et venir en C. Le verrin sera placé parallèlement à la direction A C.

Une autre machine motrice, écarteur d'un modèle différent, aurait pu être choisie, comportant l'action d'une force continue par anneau de caoutchouc ou ressort en fil d'acier d'une intensité appropriée.

Le résultat obtenu, le traitement se poursuit par une base à arc vestibulaire distalant et lingualant $3 \mid 2 \mid 1$ et comportant aussi un appui sur l'arcade inférieure, dont on peut se dispenser dans le cas de bonne tonicité labiale.

Une arcade inférieure anormale doit éventuellement recevoir l'appareillage que nécessite sa propre dysmorphose (écarteur normal ou oblique, arc vestibulaire ou lingual) et ses dents évoluer parallèlement aux antagonistes supérieures, soit différemment, pour une partie de l'arcade tout au moins. Dans ce dernier cas, il peut se produire des passages critiques pointe sur pointe qui ne sont pas plus dangereux que dans tout autre procédé de traitement et pour lesquels il y a lieu de prévoir, par exemple, des plans régulateurs d'expansion uni ou bilatéraux.

La contention doit se concevoir dans la pensée d'opposition au mouvement qui vient d'être effectué et, là aussi, l'agrafe de Jackson est le procédé de choix pour la rétention de la plaque-base de contention.

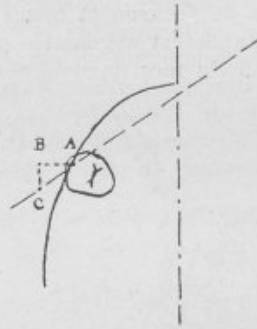


Fig. 4.

CAS CLINIQUES :

a) Suivant l'âge du sujet et son type calcique, il n'est pas toujours possible de comprendre la mutation de la première prémolaire $4 \mid$ dans la première étape du traitement (notamment après 12 ans).

La première pointe interdentaire entre $3 \mid$ et $4 \mid$ est alors supprimée et, dans une deuxième étape, le déplacement de $4 \mid 3 \mid$ est effectué par un ressort auxiliaire sur une base qui assure aussi la contention de $6 \mid$ et $5 \mid$. Il est possible que $3 \mid$ demande à être déplacée séparément. L'éventualité de la Force intermaxillaire indispensable peut se présenter dans les cas ingrats.

b) Suivant l'anatomie, la variété des cas cliniques est résumée dans le tableau ci-annexé (fig. B) qui réalise en même temps une vue d'ensemble sur l'emploi des appareils à base fendue (points d'appui alvéolaires et dentaires) dans le traitement des endognathies non symétriques (sens frontal) et compliquées (non symétriques dans le sens sagittal).

L'écarteur oblique est particulièrement avantageux quand il est nécessaire de mésialiser un côté et de distaler l'autre (mouvement difficile à réaliser avec les arcs, susceptibles d'actions secondaires et de réactions nocives sur les ancrages). Le calcul de l'obliquité à donner à l'écarteur se fait comme dans le cas type précédemment décrit, pour une dent caractéristique de chaque côté de l'écarteur (par exemple une dent qui doit être distalée à droite et une dent qui doit être mésialisée à gauche) et l'on prend une direction moyenne entre les deux directions ainsi obtenues (fig. 5).

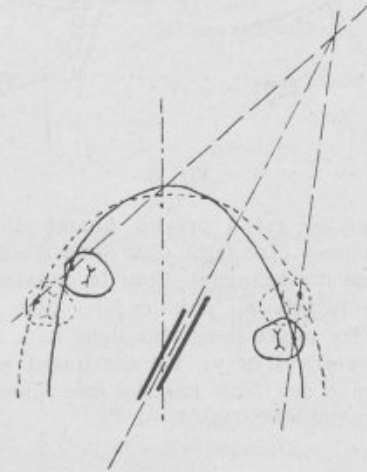


Fig. 5.

Les retouches de la base à la demande, l'adjonction de ressorts auxiliaires, l'action des plans cuspidiens antagonistes et les autres forces naturelles parfont le résultat dans le détail.

On peut aussi faire un premier appareil dont l'écarteur est parallèle à la direction la moins oblique et dont l'action est bilatérale jusqu'à obtenir le résultat d'un côté, puis un deuxième appareil d'action unilatérale et de direction la plus oblique, agissant sur le côté incomplètement traité.

Lorsque l'endognathie est au maximum aux canines, c'est l'écarteur angulaire (type Cecconi) qui est indiqué et donne une action symétrique si les résistances sont mixtes ($RS = RM$) et une action non symétrique si $RS > RM$. Dans ce cas, la résultante est unilatérale vestibulaire et distale. L'action distale est de plus en plus importante si l'on rapproche la charnière de la résistance stable.

L'emplacement de la charnière est calculable géométriquement mais, dans la pratique, il est plus rapide et suffisant de le trouver par tâtonnement au compas : La pointe sèche mise au point essayée, la pointe traçante doit partir d'une cuspide de la dent à déplacer et aboutir au même point de la dent en position corrigée (le graphique de prédétermination de l'arcade est le procédé de diagnostic le plus sûr et le plus rapide).

Le déportement de la charnière hors du raphé vers les collets doit être réalisé sans changer la *verticalité* de l'axe de rotation, sinon le mouvement d'éventail se fait hors du plan horizontal, et provoque une action verticale déformante si elle est imprévue ou utilisable à bon escient pour le traitement d'une infra-position unilatérale d'un petit groupe dentaire (par exemple infra de 2, 3, 4 par suçage (fig. 6).

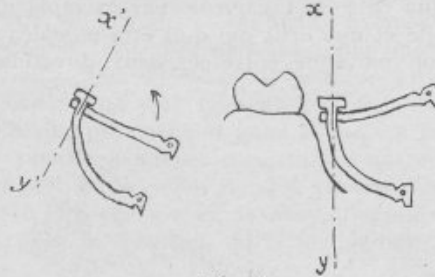


Fig. 6.

Une *charnière spéciale* est à prévoir quand elle doit être déportée près des collets. Elle peut être faite d'un jonc d'acier (pivot de dent à tube) à tête pour l'une des branches. Pour la deuxième, d'un même jonc bouclé en dessous de la tête du premier ; les deux bouts libres aplatis par martelage pour être noyés dans leur demi-base respective. L'axe de la branche doit être vertical (x y). En l'inclinant en dedans (x' y') on peut obtenir sur le tenon des dents baguées une égression en même temps qu'un mouvement vestibulaire (fig. 6 et 7).

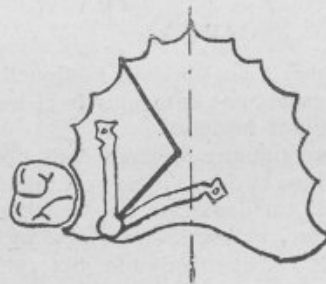


Fig. 7.

CONCLUSION. — Cette présentation est faite avec le désir d'attirer l'attention des praticiens sur des machines et une technique connues, mais dont toutes les possibilités ne sont pas utilisées. Grâce à elles et à l'appui d'un *diagnostic précis*, on peut réaliser avec plus de facilité, de sécurité et avec une économie de temps, le traitement de certaines formes compliquées d'endognathie et de latérogathies mandibulaires, squelettiques ou cynématiques.

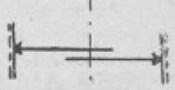
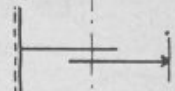







Appareil	Position par rapport au raphé	Mouvement correcteur effet suivant R M et R S	
I Ecarteur Normal	Perpen- diculaire	1 ^o Action symétrique $R M = R S$ résistances mixtes	
		2 ^o Action non symétrique $R S > R M$ côté droit côté gauche	
II Ecarteur oblique	Oblique	1 ^o Action unilatérale a) mésialleur $R S > R M$	
		b) distaleur $R S > R M$	
		2 ^o Action bilatérale $R M = R S$ résistances mixtes mobilisées en sens inverse sagi- talement.	
III Ecarteur angulaire (Cecconi)	a) Charnière sur le raphé	1 ^o Action symétrique Vestibulaire (Maximum sur les canines)	
		2 ^o Action non symétrique Vestibulaire et distalante.	
	b) Charnière hors du raphé	Action vestibulaire proportionnelle à la valeur des deux résistances. Distalante du côté de la résistance la plus faible. Action verticale possible par inclinaison de l'axe de charnière.	
IV Distaleur et mésialleur	Parallèle au raphé	Action antéro-postérieure Action postéro-antérieure.	

Fig. B.

LES ALLIAGES JAUNE OR (DITS BRONZES D'ALUMINIUM) EN ART DENTAIRE — PROPRIÉTÉS ET USAGES

Par Paul MARREL
Chirurgien-Dentiste D. F. M. P.

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris,
le 1^{er} février 1944)

616 314 × 155.

La conférence que je vais vous faire a pour but de vous donner quelques indications sommaires concernant les propriétés et usages des alliages désignés sous la dénomination de *Bronzes d'aluminium*.

Vous connaissez bien ces alliages remarquables par leur magnifique coloration jaune or parfois plus brillante que celle de l'or lui-même après polissage. Ils possèdent tous des noms pompeux dans lesquels on trouve toujours le mot or comme suffixe ou préfixe sans qu'ils en contiennent la moindre parcelle.

Ils appartiennent, au point de vue métallurgique, à la grande classe des bronzes dont voici les principaux : bronzes d'étain ; bronzes au phosphore ; bronzes d'aluminium ; bronzes de magnésium ; bronzes de glucinium.

Les seuls bronzes que nous considérerons seront les bronzes d'aluminium qui se subdivisent en trois catégories :

1^o Bronzes d'aluminium au nickel ; 2^o bronzes d'aluminium au cobalt ; 3^o bronzes d'aluminium au manganèse ; puis les bronzes de magnésium et enfin les bronzes de glucinium.

Tous ces bronzes ont un point commun, c'est la présence du cuivre dans une proportion variant entre 80 et 97 % en poids dans l'alliage ; c'est ce métal qui leur donne une coloration variable allant du jaune très pâle au jaune brun foncé, suivant la teneur croissante en cuivre.

Le caractère distinctif est la présence d'éléments tels que l'aluminium, le magnésium ou le glucinium qui dénominent chaque alliage.

Certains alliages, tels que les bronzes d'aluminium, possèdent des éléments complémentaires ayant pour but de corriger les défauts essentiels de l'alliage binaire Cu et Al. Ce sont les alliages ternaires Cu Al Ni, ou Cu Al Co, ou encore Cu Al Mn.

La proportion du nickel, du manganèse ou du cobalt est très faible de l'ordre de quelques % seulement.

ALLIAGES Cu ET Al. — Les premiers essais de fabrication des bronzes d'aluminium datent de *Sainte-Claire-Deville* et *Debray* lorsqu'ils mirent au point la fabrication de l'aluminium en quantité industrielle par électrolyses de certains sels fondus tel que le cryolithe $3 \text{ Na F} \cdot \text{Al F}_3$ qui est un fluorure double d'aluminium et de sodium.

Le diagramme d'état de ces alliages n'est pas encore parfaitement donné, on sait néanmoins que la solubilité de l'aluminium dans les cuivres solides présente un maximum de 10 % à la température eutectoïde de 565° pour environ 8 % à 20° et 7 % à 1.031° température du premier eutectique qui est à 8,5 % d'Al ce qui signifie que les proportions sus-indiquées sont les seules désignant à ces températures des alliages stables en solution solide possédant les qualités exigées. En retour, la solubilité du cuivre à l'état solide dans l'aluminium solide indique un maximum de 6 % environ à 548° ; cette solubilité décroît très rapidement par refroidissement pour être voisine à 0,5 % à 20°. Il en résulte que les traitements thermiques ont une grande influence sur la constitution et les propriétés de ces alliages.

La densité des alliages Cu Al croît avec la teneur en Cu, mais leur conductibilité diminue avec la teneur en Al. La couleur des alliages est rosée pour les faibles teneurs en Al 3 à 5 %, jaune verdâtre à 8 %, jaune or jusqu'à 14 %, puis blanc gris et blanc argent à 20 %. De 90 à 97 % de Cu ils sont malléables, forgeables, laminables et peu fragiles ; plus durs et plus résistants à la corrosion que le Cu. Ils deviennent cassants à partir de 11 % d'Al, très fragiles et très durs à 14 %, pulvérisables au mortier à 20 % mais redeviennent malléables dès que la proportion d'Al atteint 66 %. Ainsi, les seuls à utiliser ne doivent pas renfermer plus de 8 % d'Al car, en outre, leur charge de rupture et leur limite élastique diminuent avec la teneur croissante en Al ; on peut laminier à toutes les températures les alliages de moins de 8 % d'Al.

On a observé qu'un alliage à 8 % revenu à 400° après trempe à 800° est beaucoup plus dur, tandis que si le revenu est porté à 500°, c'est l'inverse qui a lieu. On conçoit ainsi qu'au laboratoire de prothèse il faut veiller à porter le revenu à 500° si l'on veut obtenir un métal plus malléable pour la confection des bagues ou des plaques.

PROPRIÉTÉS CHIMIQUES. — Ces alliages ont une remarquable résistance à la corrosion par les agents naturels, et aux agents chimiques.

Pour étudier la résistance à la corrosion d'un bronze d'aluminium commercial, on procède comme suit :

On prépare trois tubes à essai contenant chacun de l'acide chlorydrique de densité variable, soit :

HCl D⁺ 1.19 HCl D⁺ 1.15 HCl D⁺ 1.11.

Après avoir fondu l'alliage à examiner avec son poids d'Al dans un creuset de terre revêtu intérieurement d'un enduit réducteur empêchant l'oxydation de l'alliage par l'air, on le divise en trois parties, chacune traitée par les trois solutions chlorydriques.

Un alliage de mauvaise qualité se dissout pratiquement dans les trois solutions ; il n'existe en son sein la combinaison Cu Al². Un alliage de qualité moyenne laisse dans les acides de D⁺ 1.15 à 1.11 une poudre cristalline grise de formule Cu Al. Quant à un alliage de bonne qualité, il laisse une poudre cristalline jaune d'or ne se dissolvant que lentement à froid dans l'acide de D⁺ 1.19, c'est la combinaison Cu³ Al.

Les alcalis caustiques tels que la potasse KOH attaquent d'autant mieux les bronzes qu'ils sont plus riches en Al ; ce dernier se solubilise et se convertit en aluminate de potassium Al O² K.

ALLIAGES Cu ET Al Ni. — En proportion de quelques % le nickel accroît la dureté de l'alliage sans diminuer sa ductilité et en augmentant sa malléabilité. La proportion du nickel ne doit pas dépasser de 5 %.

ALLIAGES Cu ET Al Co. — On additionne les bronzes d'aluminium de 7 à 8 % de Cu par 4 à 5 % de Co ; la dureté de l'alliage augmente avec la teneur en Co ainsi que la résistance à la conductibilité électrique et calorifique. Cet alliage convient parfaitement à la confection des faces triturantes des couronnes, des corps de bridges et des inlays.

ALLIAGES Cu ET Al Mn. — Ces alliages ternaires sont appelés alliages de Heusler ; ils sont ferromagnétiques. Ce sont généralement des solutions de l'alliage Al Mn dans le cuivre. Les propriétés mécaniques de l'alliage Cu Al à 8 % sont fortement améliorées par l'adjonction de 1 à 3 % de Mn. Ces alliages sont très résistants à la corrosion par l'eau ou les liquides acides. Ils sont très durs, mais leur malléabilité et leur ductilité diminuent avec la teneur en Mn.

ALLIAGES Cu ET Mg. — Les premières recherches sont dues à Riché et Charpy. La solubilité du Mg dans le Cu solide décroît de 3 % à 700° à 1,2 % à 400°. Ces alliages sont de couleur jaune jusqu'à 10 % de Mg blanc pour des teneurs supérieures à 30 % ; la malléabilité décroît avec la teneur en Mg à 35 % de Mg ; l'alliage très cassant se brise sous les doigts.

Ces alliages sont très légers, beaucoup plus que ceux d'aluminium. Cela s'explique aisément, le magnésium ayant une densité de 1,73 contre 2,70 à l'aluminium.

Les alliages Cu Mg sont plus élastiques que les alliages Cu Al ; ils conviendront mieux pour la confection des plaques, des barres palatines ou linguales.

ALLIAGES Cu ET Be ou Cu ET Gl. — *Origine du glucinium ou beryllium.*

— Le minéral principal de ce métal est le béryl qui est un silicate double d'aluminium ou de glucinium de formule $6 \text{SiO}_2 \cdot \text{Al}_2 \text{O}_3 \cdot 3 \text{G10}$ dont la teneur théorique en poids est 3,60 % de Gl.

Le béryl est de couleur opaque ou vert ; les plus beaux échantillons sont les émeraudes.

Préparation du métal. — Du silicate l'on prépare la glucine G10. De la glucine l'on forme le fluorure double de glucinium et de potassium $\text{F}_2 \text{G1 FK}$. Ces derniers, par électrolyse, libèrent le glucinium métal.

Le glucinium métal pur se présente sous l'aspect de cristaux très brillants de couleur gris acier. Sa densité est de 1,85 pour le métal à 99,5 %. Il fond à 1.278° ; il est très dur, 6 à 7 à l'échelle de Mohr. Il raye le verre et même le quartz ; il se dissout aisément dans les acides en formant des solutions incolores de saveur sucrée, d'où son nom tiré du grec « glucin » qui veut dire sucré.

ALLIAGES Cu ET Be. — Ils se préparent au four électrique en réduisant la glucine par le charbon en présence de cuivre ou d'oxyde de cuivre. La limite de solubilité de Be dans le Cu solide s'abaisse de 2,4 % à 800°, à 0,75 % à 400°. La conductibilité de ces alliages décroît avec la teneur en Be.

On met en évidence dans les alliages Cu et Be l'existence de deux combinaisons Cu Be gris clair et Cu Be₃ gris rougeâtre. Les alliages Cu et Be sont de couleur jaune jusqu'à 5 %, jaune pâle de 5 % à 10 %.

Ces alliages sont très sonores et durcissent fortement le Cu jusqu'à

2 % ; ils peuvent se laminier à chaud et s'étirer à froid de 2 à 5 % ; ils ont besoin d'être trempés, puis recuits avant d'être laminés. Ainsi, un alliage à 2,39 % de Be après trempe à 800° a sa dureté de Brinell à 100 ; cette dureté passe à 440°, après 17 heures de recuit à 300°. Ces alliages sont très résistants à la corrosion. De 1 à 3 % ils conviennent parfaitement à la confection d'appareils exigeant une grande dureté et une élasticité particulière.

PRÉCAUTIONS A PRENDRE POUR UNE BONNE UTILISATION DE CES ALLIAGES

1° *Au laboratoire.* — Comme nous venons de le voir, ces alliages sont très sensibles aux différentes manipulations que nous leur faisons subir afin de les utiliser pour nos usages dentaires.

Ils sont très sensibles aux recuits et à la trempe, aussi faut-il réduire au minimum ces opérations car elles peuvent amener un profond changement dans la structure de l'alliage et le rendre cassant.

La meilleure trempe consiste à les chauffer entre 400 et 500° puis les tremper dans l'alcool méthylique ; pour les recuire on évitera de les porter au rouge sombre. Ainsi l'alliage conserve toutes ses facultés.

La fusion avant la coulée des pièces doit être effectuée rapidement car l'oxydation est déjà très sensible au point de fusion pour les bronzes d'aluminium. Il se forme de l'alumine Al_2O_3 et de l'oxyde cuivreux Cu_2O qui se combinent en formant de l'aluminate cuivreux, $Al_2O_3 \cdot Cu_2O$ soluble dans la masse de l'alliage qui devient ainsi très cassant. Cet inconvénient ne serait pratiquement pas à redouter pour les bronzes de glucinium.

2° *Au cabinet.* — Il faut éviter par principe tous les contacts métalliques car il se forme des couples électriques, et cela principalement avec les obturations à base d'amalgame, ou même à base de métaux précieux.

On ne saurait également trop recommander à la clientèle de maintenir le milieu buccal dans un état de constante propreté, car les couples électriques qui se constituent avec les autres obturations métalliques provoquent une oxydation, et même une sulfuration plus ou moins intenses qui se traduisent par une coloration plus ou moins noire des parties métalliques.

CONCOURS A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Par décision du Conseil d'Administration des 14 mars et 18 avril 1944, des concours sont ouverts à l'Ecole Dentaire de Paris : 1° pour un poste de professeur suppléant et un poste de chef de clinique de Dentisterie opératoire. — L'épreuve sur titre aura lieu le 30 mai 1944. Les inscriptions seront reçues à l'E. D. P. jusqu'au 15 mai.

2° Pour professeur suppléant et chef de clinique de Prothèse dentaire. — L'épreuve sur titre aura lieu le 22 juin 1944. Les inscriptions seront reçues à l'E. D. P. jusqu'au 8 juin.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris (9^e).

REVUE DES LIVRES ET DES REVUES

Dr G. IZARD. — **Orthodontie (Orthopédie dento-faciale)**, 2^e édition, revue et augmentée avec 1.153 figures, d'après les dessins de l'auteur. — (Masson et C^{ie}, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris-6^e).

Un grand événement professionnel ! La deuxième édition de l'Orthodontie du Dr Izard a vu le jour en février ; nous l'attendions tous impatiemment.

Ceux qui ont vécu les années obscures de l'époque d'Angle et de Case ont l'impression d'une immense clarté.

En plus de ses connaissances personnelles, l'auteur a puisé dans tous les travaux français et étrangers les éléments qui devaient concourir à une précision toujours plus grande du diagnostic, de l'étiologie et du traitement des dysmorphoses. C'est là un assemblage de faits qui participent à l'édification d'une doctrine puissante : base théorique et pratique de notre spécialité : « l'Orthodontie ». Nous soulignons que la Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale a joué un rôle important dans cette élaboration. Elle a présidé, au cours de ces vingt dernières années, à une séquence d'efforts créateurs et d'acquisitions des plus scientifiques. Les praticiens les plus divers de formation, ont apporté leur rameau à cette branche de notre activité si délicate et si difficile. Quel exemple de compétence et d'autorité pour les nouveaux bâtisseurs de la profession !

L'Orthodontie — l'auteur y insiste dans son musée des erreurs — se révèle pleine de pièges pour les débutants. C'est une science du difficile qui exige une réflexion continue, une persévérance inlassable, un contrôle incessant de ses actes, ce qui constitue le « travail de soi sur soi », précisément, ce qui n'est pas facile.

En parcourant les chapitres dont l'essence nous est pourtant familière, nous avons appris bien des choses nouvelles.

Morphologie et physiologie. — Dans la première partie, morphologie et physiologie normale, le mot normal devient synonyme d'optimum esthétique et fonctionnel. La radio du poignet nous permet de comparer l'âge de l'état physiologique avec celui de l'état-civil.

Le plan de *Bolton-Nasion* est aussi un nouveau-né qui a permis de créer une méthode pour suivre les modifications morphologiques consécutives au traitement orthopédique. Associée aux autres modifications, elle objective les relations du circuit général, proximal, local et inversement.

Les types morphologiques sont décrits, mais auraient mérité un plus grand développement. Leur diagnostic nous apparaît capital, surtout en ce qui concerne les sujets élastopathiques, car leurs dents à racines coniques et pivotantes sont de fragiles ancrages pour nos appareils.

En morphologie labiale, la bouche vénusienne n'est pas mentionnée. Elle a pourtant droit de cité avec son arc séducteur et sa petite fossette à chaque commissure. Le bâton de rouge en tire sa fortune. L'orthodontie doit la respecter quand elle existe, et la créer, quand elle le peut, succès certain pour l'opérée et l'opérateur.

Terminologie. — En ce qui concerne la terminologie, nous constatons qu'elle suit les progrès de l'analyse des troubles pathologiques. Il y aurait avantage certain, pour le renom de l'orthodontie, à ce qu'un néologisme fut constitué, soit de racines grecques, soit de racines latines exclusivement. Orthocheille vaudrait bien rectocheille. Opistognathie n'est pas moins euphonique que rétrognathie. Angle mandibulaire se comprendrait aussi bien que le pléonasme d'angle goniale. Infratopie pourrait remplacer infraposition. En médecine, on n'admet guère les mariages hybrides et on respecte la règle ; tels les termes emprostotonos, opistotonos, dans les crises musculaires du tétanos. Mais que's progrès n'a-t-on pas faits sur notre jargon orthodontique de 1910 ! On en fera encore après nous.

Diagnostic. — Depuis l'édition de 1930, les apports de la téléradiographie et de l'anamorphose de *De Coster* ont éclairé l'anatomie pathologique et l'étiologie. Les pages que l'auteur y consacre nous paraissent capitales. Nous pouvons espérer des traitements plus rationnels des formes classées sous le syndrome de rétrognathie mandibulaire.

Le chapitre consacré à la prognathie simple paraît trop simplifié. L'auteur la considère comme prognathie parce qu'elle déborde en avant les plans orthogonaux. Mais ne doit-on différencier la prognathie par hypertrophie osseuse, de la subluxation articulaire ? Ces deux formes ne sont pas des vues de l'esprit que pourraient expliquer des recherches délicates. Un simple examen clinique suffit pour les distinguer.

L'étude des subluxations mérite un développement d'autant plus grand qu'elle est ignorée de la plupart des praticiens. Elles sont facilement curables ; abandonnées à elles-mêmes, elles font le lit de la prognathie vraie. Mêmes considérations pour les latérogathies mandibulaires.

Dans le diagnostic des endognathies, l'indice arcade-face — que nous devons à l'auteur — est un précieux moyen pour vérifier le très utile indice de *Pont* dans le cas d'arc incisif large, et pour nous donner la valeur exacte du petit axe de l'ellipse dentaire.

Quant au tracé de l'ellipse elle-même, nous avons grand besoin du point incisif supérieur. Le tableau de *Korkhaus* nous donne la flèche incisive-prémolaire et nous permet de mesurer le degré de la déformation antérieure de l'arcade dans la prognathie et la rétrognathie.

L'ellipse de *Comte* et le procédé de *Muzil* méritent le grand développement qu'a donné l'auteur pour réaliser le graphique de l'arcade.

Principes mécaniques. — Dans l'étude mécanique, nous ne trouvons pas de modifications importantes sur la précédente édition. Le réglage des appareils qui est l'adaptation des principes mécaniques aux principes physiologiques est très étudié du point de vue expérimental.

Thérapeutique. — Quant à la thérapeutique mécanique, nous pouvons dire qu'elle a subi une évolution très curieuse que l'auteur a parfaitement saisie. Tout d'abord limitée à la pratique de l'arc vestibulaire d'Angle jusqu'en 1930, nous avons subi l'enthousiasme de *de Merzhon* avec son arc lingual, puis celui d'*Ainsworth* avec son arc linguo-vestibulaire. Mais l'acier inoxydable et les alliages fer-chrome-nickel ont révolutionné la technique des appareils fixes en créant une force motrice très puissante. Nous avons dû diminuer les diamètres des fils moteurs. En outre, ces appareils hyper-actifs sont réactogènes sur les dents d'ancrage ; leur surveillance doit être constante.

La nécessité des techniques simples utilisables par de jeunes praticiens, la pléthore des bénéficiaires des clientèles de dispensaire et enfin les circonstances que nous traversons, nous ont fait évoluer graduellement vers l'emploi des appareils amovibles. Tous ces inconvénients nous ont rapprochés des anciens appareils à plaques amovibles pour lesquels nous avons cherché des moyens de stabilisation. Nous sommes revenus à une conception plus pratique, c'est-à-dire à la construction d'appareils moins réactogènes, plus économes de visites et de réparations, plus faciles à nettoyer, moins nocifs sur les dents par suppression des ligatures. L'auteur a bien senti cette évolution, et s'il est resté partisan des appareils fixes, il a fait une large part à la description des appareils amovibles.

Les appareils destinés à la correction des infragnathies auraient nécessité une discrimination plus grande que l'auteur ne l'a envisagée.

Pour la réalisation des mouvements verticaux par égression, nous avons dû, après de pénibles tâtonnements, nous limiter à la force inter-maxillaire attachée à des arcs brisés, par charnières, ou attachée à des rotules pour éviter l'action des arcs trop réactogènes sur les ancrages.

Les mouvements verticaux par ingression se trouvent simplifiés par la pose de plans horizontaux intra-buccaux et par l'action simultanée des appareils de suspension. Nous leur accordons chaque jour plus de crédit en raison de leur efficacité et de leur innocuité. Aucun veto ne doit être prononcé contre ce mode si actif d'ingression. L'auteur en a parlé mais, à notre gré, avec trop de discrétion.

Contention. — La contention représente un important chapitre. Le travail de régularisation est trop long, trop onéreux de temps, de volonté et d'argent pour l'opéré et l'opérateur, pour que tout ne soit pas mis en jeu pour stabiliser les dents mobilisées.

Nous continuons à rester un chaud partisan de la septotomie chirurgicale à laquelle il faut convertir les patients ; elle nous apparaît comme indispensable après toute mobilisation dentaire chez les élastopathiques dont les dents facilement mobilisées se maintiennent rarement ; dans la rotation et l'égression, à la fin desquelles nous considérons comme une règle : « Pas de contention sans septotomie ».

Enfin, il faut retenir les pages magistrales qui ont été consacrées à la prophylaxie et au traitement précoce des dysmorphoses. Question d'actualité, urgente, dont l'application dépend des Pouvoirs Publics et de la Société d'Orthopédie Dento-faciale.

En conclusion, cette nouvelle édition, digne de la précédente, est une synthèse de tous les travaux mondiaux présentée avec un éclectisme et un scrupule d'exacti-

tude auxquels tous les auteurs rendront de justes hommages. Elle est, en outre, admirablement et largement illustrée ; c'est une œuvre d'art et de science. Bien que réalisée en plein cataclysme social, elle est un puissant réconfort en cette longue attente des jours de sagesse et de paix.

D^r B. de Névrezé et A. Beauregardt.

LE FILLIATRE (J.). — **L'hémostase pré-opératoire en oto-rhino-laryngologie. — Le Rouge Congo.** — (Thèse de Montpellier, 1943).

Cette thèse nous a paru intéressante à rapporter en raison de l'application possible du Rouge-Congo en odonto-stomatologie. Parmi les nombreuses substances hémostatiques préventives employées, dit l'auteur, il en existe peu de vraiment efficaces et parmi ces dernières aucune ne peut être appliquée aisément d'une manière systématique, à tous les futurs opérés. En effet, il a été souvent constaté que des malades ayant des temps de coagulation et de saignement normaux pouvaient néanmoins présenter des hémorragies secondaires graves par saignement en nappe au cours ou après l'opération. L'emploi du Rouge Congo en injection intraveineuse est un procédé efficace et simple qui peut s'appliquer systématiquement. L'auteur étudie l'action sur l'organisme de ce colorant diazoïque non toxique. Selon lui, c'est biologiquement que le Rouge Congo produit une augmentation du nombre des monocytes du sang, un accroissement de la teneur en fibrinogène, une augmentation souvent considérable du nombre de plaquettes.

Une heure avant l'intervention chirurgicale, il est pratiqué une injection intraveineuse ordinaire ne nécessitant la prise d'aucune précaution spéciale, de dix centimètres cubes d'une solution de Rouge Congo à un pour cent. Cette technique et ce produit ne présentent aucune contre-indication et n'entraînent aucun incident local ou général.

A l'occasion de l'analyse de cette thèse nous pensons utile de rappeler la mesure du temps de saignement, l'étude du temps de coagulation, le signe du lacet.

1^o *Mesure du temps de saignement.* — Avec un bistouri on fait une légère incision au lobule de l'oreille et on recueille de demi-minute en demi-minute sur du papier buvard ou filtre les gouttes qui tombent ; ces gouttes s'écoulent suivant un rythme bien défini toutes les demi-minutes et diminuent progressivement ; normalement, la petite hémorragie s'arrête en 3 minutes, donc 6 gouttes. En cas de trouble du temps de saignement on peut observer un prolongement exagéré de l'écoulement, une précipitation, une augmentation de volume.

2^o *Signe du lacet.* — Quand on applique pendant trois minutes sur le bras un lacet (garrot) des petites taches purpuriques peuvent apparaître sur la peau de l'avant-bras vers le coude, ce qui est le signe d'une fragilité spéciale des capillaires.

3^o *Etude du temps de coagulation.* — On peut employer deux méthodes : par ponction veineuse, par piqûre :

a) Le sang est placé dans un tube à essai aussitôt recueilli : on note l'heure et on note le moment où le sang se coagule. Le temps de coagulation sera celui qu'il faudra pour que l'on puisse retourner le tube sans que le sang s'écoule.

b) A l'aide d'un vaccinostyle on pique le doigt auprès du bourrelet inguinal et on recueille la goutte de sang sur une lamelle de verre bien sèche. De temps en temps, incliner légèrement la lamelle, tant que le sang est fluide la goutte se déforme, dès qu'il se coagule elle ne se déforme plus. On note le temps. Le temps de coagulation normal est de dix minutes.

P. V.

LACROIX (F.). — **L'avitaminose nicotinique.** — (Concours Médical, 21 juin 1943, et *Information Dentaire*, 30 juillet 1943).

L'auteur, d'accord avec tous les praticiens qui se sont occupés de cette question, considère que l'avitaminose nicotinique est l'avitaminose la plus répandue et la plus grave.

Les propriétés chimiques et thérapeutiques de l'acide nicotinique et de la nicotinamide (dérivés de la nicotine) sont bien différentes du produit initial. L'amide nicotinique est beaucoup mieux toléré que l'acide et combat efficacement la pellagre. On le rencontre dans la viande, le lait, les œufs, les levures ; l'orge, le son, le blé en sont assez riches ; par contre, le seigle et le maïs en sont presque totalement dépourvus. C'est ce qui fait que les accidents de pellagre se rencontrent si souvent chez les populations se nourrissant en grande partie de maïs. Toutefois, pour qu'il y ait pellagre véritable, il faut que la carence nicotinique soit accompagnée d'une avitaminose B1, B2 et B6.

En dehors de la pellagre, l'avitaminose nicotinique peut engendrer des troubles généraux : asthénie, céphalée ; et des troubles locaux : glossite, aphtes, stomatites, gingivites tenaces à ulcérations aphtoïdes. Ces troubles sont souvent accompagnés d'érythèmes de la peau s'exagérant sous l'influence solaire.

Tous ces symptômes s'amplifient dans les états de grossesse, d'alcoolisme, de troubles hépato-digestifs.

Les restrictions alimentaires que nous subissons actuellement font que la pellagre est de plus en plus fréquente, comme toutes les affections par carence. La période d'asthénie se rencontre le plus généralement accompagnée de symptômes locaux buccaux : glossites, aphtes, stomatite. Cet état pathologique sera combattu par une alimentation appropriée et un traitement à base de Vitamine PP, vitamine nicotinique.

P. V.

D^r Juan de Dios PENAS BELLON. — Epulis congénitale du maxillaire supérieur. — (*Annales Espagnoles d'Odonto-Stomatologie*, septembre 1943).

L'auteur décrit le cas d'une volumineuse épulis congénitale, observée chez une fille issue de parents syphilitiques, qu'il a opérée au 5^e jour de la vie, lui permettant ainsi de prendre le sein.

Les résultats de l'examen histologique pratiqué montrent, de la superficie vers la profondeur de la tumeur :

1^o un épithélium de revêtement de type pavimenteux multistratifié interrompu sur une zone étendue, mettant à ce niveau le derme tumoral à découvert ;

2^o sous cet épithélium, un tissu constitué par des cellules volumineuses, de forme sphérique ou en fuseau, au protoplasma abondant, constitue la masse tumorale.

La structure ainsi observée différant sensiblement des descriptions faites par les auteurs (Labat de Lambert en particulier), l'auteur propose l'établissement d'une classification des tumeurs qualifiées d'épulis, classification basée sur leur étude histologique.

A. B.

D^r Juan BELTRAN CODINA. — Investigations cliniques autour de l'évolution dentaire en rapport avec l'administration de vitamine D. — (*Annales Espagnoles d'Odonto-Stomatologie*, septembre 1943).

Parmi les différentes causes de l'évolution dentaire tardive, l'auteur indique le rachitisme comme étant la plus importante et la plus fréquente. Il étudie l'altération du métabolisme minéral qu'il provoque et préconise son traitement par l'injection d'une dose massive de vitamine D (injection qui peut, d'ailleurs, être renouvelée).

Chez tous les enfants observés, dont l'âge varie de 10 à 20 mois, on a constaté une atténuation des symptômes rachitiques. L'accroissement de la taille, l'augmentation du poids, l'amélioration des taux de la phosphatémie et de la calcémie ont été la règle.

En ce qui concerne l'accélération des processus d'éruption des dents, celles en voie d'éruption achèvent rapidement leur poussée, d'autres apparaissent. Le retard observé ne tarde pas à être comblé.

Ces résultats satisfaisants peuvent être constatés dans les 15 jours qui suivent l'injection.

A. B.

D^r Saenz DE LA CALZADA. — Ankyloses temporo-mandibulaires. Variétés anatomiques et traitement. — (*Annales Espagnoles d'Odonto-Stomatologie*, décembre 1943).

Après avoir établi une classification des différentes variétés d'ankyloses suivant la cause, l'âge du malade, l'ancienneté, l'extension (ankylose partielle, totale, simple, double) et attiré l'attention sur le diagnostic différentiel des lésions, l'auteur insiste sur l'utilité de l'exploration radiographique de l'articulation temporo-mandibulaire pour laquelle il préconise trois différentes projections latérales :

— la technique classique de radiographie de profil de la mandibule (faisceau de rayons ascendant à 40° de l'horizontal, légèrement postéro-antérieur, qui élimine la branche du côté opposé) ;

— l'incidence de Cottenot (faisceau de rayons descendant à 45° visant la région temporale) ;

— la technique d'Arcelin qui consiste à placer le tube perpendiculairement aux branches de la mandibule et très près de l'articulation du côté opposé, celle-ci restant « floue » et ne superposant pas son tracé sur celle dont on cherche la reproduction.

L'étude planigraphique, quand elle est techniquement possible, reste, malgré tout, le procédé de choix.

L'auteur divise ensuite le traitement en deux phases se complétant :

a) opératoire (pour laquelle il a adopté la résection condylienne) ;

b) mécanique (pour laquelle, après avoir rappelé les appareils dilateur-mobilisateur et dilateur-propulseur de Darcissac, il décrit un dilateur personnel *intra-buccal* : gouttières métalliques au niveau des molaires supérieures et inférieures sur lesquelles sont soudées de fortes plaques triangulaires : deux supérieures entre lesquelles vient s'encasturer l'inférieure. Une trajectoire déterminée est ainsi rendue obligatoire. La mobilisation est obtenue par des anneaux élastiques placés sur de petits boutons métalliques soudés sur les plaques triangulaires.

A. B.

NOUVELLES

SECTION DENTAIRE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Comme suite au résultat des élections de la Section Dentaire du Conseil National, qui ont eu lieu le 31 janvier 1944, et de l'arrêté de Monsieur le Ministre, Secrétaire d'Etat à la Santé, en date du 15 mars 1944, la Section Dentaire du Conseil National est ainsi constituée :

Président : D^r Ch. Hulin.

Premier Vice-Président : D^r Pichot.

Deuxième Vice-Président : M. Pichenez, chirurgien-dentiste.

Trésorier : M. Dubreuil André, chirurgien-dentiste.

Membres : MM. Andrieux, chirurgien-dentiste ; D^r Blanc ; Creuzet, chirurgien-dentiste ; D^r Duclos ; Houalet, chirurgien-dentiste ; Lemée, chirurgien-dentiste ; D^r Rachet Marcel ; Soulet, chirurgien-dentiste.

On nous communique. — ENSEIGNEMENT DES HOPITAUX LIBRES. — Vendredi 12 mai 1944, à 18 heures, à l'Amphithéâtre de l'Institut Prophylactique, 36, rue d'Assas, Paris (6^e), conférence du D^r Maurice Delort, sur : *Erreurs, illusions et vérités des régimes alimentaires.*

Nécrologie. — M. le D^r Audy nous a fait part du décès de sa tante, Mlle Marguerite Audy, chirurgien-dentiste de la Faculté de Médecine de Paris, diplômée de l'Ecole Dentaire de Paris (juillet 1891), décédée le 23 mars 1944 à Compiègne.

M. Emile Fouquez, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, nous a fait part du décès de son frère, M. Edouard Fouquez, décédé à Paris le 28 février 1944.

M. Eugène Dubois, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, nous a fait part du décès de sa fille, Mme Blanche Dubois, docteur en pharmacie, décédée à Paris le 3 mars 1944.

Nous prions nos confrères de trouver ici l'expression de nos bien sincères condoléances.

Les Sports à l'Ecole Dentaire de Paris. — Si la saison touche à sa fin, du moins la clôture en sera belle ; on nous annonce des challenges en gerbes...

Tout d'abord, en foot-ball, l'E. D. P. boutée hors du Championnat de France par l'Institut Dentaire de Nancy (1 but à 0) s'appliquera à racheter son échec au cours de la finale de la Coupe Daligault. Les Rennois, fiers d'une large victoire l'an passé, viendront lui donner la réplique le 27 avril.

Les footballeurs ne viendront pas seuls, les basketteurs de l'Ecole Dentaire de Rennes se mesureront à ceux de Garancière, chargés après l'élimination de l'E. D. P., de défendre l'honneur parisien (Coupe Rolland).

Basket féminin également : les Sportives Rennaises seront accueillies à l'occasion de la Coupe des Fournitures de l'Ouest par les gagnantes du match féminin E. D. P.-Garancière.

C'est encore la Coupe Ash. de Ping-Pong, les compétitions d'athlétisme organisées par Gibbs, la Coupe A. S. S. White de natation, enfin la Coupe Laly de tennis qui clôturera cette saison bien remplie.

Deux mois de vacances, de calme plat, et nous viendrons bientôt vous apporter les premiers échos de la saison prochaine.

J. V.

L'Administrateur-Gérant : P. LOISIER. — *Autorisation S. 149.*

Soc. Rév. Ser. & Pub. (Droits Réservés)

Dépôt légal 2^e trimestre 1944. — N° 1

L'ODONTOLOGIE

REVUE MENSUELLE

DIRIGÉE DE 1881 A 1896 PAR PAUL DUBOIS
DE 1896 A 1923 PAR CHARLES GODON
ET DE 1923 A 1940 PAR MAURICE ROY

Secrétaire de la Rédaction, Administrateur
Pierre LOISIER
Professeur sup. à l'Ecole Dentaire de Paris

Directeur et Rédacteur en Chef
A. AUDY
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à la Prophylaxie des Rétromorphoses mandibulaires, par A. Beau-
regardt 66

REVUE DES LIVRES ET DES REVUES..... 71

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

Société d'Odontologie de Paris. — Séance du 7 mars 1944..... 74

Séance du 4 avril 1944..... 74

Séance du 2 mai 1944..... 76

Société Odontologique de France. — Séance du 28 mars 1944..... 77

HYGIÈNE 78

NOUVELLES..... 79

ÉDITIONS DE LA SOCIÉTÉ RÉGIONALE D'IMPRIMERIE
MAURICE DORMANN, ÉDITEUR

RÉDACTION ET ADMINISTRATION : 45, rue de la Tour-d'Auvergne, PARIS (9^e)
Compte Chèques Postaux 277.93 Paris Téléphone : Trudaine 74-86 et 74-87

Abonnements : France.. 100 fr. par an. — Le numéro : 12 francs.
Etranger 130 fr. par an. Le numéro : 16 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A LA PROPHYLAXIE DES RÉTROMORPHOSES MANDIBULAIRES

Par A. BEAUREGARDT

616.716.4 089.23

Jadis, l'orthopédie dento-faciale n'attirait que très peu de praticiens, mais leur Société, dès leur premier congrès de 1922, par la voix de son Président, le Dr QUINTERO, posa l'étude de la Prévention des dysmorphoses. DE NÉVREZÉ, FREY, IZARD, PONT, ROBIN, G. VILLAIN et H. VILLAIN, parmi les principaux auteurs français en dégagèrent des notions qui, dans l'application, reconnaissons-le, restèrent platoniques.

En 1942, aiguillonnés par les événements, de distingués et dévoués confrères de la Section Dentaire, des Assurances Sociales et du Comité d'Hygiène Bucco-Dentaire, firent des tentatives pour entrer dans la voie des réalisations. Malheureusement, aucun fil directeur n'a orienté ces activités. Et c'est ainsi que sans examen sérieux préalable, la profession peut être mise en présence d'une situation que seule, en pratique, elle peut résoudre et pour laquelle elle doit être préparée. La Société Française d'Orthopédie Dento-faciale n'est-elle pas toute désignée pour en définir les principes directeurs ?

C'est dans ce but que je présente une contribution sur la prophylaxie des « rétrognathies mandibulaires ». Elles sont tellement complexes que je préfère les désigner sous le nom de « Rétromorphoses mandibulaires », parce que ces termes s'accordent mieux avec leurs caractéristiques si bien mises en valeur par G. VILLAIN :

- les malpositions dentaires ;
- la malformation alvéolaire ;
- la malformation mandibulaire ;
- la malposition mandibulaire.

Pour être complet, il faut ajouter les troubles des régions osseuses qui s'étendent jusqu'à la base du crâne et qui ont été si minutieusement prospectées par DE COSTER. Convenons qu'en présence d'un tel tableau lésionnel, il est difficile de se contenter d'un terme définissant une anomalie limitée à l'os mandibulaire.

Dans la majorité des cas, les « Rétromorphoses mandibulaires » sont accompagnées de supraclusion de la région incisive à l'arcade supérieure, ou inférieure, ou sur les deux ensemble. Ce ne sont pas les seules, mais je ne retiendrai que cette supraclusion dans cette étude.

La « supraclusion incisive » est un des maillons de la chaîne morphopathologique qui constitue les rétrognathies mandibulaires. En pratique, c'est par la réduction de ce maillon que l'on peut délivrer la mandibule de l'entrave qui arrête son développement normal antérieur. Du point de vue curatif et prophylactique, il présente donc un intérêt primordial.

Les Drs IZARD et QUINTERO, insistant tout spécialement sur l'opportunité du traitement de la supraclusion inférieure, ont décrit :

— l'arc inter-molaire vestibulaire (d'Angle) qui par redressement vertical, et par l'intermédiaire de ligatures passant au-dessus des cingulum, exercent des forces occluso-apicales pour ingresser les dents ;

— le plan incliné de Hawley fixé sur une plaque palatine amovible ou monté sur un arc lingual inamovible. Ce dispositif a été particulièrement conçu pour corriger, en même temps, la supraclusion inférieure et orienter l'adaptation de l'articulation temporo mandibulaire.

Enfin, le Dr QUINTERO a préconisé « les plans de surélévation de l'occlusion » d'un millimètre de hauteur, qui écartent d'autant les surfaces triturantes des molaires. L'épaisseur de ces plans de surélévation est augmentée dès que les molaires sont en occlusion jusqu'au traitement définitif de la supraclusion inférieure.

Les exercices musculaires doivent être ajoutés pour développer et équilibrer l'action des élévateurs, des orbiculaires et ptérygoidiens externes. P. HOUSSET et WATRY les considèrent comme des excitateurs physiologiques de la morphogenèse. Voilà ce que les classiques nous ont légués.

J'ai constaté que les débutants étaient séduits par le plan incliné rétro-incisif parce qu'ils espéraient traiter, à la fois, les lésions verticales et antéro-postérieures.

Si leur emploi peut être recommandé dans un but de contention ou chez les sujets jeunes qui présentent des troubles peu accentués, leur efficacité est négative et même néfaste, quand la supraclusion incisive inférieure est assez importante.

La grande amplitude postéro-antérieure de la mandibule, entretenue par les mouvements rétropulseurs que l'on ne peut demander à un enfant de neutraliser constamment par la volonté, entretient l'occlusion des dents inférieures, sur le bord inférieur, ou encore, sur le versant postérieur du plan incliné. Ces dispositions sont exactement contraires aux buts poursuivis.

En admettant que les dents inférieures soient constamment obligées d'entrer en occlusion avec la face antérieure du plan incliné, ces dents sont dirigées d'arrière en avant par un mouvement de version coronaire, et fort peu, dans le sens occluso-apical.

L'insuffisance d'ingression freine la translation en avant de la mandibule et l'adaptation temporo-mandibulaire.

Le plan horizontal est plus rationnel, parce que l'action des forces musculaires est franche, en s'exerçant perpendiculairement sur le plan artificiel et dans l'axe longitudinal des dents en supraposition.

Du point de vue mécanique, on peut imaginer l'action des forces musculaires orientées sous la simple action d'une plaque palatine complétée d'un plan d'interclusion rétro-incisif. Les forces s'exercent en trois points : un point d'appui condylien, un point de production de forces à la hauteur des élévateurs (branche verticale, partie postérieure de la branche horizontale) et, un point d'application des forces à la région incisive. Les prémolaires et molaires sont alors libérées de leurs antagonistes.

Sur un sujet jeune, les incisives peuvent être facilement ingressées, mais elles présentent une certaine résistance qui, ajoutée à celle des surfaces condyliennes permet l'action des tractions musculaires sur la région goniale ; les lignes de forces anormales sont rompues et tendent à s'orienter sous l'influence de l'évolution des dents et des ptérygoidiens externes, qui peuvent exercer pleinement leurs contractions antérieures et transversales, vers un équilibre normal. Le port d'une simple plaque d'interclusion incisive a une répercussion considérable sur toute l'étendue du territoire facial.

L'appareil est comparable à une plaque-base de prothèse.

Les moyens de fixation sont faciles à appliquer, parce que les crochets peuvent passer sur les surfaces d'occlusion des régions latérales de l'arcade supérieure qui sont libérées de leurs antagonistes. Contrairement à ce qui se passe avec les plans inclinés, ils ne gênent pas les fonctions buccales, mastication et phonation. Leur amovibilité permet le nettoyage des dents et de l'appareil. Leur résistance et leur facilité de construction les rendent accessibles à tous les praticiens et à tous les prothésistes. Ils ne nécessitent pas de réglage particulier. Quand une première étape est atteinte, il suffit

d'augmenter l'épaisseur du plan d'interclusion incisif. Le caoutchouc est une substance qui, bien que résistante, est assez plastique pour ne pas être traumatisante. Enfin, d'autres appareils peuvent être appliqués en même temps pour la correction des anomalies des autres sens, par exemple : un arc lingual avec auxiliaires, voire les arcs avec forces inter-maxillaires élastiques.

Il importe parfois que le plan interclusion soit assez étendu. Par exemple, quand les incisives inférieures sont à un centimètre et plus en arrière des incisives supérieures, parce qu'il faut que les bords occlusaux des incisives inférieures le rencontrent au cours de la mastication, ou encore, sous l'action provoquée des frondes portées dans la nuit. L'expérience m'a permis d'observer que les plans d'interclusion de plus d'un millimètre d'épaisseur n'étaient pas traumatisants.

Bien que les appareils construits en caoutchouc vulcanisé donnent toute satisfaction, la plaque-base en acier inoxydable est recommandée pour ses qualités homo-iso-électriques qui répondent mieux aux caractères physiologiques du substratum osseux, gingival et dentaire. Le plan est construit en caoutchouc.

S'il est indiqué de rechercher les premières traces de la supraclusion incisive pour la corriger précocement, ne peut-on envisager le problème de la prophylaxie sous l'angle de la *présomption lésionnelle*. Il est certain que, dans ce domaine, il convient de préciser les causes premières générales, héréditaires ou acquises. Dans l'état de nos connaissances théoriques et techniques, ne pouvons-nous pas présumer la supraclusion incisive qui, si elle n'est pas la génératrice essentielle et constante des rétromorphoses mandibulaires est, du point de vue orthopédique, « la région lésée par laquelle on tend à faire suivre, mais à rebours, le chemin que la lésion a parcouru pour se constituer », selon la conception de DE COSTER.

En premier lieu, nous pouvons tenir compte de l'hérédité. La présence de lésions semblables chez les parents ou les collatéraux sont des signes de probabilité.

Sans entrer dans de multiples considérations quant aux conditions générales, telles que l'ostéolymphatisme polymorphe, et les particularités osseuses, musculaires, humorales, fonctionnelles, morphologiques, psychiques du type fluocalcique (de NEBEL et de DE NÉVREZÉ), qui se traduisent par la perte de la rigidité osseuse, les troubles de la tonicité musculaire, les phénomènes de suractivité cellulaire qui perturbent les phénomènes de différenciation et l'évolution chronologique des dents, des alvéoles, des maxillaires, de la musculature, comme de toutes les fonctions, nous retiendrons seulement les indications de la morphologie dentaire anthropologique ou physiologique de G. VILLAIN, ou calcique de DE NÉVREZÉ, qui se ressemblent par leur présentation morphologique, sinon par leur étiologie.

Examinées dans le seul sens vertical, les incisives du type carbo-calcique sont épaisses et souvent complétées d'un cingulum proéminent. Le rapport des incisives supérieures et inférieures est mécaniquement bien assuré.

L'occlusion incisive du type phospho-calcique est moins favorable. Si les dents sont plus longues que les précédentes, elles sont moins épaisses. Leur cingulum est beaucoup moins marqué et équilibre médiocrement les facteurs du sens vertical.

Enfin, les dents du type fluo-calcique sont réduites de volume. Leur épaisseur très diminuée permet le glissement des incisives l'une contre l'autre par absence de cingulum.

En outre, les conditions morphologiques dentaires ne doivent pas être méconnues pour la prophylaxie, le traitement et la contention.

A la morphologie dentaire et à la chronologie de l'éruption des incisives (un facteur important), il faut ajouter les anomalies de la mandibule,

qui se présentent dans le sens antéro-postérieur, sous formes de rétroposition et de rétrognathie mandibulaires.

Ces anomalies mandibulaires peuvent être dues à une insuffisance de nutrition constitutionnelle à un arrêt de croissance, à un manque d'adaptation de cet os avec le maxillaire supérieur au fur et à mesure de l'évolution de chaque groupe dentaire. Le pronostic est infiniment moins défavorable quand l'hypotrophie n'est pas originelle.

D'autres considérations pourraient être envisagées, mais je me borne à ne considérer que les rapports d'équilibration dentaire tels que le Dr IZARD les a définis dans son traité.

Sur la denture temporaire et permanente, cette absence d'équilibre associée à la rétroposition est d'autant plus à retenir que le sujet est plus jeune et présente un certain degré de rétrognathie (qui peut être transitoire).

Pour compenser les déficiences morphologiques des incisives supérieures, il n'est pas de procédé plus simple pour éviter le déplacement vertical des incisives inférieures que l'application d'un simple appareil à appui alvéolo-dentaire complété d'une surface d'occlusion inter-incisive, sans surélévation occlusale, qui ne modifiera ni le déplacement vertical des incisives inférieures, ni celui des molaires.

Pour éviter le déplacement vertical des incisives supérieures, il est facile d'appliquer le dispositif formé d'un arc vestibulaire au 5/10^e fixé sur bague scellée sur molaires temporaires ou prémolaires permanentes. Sur les deux incisives centrales qui sont plus particulièrement sensibles au déplacement vertical, sont scellées des bagues minces sur lesquelles des gouttières à ouverture occlusale assurent la précision fonctionnelle du dispositif.

Ces appareils n'ont pas d'autre but que de s'opposer aux déplacements verticaux des incisives supérieures ou inférieures.

Dans ces conditions, les muscles propulseurs exerceront leur action morphogénétique sur la mandibule, sans crainte qu'une occlusion incisive anormale survienne pendant la période critique du remplacement des dents temporaires par les permanentes. Il est facile d'imaginer les répercussions considérables qui en résultent sur les autres régions faciales.

..

Les spécialistes de l'orthopédie dento-faciale ont mis au point de nombreux procédés simples que les praticiens généraux doivent connaître pour prévenir, ou traiter avec efficacité, pendant la phase orthopédique, les toutes premières manifestations des troubles dentaires ou fonctionnels de la région faciale. Plus tard, suivant l'expression de DE COSTER, ce sera la phase chirurgicale avec tous ses aléas et ses pronostics limités.

A la prévention de la supraclusion des incisives supérieures et inférieures, je crois opportun de rappeler succinctement que :

Contre la respiration buccale nocturne, nous avons, outre le traitement médical et chirurgical des obstacles respiratoires, les frondes et le bouclier buccal.

Contre le suçement du pouce ou des doigts, chez les nourrissons première et deuxième enfances, au début : les tubes en carton qui empêchent la flexion du bras, mais sans limiter les mouvements ;

Pendant la fin de la deuxième enfance et la troisième, outre la surveillance continue des parents ou de leurs représentants, les frondes, les appareils à appui alvéolo-dentaires, complétés de galerie ou de pointes émoussées.

Contre la linguocclusion transversale des arcades, la vestibulocclusion et la linguocclusion des incisives supérieures, pendant la première et la deuxième enfances, les massages suivant la technique de G. VILLAIN. A partir de la troisième enfance, la myothérapie des muscles latéraux et linguaux.

Contre la linguocclusion transversale des arcades dentaires qui peut se produire chez les sujets ostéolymphatiques, ayant contracté, en plus, des maladies infantiles infectieuses, les simples plaques appliquées sur la face interne de l'arcade inférieure et la voûte palatine.

Contre la supraclusion des molaires temporaires ou permanentes : les frondes.

Contre le déplacement vestibulaire des incisives temporaires ou permanentes : les plaques avec ressorts vestibulaires.

Contre l'antéposition mandibulaire et la prognathie consécutive : la position dorsale.

Les frondes à tractions obliques.

Suivant l'âge : le prolongement artificiel des incisives supérieures quand la hauteur d'engrènement est courte.

Contre la latéroposition mandibulaire : le traitement des caries et la reconstitution morphologique des dents.

Les bagues sur molaires avec prolongement vestibulaire d'occlusion centrique ;

Les appareils de prothèse orthopédique pour remplacer les molaires temporaires.

Contre la supraclusion des molaires et prémolaires sans antagonistes : Les appareils de prothèse orthopédique pour compenser les dents absentes.

Contre les hypotonies labiales et des muscles masticateurs : la myothérapie. Signalons les appareils ingénieux de FRIEL et de TACAÏL.

Contre la mésiocclusion des molaires : les appareils à appui dentaire et appui alvéolo-dentaire.

Contre l'endoalvéolie et l'endognathie essentielle des maxillaires, quand les dimensions mésio-distales des incisives, révélées par la radiographie, doivent s'accorder avec des arcades dentaires larges, les appareils d'expansion transversale de toute nature qui doivent agir lentement.

Contre la rétroposition et la rétrognathie mandibulaire : la tétée orthostatique, la myothérapie des propulseurs, le traitement des supraclusions incisives supérieures et inférieures.

Il ne faut pas oublier que le traitement des caries, la reconstitution morphologique des dents et la surveillance des phénomènes de dentition sont fondamentaux.

L'action de la myothérapie est remarquable quand elle est bien conduite, mais il faut reconnaître que son application est fastidieuse pour les enfants et les parents. Je crois que les exercices de diction devraient être multipliés parce qu'ils seraient mieux acceptés et, par conséquent, répondraient mieux aux excitations physiologiques que nous recherchons. Les parents acceptent volontiers de confier leurs enfants à des spécialistes de la diction.

Dans cet ordre d'idées, P. TACAÏL a imaginé des appareils destinés à rendre amusant les exercices de myothérapie.

La liste est longue des procédés simples avec lesquels on peut prévenir ou corriger les dysmorphoses dès leur apparition, mais faut-il bien connaître l'anatomie, la morphologie, la formation normale et anormale des organes de la région faciale. C'est pourquoi les sciences biologiques ne doivent pas être considérées comme de simples figurantes dans les programmes d'études.

Elles sont à la base des études de toutes les spécialités de l'art de guérir, et tout naturellement des trois grandes spécialités particulières de l'odontologie :

l'orthopédie dento-faciale ;

la thérapeutique des lésions dentaires ;

la prothèse buccale.

REVUE DES LIVRES ET DES REVUES

LES ANNALES DE MÉDECINE SOCIALE

Nous analysons ici, voici quelques mois, le livre si remarquable que le Dr Theil avait consacré à : *Le Corps Médical devant la Médecine Sociale* (1).

Nous recevons aujourd'hui le premier numéro d'une revue mensuelle : *Les Annales de Médecine Sociale* (2) dont il est l'animateur.

Cet organe, rédigé dans le même esprit que le livre cité plus haut, vient à son heure à un moment où les problèmes sociaux acquièrent une importance chaque jour plus grande.

Nous devons avouer que même ceux d'entre nous qui les croyaient bien connaître ont encore à apprendre.

Les Annales de Médecine Sociale ne sont pas un organe de défense professionnelle. Elles ne sont pas davantage destinées à soutenir le point de vue des organismes sociaux avec lesquels nous sommes et serons obligatoirement appelés à collaborer de plus en plus.

Elles ont simplement le désir d'exposer les questions sociales vues sous l'angle des professions médicales afin de permettre à chacun d'avoir sous les yeux la documentation nécessaire pour se faire une opinion.

C'est ce que définit fort heureusement le Dr Theil quand il écrit dans l'éditorial du premier numéro de la revue : « L'évolution sociale contemporaine est caractérisée par le développement de l'idée de sécurité dans les préoccupations individuelles et collectives. D'où l'extension considérable prise, au cours des cinquante dernières années, par les institutions ayant pour but la protection sociale de l'individu : assistance mutuelle, assurances sociales, etc... La société moderne construit ainsi autour de chacun de ses membres un édifice tutélaire, basé sur le jeu de la loi des grands nombres, et destiné à le protéger contre les conséquences du risque, ou même par une évolution logique contre le risque lui-même, en diminuant son potentiel d'éventualité (prévention).

Une telle évolution ne pouvait demeurer sans retentissement sur les conditions dans lesquelles est appliqué l'Art médical, puisque la maladie est l'un des risques les plus lourds de conséquences pour l'individu, aussi bien que pour le corps social dont il dépend. De là est née la *Médecine sociale* à laquelle nous avons dédié et consacré les présentes *Annales*.

Il était donc devenu nécessaire d'entreprendre une étude indépendante et vraiment scientifique — c'est-à-dire dépourvue de passions — des problèmes de Médecine sociale, et de rechercher des formules permettant d'établir entre le Corps médical et les collectivités une collaboration fructueuse. A la base de cette recherche devait évidemment se placer un souci d'information impartiale et d'éducation réciproque des parties en présence ; il fallait en somme montrer aux collectivités les exigences posées par l'exercice médical et souligner pour les médecins le côté social de leur art.

Tel est le but que se sont proposé les *Annales de Médecine Sociale*.

Nous pourrions donc trouver là un nouvel instrument de travail dont l'intérêt ne fera qu'aller croissant pour tous ceux d'entre nous que non seulement ces questions intéressent, mais qui se rendent compte à quel point elles sont destinées à influencer sur la vie de notre Profession.

Pierre Loisier.

(1) J. B. Baillière, éditeur.

(2) Rédaction et administration : 35, quai Saint-Vincent, Lyon.

Dr COSTA DEL RIO. — **Prophylaxie et traitement préventif en orthodontie.** — (*Annales Espagnoles d'Odonto-Stomatologie*, octobre et novembre 1943).

Après avoir montré que si le nombre des cas traités est infime, celui des cas justiciables d'un traitement représente 80 % des enfants, l'auteur expose la nécessité d'orienter l'orthodontie vers la prophylaxie en s'attaquant aux véritables causes des anomalies. Ce travail prophylactique est, évidemment, plus du domaine du praticien général que du spécialiste orthodontiste.

Après avoir rappelé le mécanisme d'évolution de la denture normale, il insiste sur les variations physiologiques de l'articulé des molaires (temporaires, puis permanentes), il indique qu'un meulage opportun des dents temporaires permet la réalisation de l'articulé dentaire normal. Si cette rectification demeure inopérante, un dispositif de bandes et de coussinets à appui crânien (dont l'action est aisément orientable) permet des mouvements correcteurs postéro-antérieurs ou antéro-postérieurs. La position de l'enfant pendant le sommeil, l'habitude de dormir la bouche ouverte, sont corrigées par de tels dispositifs. Les résultats en sont grandement amplifiés par la « gymnastique maxillaire » de Rogers.

Une des causes les plus fréquentes d'anomalies est l'endognathie. Pour sa correction, l'auteur décrit plus particulièrement l'appareil de Stanton qui comporte des bagues fixées aux premières molaires temporaires supérieures munies de barres d'entraînement. La force motrice est fournie par un dispositif transpalatin analogue à celui de Cheneil-Beauregard. Cet appareil peut, l'expansion désirée étant obtenue, servir d'appareil de contention. Il est moins encombrant que les appareils amovibles à plaque fendue. Il est souligné que, dans de nombreux cas, l'expansion au maxillaire supérieur suffit à permettre le déplacement postéro-antérieur de la mandibule.

L'auteur insiste enfin sur la nécessité de la conservation des molaires temporaires et, rappelant les dispositifs classiques de maintien d'espace, il décrit plus spécialement un dispositif à employer en cas de perte de la seconde molaire temporaire : bagues fixées après la canine et la première molaire temporaires portant un fil rigide, arqué, qui s'incruste un peu dans la muqueuse au niveau du point d'éruption présumé de la face mésiale de la dent de six ans (délimité radiographiquement).

A. B.

PLICHET, HENNION, GIRAUD. — **La stomatite du diphenyl-hydantoïlate de soude.** — (*Revue de Stomatologie*, septembre 1943 ; *Presse Médicale*, 20 novembre 1943).

Dès l'emploi dans la thérapeutique de l'épilepsie du diphenyl-hydantoïlate de soude, les auteurs américains avaient indiqué la possibilité d'accidents d'intolérance, d'ailleurs sans grande gravité étant donné la marge de sécurité qui existe entre la dose thérapeutique et la dose toxique de ce produit. La stomatite semble tenir la première place parmi les manifestations d'intolérance. C'est la complication la plus fréquente, la plus tenace. Les auteurs en rapportent une observation et en profitent pour étudier cette affection.

Les auteurs américains montrent que 57 % des malades ainsi traités présentaient au bout de quelques semaines, ou de quelques mois, des altérations gingivales plus ou moins marquées : simple agacement gingival avec gencives sensibles et douloureuses, ou gingivite hyperplasique prenant le type scorbutique. Cette gingivite s'associait toujours à une déficience en vitamines C et l'intensité des manifestations gingivales était d'autant plus marquée que le taux d'acide ascorbique était plus bas.

L'état général des malades n'est pas très touché, et les symptômes d'un grand scorbut ne sont jamais observés.

Cette gingivite apporte une gêne certaine dans le traitement de l'épilepsie par ce médicament. Cependant l'acide ascorbique à la dose de 300 milligrammes par jour, un régime alimentaire riche en vitamines C, permettent de continuer le traitement sans aggravation des lésions gingivales.

L'efficacité de l'acide ascorbique a paru telle aux auteurs qu'ils se demandent s'il n'y aurait pas intérêt, chez les enfants soumis à un traitement par des médicaments à base d'hydantoïne et à cette époque où les régimes subissent des carences importantes en vitamines, d'administrer préventivement de l'acide ascorbique à hautes doses.

Pour les auteurs américains, l'intoxication par le médicament serait directement responsable de la carence en vitamine C. Pichet, Hennion et Giraud se demandent si cette carence n'est pas due au mal comitial lui-même. On sait, en effet, que certaines maladies chroniques provoquent la destruction ou l'élimination excessive de vitamine C. Dans cette hypothèse, l'intoxication par le diphenyl-hydantoïlate de soude viendrait aggraver un état carenciel préexistant dû à l'épilepsie elle-même.

P.V.

OSIPOV-SINESTI. — **Traitement de la paradentose par une méthode personnelle de transplantation de tibia humain dans l'os maxillaire.** — (*Deutsche Zahn. Mund und Kieferheilkunde*, n° 3, 1941, in *Revue de Stomatologie*, sept. 1943).

La paradentose est un processus de dégénérescence du parodontium qui présente souvent les deux formes suivantes :

1° Une forme dystrophique, la paradentose proprement dite, avec disparition de l'alvéole, rétraction de la gencive, dénudation et mobilisation des dents.

2° Une forme inflammatoire ou parodontite avec ostéite du rebord alvéolaire et formation de poches pyorrhéiques.

Quelle que soit la cause de la paradentose, il s'agit toujours d'une ostéolyse. Les modifications du parodontium sont : disparition de l'os alvéolaire par ostéite sans néoformation d'os, tissu de granulation intra-alvéolaire qui, par son action lytique favorise la fonte osseuse, élargissement de l'alvéole et mobilisation des dents.

Les divers modes de traitement utilisés jusqu'alors, médicamenteux et chirurgicaux, ne s'attaquent qu'aux phénomènes inflammatoires, mais non pas à l'ostéolyse même ; de plus, il y a un assez gros pourcentage de récurrences consécutives à ces traitements.

L'auteur s'appuie sur les résultats des traitements des ostéolyses tuberculeuses par des transplantations d'os et sur les travaux de Leriche et Policard selon lesquels l'os transplanté provoque d'abord une sursaturation calcique locale, puis une condensation et une consolidation de l'os, et il transplante du tibia humain dans le maxillaire.

Description de la méthode. — Au moyen de l'appareil d'Albee, l'auteur se procure de la diaphyse de tibia humain et il la découpe en petits morceaux de la longueur de 1 centimètre et de l'épaisseur de 1 1/2 millimètre. Ces transplants sont décalcifiés pendant dix jours dans l'éther, puis conservés dans une solution saline physiologique.

Trois à quatre jours avant l'intervention, la zone malade est préparée, les poches pyorrhéiques sont nettoyées et désinfectées. L'opération consiste à pratiquer l'incision interdentaire de Kirkland et deux lambeaux vestibulaires et palatinaux sont constitués. Les tissus malades sont enlevés à la fraise ronde, le rebord alvéolaire est égalisé jusqu'au niveau de l'os sain ; après badigeonnage à la teinture d'iode, l'os dénudé est perforé dans les espaces interdentaires au moyen d'une fraise ronde, et dans ces tunnels on introduit les petits transplants osseux à légers coups de marteau. Le champ opératoire est recouvert par les lambeaux que l'on suture.

Dans le cas de dystrophie osseuse sans phénomènes inflammatoires et suppuraux, la gencive n'est soulevée que du côté vestibulaire, le transplant est introduit de la même façon que précédemment, puis tout est suturé.

Une rigoureuse hygiène est à observer. En 8 ou 12 jours tout rentre dans l'ordre. La gencive redevient normale dès le premier mois après l'opération, la mobilité persiste encore 3 mois.

Au moyen de la radiographie, on peut suivre la résorption du transplant osseux s'accompagnant de diminution de consistance de l'os environnant le transplant. A la fin du troisième mois, le transplant disparaît et la structure de l'os devient plus compacte ; à ce moment les dents se consolident, l'alvéole se resserre et la mobilité des dents diminue. On peut observer les complications suivantes : après l'intervention, œdème du visage dû aux traumatismes de l'intervention qui disparaît assez vite. Il se peut aussi que le transplant soit éliminé, cependant cet échec peut être évité par une asepsie et antisepsie rigoureuses.

Cette méthode opératoire a été appliquée dans 60 cas de paradentoses fort avancées et les résultats se montrent très encourageants ; deux ans après les opérations, il ne s'est pas encore produit de récurrences.

P.V.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 7 mars 1944

La séance est ouverte à 20 h. 45, sous la présidence de M. Pierson.

Le Dr Huguenin, Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine, Médecin de l'Institut du Cancer, développe sa conférence sur : *Le diagnostic des adénopathies cervicales*.

Les ganglions qui apparaissent au niveau de la région cervicale sont souvent faciles à identifier en raison des manifestations pathologiques locales évidentes de la cavité buccale. Mais ils constituent parfois la première extériorisation d'une maladie générale (lymphatisme de Marfan, tuberculose, syphilis, cancer) qu'il importe de dépister et de traiter sans retard en adressant le malade au Praticien de Médecine générale.

D'autre part, la conjonction de nombreuses observations cliniques avec les données du laboratoire ont rendu possible la détermination, la « codification » d'un certain nombre de syndromes qui permettent actuellement dans bien des cas, l'établissement d'un diagnostic sur le seul aspect clinique, la seule palpation des ganglions de la région cervicale.

Enfin, les adénopathies cervicales sont à l'heure actuelle plus fréquentes que jamais. Leur étude constitue un sujet d'actualité.

Au cours de sa conférence, le Professeur Huguenin souligne l'intérêt pragmatique, l'intérêt dogmatique, et l'intérêt d'actualité de l'étude des adénopathies cervicales. Il donne de nombreuses précisions sur le diagnostic, la thérapeutique, la classification de ces manifestations pathologiques et le rôle que doit tenir le praticien en leur présence.

La parole est ensuite donnée à M. P. Housset pour sa communication : *Gencives artificielles amovibles*.

L'auteur présente une conception nouvelle, celle des *gencives artificielles amovibles* ; il reprend le problème des rapports des travées de ponts fixes avec la gencive ; il montre que dans les cas de grande hauteur d'occlusion il est possible d'utiliser, pour un pont supérieur antérieur, des couronnes de porcelaine complètes, dont la transparence offre un si grand avantage esthétique, tout en plaçant au contact de la gencive une base en porcelaine, comme avec les pontets. La poutre de résistance métallique ou travée du pont présente une disposition particulière qu'il décrit.

Il aborde ensuite la question des gencives artificielles, celles qui sont fixes ou attachées à la porcelaine coronaire ne résolvent pas tous les problèmes ; l'auteur montre le grand intérêt des gencives artificielles amovibles en porcelaine ou plus simplement en matière plastique synthétique qui sont encastrées sous l'armature du pont. Cette dernière présente une forme qui assure la stabilité de la gencive artificielle, l'action des muscles jugaux ou labiaux empêchant le déplacement horizontal. La rétention d'ordre musculaire peut dans certains cas être complétée par un dispositif tubulaire simple. Cette gencive amovible, donc très hygiénique et possédant des avantages esthétiques et fonctionnels, convient non seulement dans les cas de grande résorption osseuse, mais aussi dans ceux où il faut compter le vide formé par la résection *in toto* d'une ou de plusieurs racines. D'autres cas atypiques sont décrits.

La séance est levée à 22 h. 15.

Le Secrétaire général : M. Rivault.

Séance du 4 avril 1944

Séance ouverte à 20 h. 30, sous la présidence de M. Pierson.

1° Correspondance ;

2° M. Marcel Mir, Ingénieur-Conseil, Diplômé du Conservatoire des Arts et Métiers : *Le traitement thermique des aciers inoxydables en art dentaire*.

L'auteur constate que l'emploi des aciers inoxydables en Art dentaire s'est généralisé rapidement tant pour la réalisation de pièces coulées que pour l'exécution de plaques estampées et la question de leur traitement thermique se pose, particulièrement pour les aciers de 18/8 dont les possibilités de mise en œuvre sont conditionnées par une malléabilité indispensable.

Le traitement thermique a pour but de déterminer une modification de la structure physique ou physico-chimique du produit métallurgique, suivant un processus

précisé scientifiquement par l'analyse thermique, en vue de lui conférer les caractéristiques requises. L'étude des alliages fer-chrome et fer-nickel permet de définir les limites d'existence des différents constituants dans l'acier 18/8. On sait que l'alliage qui a subi l'hypertrempe (c'est-à-dire un chauffage entre 1050 et 1150° suivi d'un refroidissement brusque) se trouve stabilisé et présente des caractéristiques mécaniques telles qu'il se laisse aisément emboutir à froid. En effet, à l'état hypertrempé, la dureté pour un acier 18/8 est de 135 à 165 Brinell et les allongements de 45 à 55 %. Mais ces caractéristiques favorables à l'estampage profond, sont modifiées par l'écroutissage survenant au cours du travail. Ainsi pour un écroutissage résultant d'une réduction de section de 15 % la dureté passe à 270 Brinell, tandis que les allongements tombent à 20/25 % et pour un écroutissage résultant d'une réduction de 50 % (ce qui n'est pas rare, tout au moins localement, dans certains estampages) la dureté s'élève jusqu'à 380 Brinell tandis que les allongements sont réduits à 8/12 %. Il en résulte l'impossibilité d'obtenir une complète adaptation de la plaque estampée sur son modèle par suite d'une élasticité exagérée qui peut, en outre, devenir néfaste en bouche.

La dureté est devenue très supérieure à celle de l'émail naturel des dents (137 Brinell) et le métal écoulé ne présente plus toute garantie au point de vue inoxydabilité par suite d'un état favorable à la précipitation des carbures.

Il faut donc recourir à une ou plusieurs hypertrempes au cours du travail d'estampage afin d'adoucir le métal et de le stabiliser. Cette opération s'effectue commodément dans un four électrique préalablement porté à la température voulue (1150°) la pièce étant ensuite refroidie brusquement par trempe à l'air ou à l'eau.

Par ailleurs, la soudure de l'acier 18/8, réalisée par points doit être conduite en évitant l'échauffement exagéré du métal qui détermine la précipitation de carbures préjudiciable à une bonne résistance à la corrosion. Il est nécessaire d'exécuter une soudure rapide, pratiquement instantanée, sous un très faible voltage, avec un ampérage pouvant atteindre 125 à 150 ampères.

Les qualités remarquables de l'acier inoxydable 18/8 semblent bien devoir en faire un matériau d'avenir susceptible, en prothèse dentaire, des applications les plus diverses. Cependant le perfectionnement des méthodes de travail et de l'outillage est seul susceptible, conjointement à la pratique des traitements thermiques, de permettre d'en tirer complètement toutes les possibilités d'application.

3^e M. Dubois-Prévost : *Les premières dents. Pathogénie des accidents de la première dentition, leur traitement.*

Après un bref aperçu historique de la question, M. Dubois-Prévost passe à l'étude des accidents de la première phase de la dentition.

La pathogénie de ces accidents s'explique par l'observation du phénomène de l'éruption, en tenant compte du terrain (espace) et de l'âge (temps). Tout d'abord, le phénomène de l'éruption dentaire nous est exposé selon la théorie classique puis, M. Dubois-Prévost nous fait part de ses conceptions, résultats de ses recherches.

Il fait débiter le phénomène de l'éruption avec la formation dentaire, c'est-à-dire au moment de la formation folliculaire. Il pense que les tissus très vasculaires de la papille et de l'espace périfolliculaire sont le siège d'une hyperémie périodique qui assure mécaniquement la migration de l'ébauche dentaire vers la surface gingivale et cela par poussées évolutives, suivies de stases sanguines, favorables à la calcification dentaire et au modelage de l'alvéole osseuse.

C'est au terme ultime de l'éruption, à la période où la pointe coronaire de la dent va percer, déchirer la gencive, qu'apparaissent les accidents de dentition, ceux qu'il est convenu d'appeler accidents directs.

A cette période, la pression sanguine est maximum au sein de l'alvéole, au moment des poussées évolutives il y a compression de toutes parts ; compression sur la partie coronaire calcifiée, compression au niveau de la muqueuse gingivale, compression sur les parois et le fond de l'alvéole. De ce fait, les ramifications nerveuses dentaires, péri-dentaires, celles du voisinage gingival, se trouvent anormalement comprimées, donc irritées. Cette irritation se transmet par le dentaire inférieur à toute la voie trigéminal et les accidents réflexes apparaissent.

Suit un exposé des différentes formes cliniques que peuvent revêtir les accidents de première dentition, et des indications thérapeutiques. L'auteur conclut en insistant sur le fait, que s'il n'est pas logique de considérer tout enfant en période d'éruption dentaire comme un malade, il est sage par contre de le ménager, en tenant compte de la fatigue supplémentaire imposée par le travail de dentition.

Si aujourd'hui, le médecin n'admet plus qu'avec prudence ces accidents dans la pathologie infantile, il a toujours le droit d'y penser, ne serait-ce que par le rapport toujours possible entre l'apparition de troubles réflexes proches ou lointains et la dentition.

La séance est levée à 22 h. 45.

Le Secrétaire général : M. Rivault.

Séance du 2 mai 1944

La séance est ouverte à 20 h. 30, sous la présidence de M. Pierson.

La parole est donnée à M. A. Beauregard pour sa communication : *Précisions sur la détermination du point incisif en orthopédie dento-faciale.*

Le point incisif est d'une importance capitale pour le diagnostic des dysmorphoses compliquées parce qu'il est le point commun à tous les sens dans lesquels elles sont analysées.

L'anatomie, les proportions faciales, les variations morphologiques et les méthodes de diagnostic permettent de le déterminer ainsi :

- Dans le sens antéro-postérieur : il est situé aux angles mésio-occlusaux des incisives centrales supérieures quand la lèvre supérieure est normale ou normalisée ;
- Dans le sens transversal : sur la ligne médiane ;
- Dans le sens vertical : au-dessus de la commissure labiale en fonction du type anthropologique et morphologique individuel.

Ce point doit être considéré comme virtuel. Il ne faut pas le confondre avec les malpositions dentaires qui sont désignées suivant une terminologie particulière.

La représentation graphique de l'arcade dentaire supérieure d'après les indices du Dr Izard, qui sont les meilleurs critères de normalité individuelle, n'est possible qu'en prenant les mensurations à partir du point incisif ou normalisé.

Sur le vivant, porteur de dysmorphoses, il importe de le prédéterminer dans les trois sens avec des procédés analogues à ceux qui sont employés en prothèse.

Le P. I. et le Raphé sont les lieux géométriques de la juxtaposition de l'arcade normale individuelle et de l'arcade pathologique. Associé à l'examen de la face dans le sens vertical, c'est le procédé le plus sûr et qui ne nécessite pas d'instrumentation spéciale. C'est pourquoi il est enseigné avec profit aux élèves de l'Ecole Dentaire de Paris.

M. Besombes insiste sur l'importance de la détermination du fameux point incisif. Il rappelle ses travaux sur cette question et indique, entre autres, qu'il avait préconisé l'examen dans le sens sagittal avant l'examen dans le plan frontal : l'indice de Pont serait ainsi mesuré à l'emplacement idéal.

Il conclut en attirant l'attention de ceux qui parfois demandent un conseil, sur le simple examen des modèles. Si la photographie n'est pas possible, un croquis, au pis aller est indispensable.

La parole est ensuite donnée au Dr B. Devilliers pour sa communication : *Dents incluses et kyste dermoïde de l'ovaire.*

Présentation d'une pièce anatomique provenant d'un volumineux kyste dermoïde de l'ovaire chez une femme de 27 ans.

Il s'agit d'un groupe de 3 dents ayant entre autres particularités celle de reposer sur une base osseuse, véritable maxillaire inférieur atrophique, présentant des alvéoles bien individualisées et un rudiment de condyle.

Une radiographie abdominale pratiquée avant l'intervention permet de faire le diagnostic de KD.

Macroscopiquement les dents prélevées sont bicuspides et font penser à des prémolaires supérieures.

L'examen histologique pratiqué par M. Dubois-Prévost sur une dent non fixée, met en évidence une calcification homogène et une couche d'émail d'épaisseur normale. On note cependant l'absence de ciment.

Rappel historique au cours duquel il est fait mention d'un mémoire de Potherat, en 1920, devant la Société de Chirurgie de Paris tendant à prouver que des dents provenant de KD peuvent présenter des caries et d'un article de Pont dans le *Lyon Chirurgical*, de 1926, qui s'élève contre cette opinion et admet qu'il s'agit de troubles dystrophiques de l'émail analogues à ceux que Capdepon a décrit à propos des érosions.

Après avoir passé en revue diverses théories pathogéniques, conclusion au cours de laquelle on insiste plus spécialement sur les caractères morphologiques des dents présentées, leur constitution histologique et l'aspect très spécial du substratum osseux, minuscule maxillaire inférieur.

Le Dr Roy félicite le Dr Devilliers pour cette intéressante présentation. Il partage l'opinion de Pont et attire l'attention sur le fait que le diagnostic a été pré-opératoire, ce qui, à son avis, est exceptionnel.

La séance est levée à 21 h. 15.

Le Secrétaire général : M. Rivault.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 28 mars 1944

La séance est ouverte à 20 h. 40, sous la présidence de M. André Boucher.

Lecture du procès-verbal (adopté).

Excusé : M. Fouques.

Candidatures : M. Mague, Mme Lephay et Mme Martine Gaston.

La parole est donnée à M. Housset, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris, sur la discussion du rapport de M. Robert Vieilleville, professeur à l'Ecole Odontotechnique aux XVII^{es} Journées Dentaires de Paris : *Ancrages, attachements et serrures diverses, sur les appareils amovibles de la prothèse de sélection.*

M. P. Housset montre que les inconvénients des ponts ont conduit à la création des attachements :

1° L'hygiène insuffisante pour les ponts fixes ;

2° L'emploi de piliers nécessitant la dépulpaion ;

3° La fragilité des incrustations métalliques soudées à la travée des ponts :

a) Fracture de la poutre de résistance à la liaison de l'incrustation ; b) Descellement de celle-ci ou ; c) Fracture d'une paroi coronaire sous l'effet des couples de torsion.

Mais à l'idée intéressante s'opposait une réalisation difficile, d'où le nombre excessif d'attachements préconisés, d'ailleurs c'est l'usage et l'expérience qui conduisent en mécanique à la simplification des formes et à la précision fonctionnelle.

A quelles conditions devraient répondre les attachements : a) à ne pas constituer des points faibles dans la poutre de résistance ; b) mais toutefois ne pas être encombrants en gênant la mise en place des porcelaines ou en diminuant la résistance de celles-ci ; c) ne pas former un recessus anti-hygiénique.

Il faut ajouter que les faces vestibulaires et linguales doivent toujours conserver leurs courbures lisses, tout dispositif placé sur ces faces, gêne la mastication et le glissement des muqueuses, constituant en outre une saillie irritante qui peut être engorgeuse ; d'où l'indication presque constante, de placer les attachements sur les faces proximales, tout en respectant l'embrasure linguale.

La création des rupteurs de force ou d'effort a accompagné et même précédé celle des attachements. L'argumentation montre que l'emploi des pontics et celui des rupteurs de force rend l'indication des attachements beaucoup plus rare.

Le procédé *pit and pin* (tubulure et tenon horizontaux) représente un excellent système pour les ponts de petite et moyenne portées, la coiffe partielle circulaire pour les molaires, l'inlay à tenons dentinaires pour les prémolaires et dents antérieures sont des ancrages qui, tout en évitant la dépulpaion, sont particulièrement robustes.

M. P. Housset, dans son enseignement, divise les attachements en trois classes dans l'ordre de leur qualité d'action dans la rupture des forces : a) ceux qui sont articulés ou mobiles dans le plan vertical ; b) ceux qui sont articulés ou mobiles dans le plan vertical et dans le plan horizontal ; c) ceux qui sont articulés dans les trois dimensions de l'espace, les meilleurs fonctionnellement.

Il défend les attachements de Roach dont M. Vieilleville ne semble pas partisan. Il indique qu'en 1921, il a transformé la rotule simple en rotule fendue (description de la technique de construction). Il en montre l'utilisation dans les grandes pièces combinées, grandes selles unilatérales reliées à des ponts fixes ou amovibles, entretoises palatines, etc...) aucun attachement, sinon le Berthold moins résistant ne peut prétendre remplacer une rotule fendue bien utilisée.

Pour conclure, l'argumentateur s'oppose à toute systématisation, les dispositifs prothétiques ne sont que des moyens. Il souhaite la publication *in extenso* du rapport de M. Vieilleville, ce rapport comportant une nomenclature très étudiée qui constitue une monographie d'une valeur remarquable pour les auteurs et praticiens s'intéressant à ces questions.

La parole est donnée ensuite à M. Vieilleville qui, par manque de temps, répond en partie à l'argumentation de M. Housset.

M. Vieilleville remercie l'argumentateur pour la classification de ses attachements et est heureux que M. Housset soit d'accord avec lui pour constater que les attachements articulés sont les meilleurs.

Le Président félicite M. Vieilleville pour son rapport et aussi M. Housset qui a bien voulu se déranger en cette occasion.

L'heure étant avancée, M. Aliot fera sa conférence à la séance d'avril, sur les oscillations de haute fréquence dans leurs applications quotidiennes en Odontologie.

La séance est levée à 21 h. 30.

Le Secrétaire des séances : Jacques Crétenet.

HYGIÈNE

COMITÉ NATIONAL D'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE

Communiqué

Le bureau du Comité National d'Hygiène Bucco-Dentaire s'est réuni le 27 avril dernier.

Il avait convoqué, à cette réunion, le Jury chargé de juger les projets envoyés par les fabricants en vue de la création et de l'aménagement d'un « Poste d'enamen dentaire scolaire fixe et mobile ».

Après examen des projets présentés, le jury a retenu deux projets, l'un avait en exergue une « Nef » et l'autre, un « Jeu de l'Arc ».

La délibération du jury s'est longuement appesantie sur ces deux projets qui, l'un et l'autre, sont à l'honneur des firmes industrielles qui les ont élaborés. Il a été unanime à reconnaître avec quelle ingéniosité et quel souci de réalisation pratique les concurrents avaient envisagé la question qui leur était posée.

Des deux projets retenus, il a placé en première ligne celui portant en exergue une « Nef » et en seconde ligne celui qui avait indiqué comme marque le « Jeu de l'Arc ».

Comme suite à la décision du jury, le Bureau du Conseil d'Administration du Comité National s'est réuni le 11 mai et a procédé à l'ouverture des lettres donnant la désignation des concurrents.

Conformément à l'avis exprimé par le jury, il a attribué :

Un prix de 5.000 fr. à *M. Daligaull* qui avait présenté le projet portant en exergue une « Nef ».

Et un second prix de 4.000 fr. à *M. Esnoult*, qui avait présenté le projet portant en exergue un « Jeu de l'Arc ».

D'autre part, il a procédé à l'ouverture d'un nouveau concours en vue de la confection d'insigne, cachet et médaille pour lesquels les projets pourront être déposés au siège du Comité National, 15, rue Jean-Mermoz, jusqu'au 30 juin 1944.

Nous rappelons que chaque projet doit être anonyme et porter un emblème spécial. Il doit être accompagné d'une lettre fermée donnant la désignation du fabricant.

Le Président :

Pierre Loislér.

NOUVELLES

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

Assemblée générale du 26 mars 1944

L'Assemblée générale de l'Association Générale des Dentistes de France, précédée d'une réunion du Conseil d'Administration, s'est tenue le dimanche 26 mars 1944.

La séance a été ouverte à 10 h. 15, sous la présidence du *D^r A. Audy*, président.

Après la lecture de la correspondance, le Trésorier en l'absence du Secrétaire général, souffrant, donna lecture du procès-verbal de l'Assemblée du 5 mai 1943 qui fut adopté.

Le *D^r A. Audy*, président de l'A. G. D. F., fit un rapport sur l'activité de l'Association pendant l'exercice écoulé ; au cours de son rapport, le Président parla de la relève, de l'*Aide immédiat en cas de décès*, de la situation actuelle du journal *L'Odontologie*, des élections au Conseil National de l'Ordre, etc., etc... Il adressa des félicitations au *D^r Hulin* pour toute la peine qu'il prend à diriger cet organisme considérable et pour la récompense qu'il a obtenue en voyant sa réélection se faire à une majorité aussi importante.

Ensuite les rapports du Secrétaire général, du Trésorier, de l'Administrateur général de *L'Odontologie* furent mis aux voix et adoptés à l'unanimité.

La séance a été levée à 12 heures.

Le Président : D^r A. Audy.

On nous communique : Le Comité des JOURNÉES DENTAIRES DE PARIS informe la profession que son Congrès annuel aura lieu à l'Ecole Odontotechnique, 5, rue Garancière, Paris (6^e), du 23 au 26 novembre 1944.

JURISPRUDENCE. — Un intéressant arrêt en matière d'exercice de profession. —
(*La Liberté du Sud-Ouest*, n° du 3 avril 1944).

Il y a un an, un Espagnol, Moralès, dentiste à Périgueux, était privé du droit d'exercer sa profession par décision du Secrétaire d'Etat à la Santé, mais il n'en continua pas moins à donner des soins à ses clients. Traduit devant le Tribunal correctionnel de Périgueux, il avait été acquitté, les juges ayant admis que la Convention de 1862, déterminant le droit des Espagnols vivant en France, devait prévaloir contre la décision ministérielle.

La Cour de Limoges vient de réformer ce jugement dans un arrêt fortement motivé et déclarant que Moralès a illégalement exercé l'art dentaire ; elle condamne celui-ci à 3.000 francs d'amende et 5.000 francs de dommages et intérêts envers la Section Dentaire de l'Ordre des Médecins de la Dordogne, partie civile.

Mariage. — M^{me} et M. Marcel Berthoumieu, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement et du Corps enseignant de l'Ecole Dentaire de Paris, nous ont fait part du mariage de leur fils, M. Lyonel Berthoumieu, chirurgien-dentiste, chef de clinique à l'Ecole Dentaire de Paris et membre du Conseil d'Administration de l'Association Générale des Dentistes de France, avec Mlle Simone Alain. Le mariage a été célébré à Paris, le 17 mai 1944.

Nos sincères félicitations et vœux de bonheur.

Naissances. — Nous avons le plaisir d'annoncer la naissance de :

Michel Billot, fils de M^{me} et M. Roger Billot, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, le 10 mars 1944.

Danielle Sebban, fille de M. et M^{me} Sebban, chirurgiens-dentistes, anciens élèves de l'Ecole Dentaire de Paris, le 5 avril 1944.

François Audy, 3^e fils et 4^e enfant de M^{me} et M. Philippe Audy, chirurgien-dentiste, membre du Corps enseignant de l'Ecole Dentaire de Paris, le 12 avril 1944.

Marie-Christine, fille de M^{me} et du D^r Jean Aye, chef de clinique à l'Ecole Dentaire de Paris, le 12 avril 1944.

Geneviève, fille de M^{me} et M. Pierre Lauvray, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, le 27 avril 1944.

Nos sincères félicitations.

Nécrologie. — Le D^r Paul Laurian, professeur suppléant à l'Ecole Dentaire de Paris, a été éprouvé par le décès de son père, M. Victor Laurian, chirurgien-dentiste, membre honoraire de notre Groupement, survenu le 15 avril 1944. Les obsèques ont eu lieu le 21 avril, dans l'intimité à Ermenonville (Oise).

Nous avons appris avec peine les décès de M. Robert de Joannis, chirurgien-dentiste, ancien Elève de l'Ecole Dentaire de Paris ; M^{me} Robert de Joannis et Mlle Marie-Françoise de Joannis, victimes du bombardement de Noisy-le-Sec, dans la nuit du 18 au 19 avril 1944.

M. Maurice Loynel, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, nous a fait part du décès de son père, M. Paul Loynel, survenu le 2 mai 1944.

Nous adressons à nos confrères et à leur famille l'expression de nos sincères condoléances et sentiments de sympathie.

FICHES BIBLIOGRAPHIQUES

PYORRHÉE ALVÉOLAIRE

Pitsch (G.). — La pyorrhée est prévisible et guérissable (*Information Dentaire*, 19 mars 1939).

Karil. — Contribution à l'étude du métabolisme général dans les paradentoses. Le dosage du phosphore dans le sang (*Thèse Genève*, 1938. Edité chez Berichthaus, Zurich).

Riaz (H.). — Contribution à l'étude de la paradentose. Les irritations du paradentium marginal (*Thèse Genève*, 1938. Edité chez Rosnoblet, Annemasse).

Barrieu (C.). — Une fiche pyorrhéique (*Information Dentaire*, 14 mai 1939).

Erausquir (R.). — Le problème anatomo-pathologique de la pyorrhée (*Revista Odontologica*, déc. 1938).

Icanneret (M.). — L'attelle fixe en paradentose (*Revue Mensuelle Suisse d'Odont.*, janv. 1939).

Barrieu (C.). — Différentes méthodes sur la suppression des kils-de-sac dans les paradentoses (*Information Dentaire*, 6 octobre 1940).

Boenheim (F.). — La thérapeutique endocrinienne de la paradentose (*Journal of Dental Research*, avril 1938).

PYORRHÉE ALVÉOLAIRE

Held (A.-J.). — La paradentose et leur traitement (Edité à Paris, chez Masson, 1938).

Roy (M.). — Analyse critique du livre de Held sur les paradentoses et leur traitement (*Odontologie*, juin 1940 à août 1941).

Hulin (Ch.). — Les paradentoses pyorrhéiques (Edité à Paris, 1941. — Comptoir Dentaire de France. *Thèse*, 1941).

Barrieu (C.). — La prothèse chez les pyorrhéiques (*Information Dentaire*, 26 janvier 1941).

Barrieu (C.). — Présentation d'une prothèse chez un édenté partiel pyorrhéique (*Information Dentaire*, 30 mars 1941).

Barrieu (C.). — Prophylaxie des paradentoses (*Information Dentaire*, 11 mai 1941).

X... — Vieux traités de botanique comme source de nos connaissances sur la paradentose en Allemagne des 16^e et 17^e siècles (*ahnartzliche Rundschau*, n° 15, 13 avril 1941) (*Information Dentaire*, 24 août 1941).

Frenkel. — Diagnostic de la paradentose (*Munchener Weiz Woch*, 15 déc. 1939).

L'Administrateur-Gérant : P. LOISIER. — Autorisation S. 149.

Soc. Rév. Imp. & Pub. (Dorville Émile)

Dépôt légal 2^e trimestre 1944. — N° 2

L'ODONTOLOGIE

REVUE MENSUELLE

DIRIGÉE DE 1881 A 1896 PAR PAUL DUBOIS
DE 1896 A 1923 PAR CHARLES GODON
ET DE 1923 A 1940 PAR MAURICE ROY

Secrétaire de la Rédaction, Administrateur
Pierre LOISIER
Professeur sup. à l'Ecole Dentaire de Paris

Directeur et Rédacteur en Chef
A. AUDY
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Dents incluses et kyste dermoïde de l'ovaire. Présentation d'une pièce anatomique,
par le Dr Devilliers..... 82

REVUE DES LIVRES ET DES REVUES..... 86

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

Société d'Odontologie de Paris. — Séance du 6 juin 1944..... 87

Société Odontologique de France. — Séance du 25 avril 1944..... 89

NÉCROLOGIE..... 91

HYGIÈNE..... 94

NOUVELLES..... 94

FICHES BIBLIOGRAPHIQUES..... 96

ÉDITIONS DE LA SOCIÉTÉ RÉGIONALE D'IMPRIMERIE
MAURICE DORMANN, ÉDITEUR

RÉDACTION ET ADMINISTRATION : 45, rue de la Tour-d'Auvergne, PARIS (9^e)
Compte Chèques Postaux 277.93 Paris Téléphone : Trudaine 74-86 et 74-87

Abonnements : France.. 100 fr. par an. — Le numéro : 12 francs.
Etranger 130 fr. par an. Le numéro : 16 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

DENTS INCLUSES ET KYSTE DERMOÏDE DE L'OVAIRE PRÉSENTATION D'UNE PIÈCE ANATOMIQUE

Par le Dr DEVILLIERS

Chef de Clinique à l'Ecole Dentaire de Paris

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le 2 mai 1944).

La pièce anatomique que je vais vous présenter provient d'un volumineux kyste dermoïde de l'ovaire chez une femme de 27 ans, enceinte de 3 mois.

C'est à M. BENASSY qui pratiqua l'intervention en juillet dernier que je dois d'avoir pu examiner cette pièce ; je tiens à l'en remercier ici, ce soir.

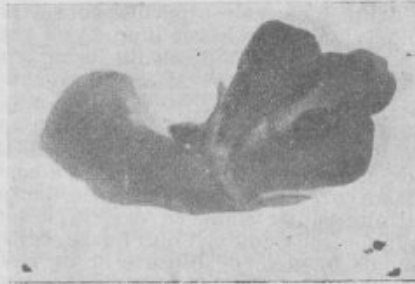
Il s'agit d'un groupe de 3 dents qui a, entre autres particularités, celle de reposer sur base osseuse, véritable maxillaire inférieur atrophique présentant des alvéoles bien individualisées et un rudiment de condyle.

Une radiographie abdominale (que je vais faire circuler parmi vous) pratiquée avant l'intervention dans un but diagnostique afin d'éliminer une tumeur sigmoïdienne possible permet de mettre en évidence ce kyste et même d'en préciser la nature. En effet, sur les clichés, vous pourrez voir se projetant sur l'aile iliaque gauche un groupe de 3 dents nettement délimité et une 4^e dent aberrante noyée dans la cavité kystique. Cette 4^e dent a été perdue au moment de l'ouverture du kyste. Ces 3 dents présentent des rapports étroits, leurs apex dirigés vers le haut semblent se prolonger par une masse plus floue aux contours irréguliers apparemment moins calcifiée dont il est difficile sur la radiographie de préciser les caractères.

L'examen macroscopique pratiqué ultérieurement a confirmé ces premiers renseignements fournis par la radiographie. Les 3 dents prélevées sont toutes bicuspides. Les couronnes sont recouvertes d'un émail d'une qualité satisfaisante. L'une d'elles présente des érosions cupuliformes multiples mais très discrètes, et une autre, sur l'une de ses faces, une érosion unique limitée à la périphérie par un petit bourrelet d'émail. La teinte de l'émail n'est pas uniforme, on observe de nombreuses taches blanches correspondant vraisemblablement à un défaut de calcification. Les racines sont subnormales, de 10 à 15 m/m de long, sensiblement coniques, légèrement incurvées et comme tordues autour de leur axe. Les apex sont largement ouverts. L'une des dents a 2 racines intimement accolées. Les 3 dents ressemblent grossièrement à des prémolaires. Pour la commodité de la description, nous les supposerons normalement orientées sur un maxillaire. Toutes les trois sont aplaties dans le sens mésiodistal et l'une d'elles, formée de 2 cônes, terminée chacun par une cuspide et séparée par un sillon mésio-distal rappelle une première prémolaire supérieure. Leur face linguale est plus petite et plus convexe que la face vestibulaire, cette dernière présentant sur 2 d'entre elles des dépressions assez accentuées. Les faces triturantes ont grossièrement la forme d'un trapèze, le grand diamètre est vestibulo-lingual et les faces vestibulaires sont les plus larges ; la cuspide vestibulaire descend plus bas que la cuspide linguale. Le collet est nettement indiqué ; il se présente sous la forme d'une ligne très peu

ondulée à convexité radiculaire sur les faces vestibulaire et linguale et à convexité coronaire sur les faces proximales.

Quant à la masse osseuse sur laquelle reposent les dents, elle rappelle un maxillaire inférieur minuscule présentant 2 branches : l'une horizontale et l'autre verticale ; à l'une des extrémités de la branche verticale se trouve une surface lisse, assez régulièrement arrondie, ressemblant à un condyle aplati. A l'extrémité de la branche horizontale, on aperçoit 3 alvéoles en bouquet, deux d'entre elles sont très nettement différenciées ; leur fond perforé livrait vraisemblablement passage à un pédicule vasculo-nerveux se rendant à la dent correspondante.



M. Raoul DUBOIS-PRÉVOST a eu l'obligeance d'examiner histologiquement l'une de ces dents, voici les résultats qu'il m'a communiqués :

EXAMEN HISTOLOGIQUE D'UNE DENT PROVENANT D'UN KYSTE DERMOÏDE DE L'OVAIRE

Cet examen a été pratiqué sur une dent non fixée (dent sèche), coupe non colorée, obtenue par usure.

La couronne présente deux cuspides séparées par un sillon peu profond et bien calcifié.

La couche d'émail est d'épaisseur normale et présente une calcification sensiblement homogène.

La racine est courte et présente un canal radiculaire large et semble complètement dépourvue de ciment.

Au niveau du collet, la jonction émail-dentine est assurée sans trouble de calcification par recouvrement de l'émail sur la dentine.

Au niveau de l'apex, une calcification périphérique plus dense, peut faire penser à la formation de ciment.

L'ÉMAIL. — Présence d'une mince cuticule. Disposition habituelle des prismes qui s'entre-croisent obliquement et se groupent en faisceaux qui suivent un trajet flexueux.

Présence des stries brunes parallèles de Retzius disposées par plages.

Au niveau de la zone profonde de la couche d'émail, sont de très nombreux canalicules de Tomes très ramifiés qui, de ce fait, s'avancent dans l'émail sur une certaine étendue, particulièrement au niveau du pôle coronaire dans l'axe de la cavité pulpaire. On remarque également quelques fascicules filamenteux de l'émail.

ZONE GRANULEUSE DE TOMES. — Peu marquée du collet jusqu'à environ la moitié de la hauteur coronaire, s'affirme davantage jusqu'au sommet en un plexus finement granuleux.

Au niveau de la racine, du collet à l'apex, cette zone granuleuse est plus dense et sépare la dentine d'une région périphérique très claire (pro-mail de Retterer).

LA DENTINE. — Disposition habituelle des canalicules, terminaison en fourche des fibrilles au niveau de la zone granuleuse, présence de nombreuses plages de dentine translucide. Nombreux espaces interglobulaires de Czermack.

Il n'est pas rare de rencontrer dans la littérature médicale des observations de K. D. renfermant des dents. Permettez-moi de vous en rappeler quelques-unes parmi les plus récentes.

Le nombre des dents incluses est parfois considérable ; Pozzi, dans son traité de gynécologie, rapporte le cas d'un kyste contenant 100 dents et AUTENRIETH a décrit un cas où 300 dents furent enlevées d'un kyste qui en contenait encore.

Quelques auteurs ont trouvé des dents qui présentaient des pertes de substance simulant la carie dentaire. POTHERAT présenta en 1920, devant la Société de Chirurgie de Paris, un mémoire tendant à prouver qu'il s'agissait bien de caries dentaires, ce qui est en contradiction absolue avec la théorie de MAGITOT qui rattache la carie dentaire à l'action des micro-organismes intrabuccaux ; dans ce cas, la lésion serait d'origine trophique, neurotrophique sans doute. Pour Pozzi, déjà cité, il n'y aurait pas carie véritable, mais phénomène d'usure et de résorption.

Dans le *Lyon Chirurgical* de mai 1926, PONT s'élève contre cette opinion et admet qu'il s'agit de troubles dysplasiques de l'émail, analogues à ceux que CAPDEPONT a décrits à propos des érosions. En 1925, MOUCHET présente à la Société de Chirurgie une observation de K. dermoïde contenant un nez et un maxillaire supérieur avec plusieurs dents incluses dans le palais.

BRODIER signale que pendant la guerre — l'avant-dernière — il a eu l'occasion d'opérer à l'Hôpital Civil, deux femmes ayant de très nombreux K. D. de l'ovaire. « Dans l'un, dit-il, en dehors de touffes multiples à cheveux noirs, ce qu'il y avait de curieux dans la poche kystique, c'était la présence d'un maxillaire inférieur minuscule avec 7 dents, dont deux complètement développées et un fragment de cerveau uniplanté sur la paroi, fragment de 7 cm. de long, sur 6 de large et 3 d'épaisseur. »

Dans la *Semaine Dentaire* de mai 1925, on trouve une observation fort documentée de GODARD et BOULAND à propos d'un kyste de l'ovaire contenant 4 dents régulièrement implantées dans une masse osseuse rappelant grossièrement la forme d'une calotte crânienne. M. DE KERVILY qui examina histologiquement l'une de ces dents, conclut en disant « qu'elle présente les caractères d'une dent jeune, mais avec un ciment et un émail très peu développés. »

Dans les *Archiv Für Gynékologie*, MEYER et STENIKOFF ont publié une étude sur la morphologie et la répartition des dents trouvées dans des K. Dermoides. Sur les 59 dents examinées et décrites, il y avait 5 dents ayant les caractères des incisives, 4 dents ceux des canines, 28 dents ceux des prémolaires, 15 dents ceux des molaires et 3 dents indéfinissables.

Les molaires et les prémolaires dominent donc, mais elles sont pour la plupart très anormales, l'émail mince ou inexistant, les racines atrophiées et soudées entre elles pour les multiradiculaires. A l'intérieur des kystes, les dents se présentent de diverses façons, tantôt isolées, tantôt insérées ou incluses dans une base osseuse ne présentant généralement aucun caractère particulier. Parfois la dent est enfermée dans un sac de tissu fibreux relié à la paroi kystique par une mince bandelette tendineuse.

En outre, STENIKOFF insiste sur le fait que les dents rencontrées

présentent très fréquemment des signes de résorption particulièrement marqués au niveau des racines. Quel est le mécanisme de cette résorption ? Pression prolongée, occasionnée par la position de la tumeur ? Déminéralisation en rapport avec un contenu kystique acide ?

Mais plus encore, c'est la pathogénie de ces kystes qui demeure obscure. D'après Roussy, deux théories se trouvent en présence :

Première théorie. — Le K. serait le résultat de l'évolution parthénogénétique d'une cellule germinative (ovule ou spermatocyte) ;

Deuxième théorie. — Il serait le produit d'une cellule embryonnaire qui, ultérieurement, reprend son évolution dans l'organisme adulte.

La première de ces deux théories peut expliquer les dysembryomes des glandes génitales ; en effet, LOEB a démontré chez les mammifères la possibilité d'une évolution parthénogénétique d'un ovule. Mais les dysembryomes extra génitaux sont très probablement la conséquence d'un vice de développement qui s'est effectué au début de l'embryogénèse et qui s'est traduit par l'exclusion momentanée d'une cellule embryonnaire, soit d'un blastomère (cellule résultant des premières divisions de l'œuf), soit d'une cellule déjà plus différenciée — ultérieurement, cette cellule qui se trouve ainsi incorporée dans l'organisme adulte, reprend sa multiplication et déploie tout son potentiel évolutif dont dépend alors la complexité structurale du dysembryome en formation : un blastomère donnera naissance aux dérivés de tous les feuilletts, une cellule embryonnaire plus différenciée ne fournira que les éléments d'une région déterminée.

D'autres théories tendent à expliquer la genèse des K. D. par une variation brusque des phénomènes de polarité cellulaire.

...

En terminant, j'insisterai sur le côté de la question qui nous intéresse plus particulièrement : les caractères des dents rencontrées dans ces tumeurs. Comme nous l'avons vu, ce sont le plus souvent des dents très atypiques, sans racines, ou à racines presque résorbées, à émail mince, présentant de multiples érosions et à ciment inexistant ; fréquemment noyées à l'intérieur de la cavité kystique ou reposant sur une masse osseuse non individualisée.

Dans le cas que je vous présente ce soir, nous avons pu nous rendre compte, grâce à l'examen histologique très précis de M. DUBOIS-PRÉVOST, que je tiens à remercier encore, que les dents étaient subnormales, si ce n'est l'absence presque totale de ciment. Mais la couche d'émail est dense, la calcification homogène, les canalicules de Tomes ont leur disposition habituelle, au niveau du collet la jonction émail-dentine s'effectue sans troubles de calcification.

C'est pourquoi l'ensemble formé, d'une part par ces dents et d'autre part par une base osseuse rappelant un minuscule maxillaire inférieur avec un condyle atrophique et ses alvéoles bien individualisées, perforées, livrant passage vraisemblablement à un pédicule vasculo-nerveux, m'a paru digne de retenir votre attention ce soir.

REVUE DES LIVRES ET DES REVUES

LAUGARD (G.). — **La dent de sagesse à racines inversées en « bec d'aigle ».** — (*Thèse de Lyon* éditée chez Bosc et Riou, Lyon, 1943).

Cette thèse est une bonne et consciencieuse étude de cette anomalie dentaire et radulaire, déjà décrite et étudiée par Ginestet et Paoli au Congrès de Stomatologie de Paris en 1938. La dent de sagesse ainsi nommée est une dent enclavée dans l'os maxillaire obliquement, pouvant même se présenter jusque dans la position horizontale dont les apex, formant crochet, sont recourbés vers le bas. A propos de la pathogénie de cette anomalie, Laugard montre l'importance du déplacement du bulbe dentaire par rapport au paquet vasculo-nerveux qui se trouve étiré et forme angle.

Ces formes anormales démontrent combien la radiographie est utile et même indispensable pour établir le diagnostic et éclairer le praticien sur la position de la dent.

La seule thérapeutique consiste à pratiquer l'extraction en faisant la résection complète du toit osseux, qui recouvre la dent et l'empêche d'être avulsée par les moyens ordinaires.

RATTE (J.). — **Trois cas de septicémie à staphylocoques traités par injections intra-veineuses de bacté-staphy-phage. Guérison.** — (*Bulletin du Service de Santé*, n° 4, 1943. Edité à Paris chez Lavaugelle).

L'auteur rapporte, entre autre, l'observation d'un malade de 18 ans atteint de furoncle de la lèvre supérieure, avec état septicémique et signes cliniques de thrombophlébite du sinus caverneux : œdème de la face, chémoses, protrusion de l'œil, torpeur. L'état général était grave, fièvre élevée, frissons, céphalée, vomissements. Une hémoculture pratiquée révéla qu'il s'agissait du staphylocoque doré. On fit tout d'abord une injection auto-hémothérapique pour supprimer la bactério-résistance, puis une injection intraveineuse très lente de 1 centimètre cube de bacté-staphy-phage de Robert et Carrière, dilué dans 250 centimètres cubes de sérum physiologique tiède.

Malgré la complication d'un abcès rétro-oculaire qui fut incisé, la guérison se fit assez bien.

LACOLLET (P.). — **Du prognathisme et de son traitement chirurgical.** — (*Thèse de Lyon*, 1943. Editée chez Bosc et Riou, Lyon).

Cette thèse inaugurale est une mise au point de la question du prognathisme, mais surtout une étude du traitement chirurgical de cette malformation tel qu'il est pratiqué actuellement. L'auteur, après une définition du prognathisme, en divise les variétés en trois classes : prognathisme simple, prognathisme avec suroccclusion, prognathisme avec béance. Comme causes étiologiques on peut retenir : les facteurs héréditaires, les traumatismes, l'acromégalie confirmée ou larvée, l'adénoïdisme, l'évolution dentaire.

La partie la plus importante de cet intéressant travail est consacrée au traitement. En premier lieu, traitement orthodontique ; ce n'est qu'en cas d'échec ou d'impossibilité que l'on aura recours au traitement chirurgical.

L'auteur passe en revue les différentes opérations pratiquées tant en France qu'à l'étranger pour arriver à cette conclusion que chaque méthode peut trouver ses indications suivant les différents cas. Le prognathisme simple sera traité par l'ostéotomie de la branche montante. Le prognathisme avec suroccclusion par la résection bicondylienne ou l'ostéotomie sus-spygienne. Le prognathisme avec béance par l'ostéotomie sus-spygienne ou la résection cunéiforme de l'angle.

A propos de l'ostéotomie sus-spygienne, l'auteur décrit la méthode opératoire et les instruments spéciaux employés par M. Ginestet.

P. V

F. BARRI. — **Anesthésie du nerf maxillaire inférieur au niveau du trou ovale par voie intra-buccale.** — (*Revue de Stomatologie de Paris*, juillet 1943).

Par sa grande simplicité et les avantages qu'elle présente, l'auteur conseille cette anesthésie qui est appelée à se substituer dans bien des cas à celle du nerf dentaire inférieur au niveau de l'épine de Spix. En effet, celle-ci n'intéresse ni le nerf buccal, ni les filets sympathiques provenant du plexus périartériel. Tandis qu'avec cette nouvelle technique on obtient l'anesthésie parfaite de toutes les branches du nerf maxillaire inférieur.

Instrumentation : Une seringue de Luer de 3 ou 5 centimètres cubes remplie aseptiquement de 2,5 centimètres cubes de solution de novocaïne à 3 % sans adrénaline et tiède ; adaptée à la seringue, une aiguille de Pauchet de 6 centimètres de longueur.

Points de repère : Il en existe deux. L'un région apicale de la deuxième grosse molaire supérieure, l'autre le bord supérieur du conduit auditif externe, la tête du patient portée en arrière.

Après désinfection de la muqueuse à la glycérine iodée ou l'eau oxygénée, on enfonce l'aiguille à l'endroit correspondant à l'apex distal de la dent de 12 ans supérieure, d'avant en arrière, de dehors en dedans et de bas en haut, tout en se dirigeant vers la protubérance occipitale externe et dans le sens vertical vers le plan du bord supérieur du conduit auditif externe ; dans cette position, l'aiguille va former un angle d'environ 30° avec le plan de Camper (épine nasale et bord inférieur du conduit auditif externe). Avec l'aiguille, on rase la tubérosité du maxillaire supérieur avec laquelle on ne perd pas le contact et elle est enfoncée par petits coups successifs en contrôlant les repères et en lâchant en même temps quelques gouttes d'anesthésique pour rendre la pénétration moins douloureuse ; en faisant ainsi une sorte d'anesthésie traçante, on rencontre le nerf à 4,5 centimètres de profondeur. Pour s'assurer que l'on n'a pas touché un vaisseau sanguin, avant d'injecter le liquide, on fait une légère aspiration, si rien ne vient on injecte le liquide.

L'anesthésie est obtenue assez rapidement, en général deux minutes suffisent ; parfois il faut attendre 10 à 15 minutes.

Quelques inconvénients peuvent se présenter : si on enfonce l'aiguille trop en dehors, on bute à la profondeur de 4 centimètres sur la grande aile du sphénoïde près de l'épine ; dans ce cas, il faut reculer d'un 1/2 centimètre et enfoncer de nouveau un peu plus à l'intérieur jusqu'à ce que l'on arrive à la profondeur de 4,5 centimètres. Par contre, si l'on a pénétré trop à l'intérieur, on bute à la profondeur de 3 centimètres sur l'aile externe de l'apophyse ptérygoïde ; dans ce cas, reculer et enfoncer un peu plus en dehors.

L'auteur ne connaît aucun autre inconvénient ou danger à cette technique, et il insiste sur la facilité d'atteindre le trou ovale par cette voie et d'obtenir une bonne anesthésie.

P V

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 6 juin 1944

La séance est ouverte à 20 h. 30, sous la présidence de M. Henri Villain qui donne la parole à M. Rivaux pour sa communication : *Technique d'utilisation des alliages inoxydables à couler en prothèse dentaire.*

Après avoir fait un rappel sur les conceptions biologiques actuelles, M. M. A. Rivaux insiste sur la nécessité de ne pas traiter le problème uniquement sur le plan mécanique.

Il examine ensuite les qualités et les défauts des aciers inoxydables et des nickels chromés et précise plusieurs points importants faisant ressortir, entre autres, que l'uniformité de l'alliage employé limite son emploi. Il conseille l'hypertrempe des bagues pour faciliter le travail de boutlage et d'ajustage et en indique la technique.

En ce qui concerne les essais de coulée, il signale la nécessité de placer des évents étant donné les soufflures possibles.

Les avantages que l'on peut tirer d'un outillage perfectionné sont ensuite indiqués avant de passer à la partie purement technique de son exposé, confection de :

- A) Coiffe complète;
- B) Richmond ;
- C) Demi-bague ;
- D) Bridges coulés en un temps :
 - a) simples, en forme d'arche ;
 - b) travées avec dents à glissières ou sanytaripontics ou trupontics ;
 - c) bridges segmentés dont l'anse de réunion est constituée par 2 fils soudés électriquement, et dont les extrémités sont investies dans la coulée ;
 - d) bridges de contention avec clavette vestibulo-linguale tenant l'inlay de raccordement ;
 - e) bridges en palapont armé dont la coulée assure la jonction des points d'appui et de la poutre de résistance ;
 - f) bridges avec dents en palapont interchangeables.
- E) Bâti demi-bague pour transformer une dent à tenon radulaire en demi-bague ;
- F) Couronne télescope exécutée en Rémanit, donnant ainsi la possibilité d'exécution de bridges amovibles ;
- G) Plaques décolletées coulées en un seul temps :
 - a) entièrement en acier 18-8 ou Rémanit ;
 - b) avec l'armature centrale coulée investie dans la matière plastique.

Les crochets ne seront pas soudés, seuls le seront les éléments métalliques servant à la rétention. Les appuis cingulaires et occlusaux seront toujours évités.

M. M. A. Rivault présente ensuite des contre-plaques planes pour dents à glissières, en forme de dièdre, pour trupontics (présence du petit axe augmentant la résistance mécanique).

Cette communication était accompagnée d'une trentaine de modèles, les uns pédagogiques, les autres constitués par des travaux exécutés suivant la méthode de choix préconisée.

Prendent part à la discussion : MM. Marguerite, Henri Villain et Paul Housset.

La parole est ensuite donnée à M. Pierson.

Dans la première partie de sa communication intitulée : *Dents artificielles en substance plastique. Procédés de construction*, M. Pierson situe le Palapont parmi les nombreuses matières plastiques industrielles. Il étudie l'origine et la parenté des résines vinyliques, des caoutchoucs synthétiques et leur multiplicité. Il insiste sur la diversité des propriétés physiques, chimiques, mécaniques et même biologiques que ces corps, de structure colloïdale et pourtant très voisins, sont susceptibles de présenter au gré des Chimistes. Il montre l'intérêt de leur utilisation en prothèse comme dans l'industrie non seulement comme produits de remplacement, mais peut-être même, dans un avenir prochain, comme matériaux de choix.

Dans la deuxième partie de son exposé, l'auteur ébauche une nouvelle classification des dents artificielles scellées. Il les groupe en dents à tenons (dents à crampons) et dents à mortaise entière (dents à tube) ou fendues (dents à glissière). Pour chaque type de dents en substance plastique, il indique un procédé de construction au moyen d'une armature métallique simple et d'une matrice d'acier facile à réaliser une fois pour toutes. Il présente différents modèles de dents en substance plastique qu'il utilise couramment. Après avoir discuté et schématisé les indications des dents employées, M. Pierson souligne la fragilité des dents à mortaise fendue (dents à glissière) dont la mortaise, excentrique par rapport à la dent, constitue un véritable trait de fracture. Il préconise l'utilisation plus fréquente des dents à tenons et, pour assurer leur remplacement éventuel, il émet le vœu tendant à uniformiser le diamètre des tenons et leur écartement.

Prendent part à la discussion : MM. Paul Housset, Henri Villain, M. A. Rivault et Daligault.

La séance est levée à 22 h. 30.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE*Séance du 25 avril 1944*

Séance ouverte à 20 h. 10, sous la présidence de *M. André Boucher*.

Lecture du procès-verbal (adopté).

Candidatures : *M. Roussel, M. Fouéré*.

La parole est donnée à *M. Aliot*, chef de Clinique à l'Ecole Odontotecnique de Paris. — *Les oscillations de haute fréquence dans leurs applications quotidiennes en odontologie*.

M. Aliot, dans son exposé, nous donne quatre modes d'applications quotidiennes de haute fréquence :

- 1° Médicales ou d'intensité (diathermie) ;
- 2° Chirurgicales ou de densité (diathermie-coagulation) ;
- 3° L'effet de tension qui donne à son tour deux applications : a) l'effluvation médicale, sédative ; b) la fulguration chirurgicale ;
- 4° Le bistouri électrique ou circuit volant de Walter qui permet le décapuchonnage des dents de sagesse en milieu infecté.

Ensuite, *M. Aliot* présente son appareil et donne plusieurs méthodes de traitements par la haute fréquence.

- 1° Blanchiment des dents par stérilisation simultanée de la région apicale ;
- 2° Traitement des pulpites de l'apex et enlèvement indolore des filets radiculaires ;
- 3° Traitement des gangrènes pulpaire et des complications immédiates ;
- 4° Arthrites alvéolo-dentaires. Inflammatoires ou médicamenteuses (enfumage iodé).

M. Aliot conclut qu'une dessiccation poussée aussi loin que possible rend la dentine poreuse et l'oblige à absorber avidement le liquide antiseptique qu'on lui présente.

Le Président remercie *M. Aliot* de sa conférence sur la haute fréquence et fait remarquer que dans toutes les méthodes où l'on emploie les agents physiques des appareils, il faut auparavant les connaître parfaitement de façon à pouvoir les appliquer avec le maximum de sensibilité.

La parole est ensuite donnée à *M. le Dr Caména d'Almeida*. — *Quelques notions récentes sur les hémorragies*.

L'auteur étudie les différentes théories qui ont été émises sur la coagulation sanguine et sur la physiologie du sang, considéré comme le tissu vivant au cours des quarante dernières années. Il montre que trois périodes peuvent, avec le recul du temps, être envisagées :

La première correspond au début du siècle : les méthodes d'examen biologique étaient encore à leur début et la thérapeutique des hémorragies ne comporte que des moyens physiques.

Une seconde période, jusqu'en 1920, ayant vu se préciser les théories de la coagulation et se dessiner les syndromes cliniques de l'hémophilie et de l'hémogénie, pouvait permettre l'usage de procédés thérapeutiques physiologiques, telles que les différentes sérothérapies et la transfusion.

Enfin, dans une troisième période, la chimie de synthèse ayant fait un immense bond en avant, on put se servir de produits tels que l'acide ascorbique et la vitamine « K » dont l'usage change totalement le pronostic de certaines hémorragies post-opératoires.

Il passe rapidement en revue les différents procédés d'examen de laboratoire qui sont à notre disposition pour dépister la tendance hémorragique du sujet (temps de saignement, temps de coagulation, temps de Quick, formule sanguine, signe du lacet).

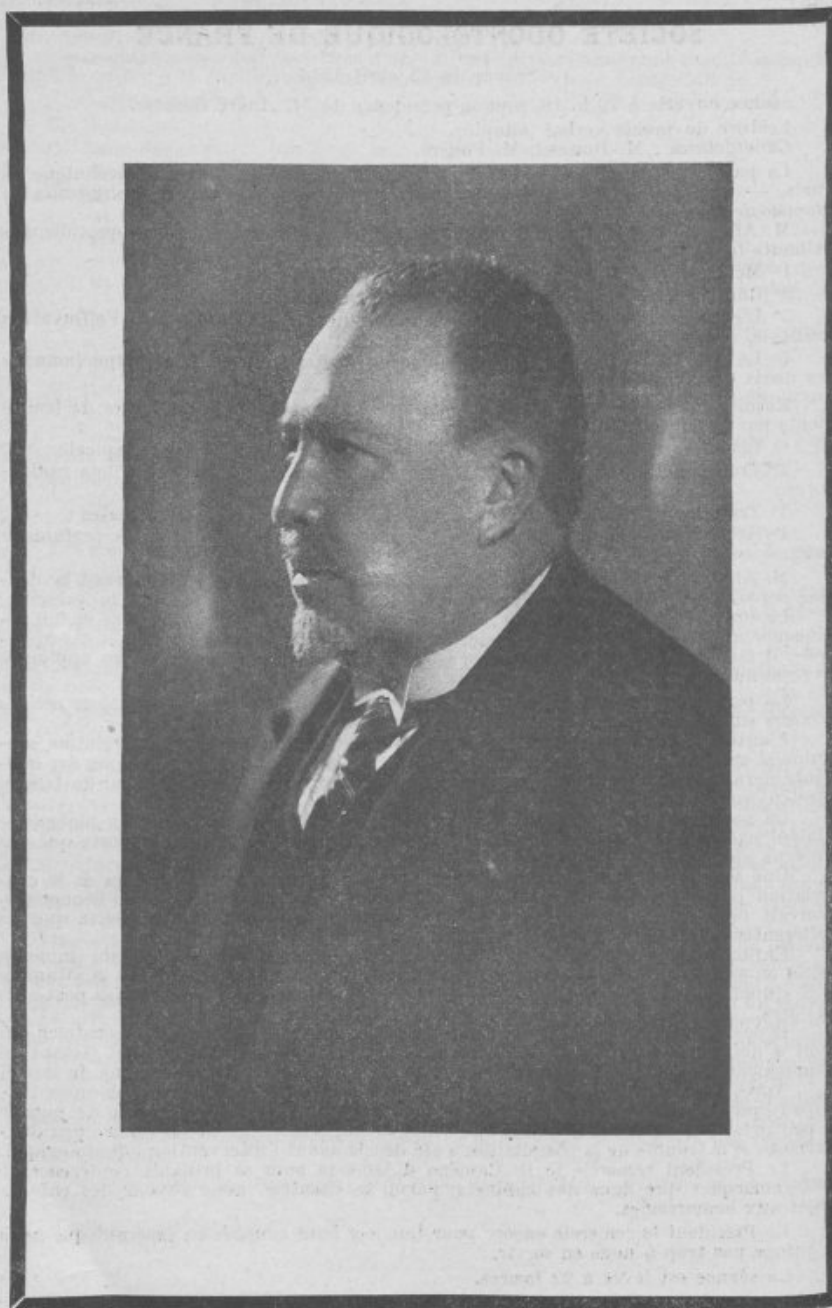
Après avoir présenté quelques observations, il résume les différentes données thérapeutiques et surtout prophylactiques qui permettent à l'heure actuelle de juguler à peu près les hémorragies, quelle que soit leur importance ou de les rendre peu dangereuses si le trouble de la coagulation a été décelé avant l'intervention odontologique.

Le Président remercie le *Dr Caména d'Almeida* pour sa brillante conférence et fait remarquer que dans nos cabinets, parmi la clientèle, nous voyons des enfants sujet aux hémorragies.

Le Président le remercie encore pour tous ces bons conseils en espérant que nous n'aurons pas trop à nous en servir.

La séance est levée à 22 heures.

Le Secrétaire des Séances : Jacques Crétenet.



NÉCROLOGIE

Emile HUET (1874-1914)

C'est avec un profond chagrin que je viens ici rendre hommage au créateur de l'œuvre si remarquable que représente la *Fondation Documentaire Dentaire*, à mon éminent confrère et très cher ami, Emile Huet, qui vient de succomber à une crise d'angine de poitrine, le 29 mars dernier.

Né à Bruxelles le 8 mai 1874 (il allait donc avoir 70 ans) il voulait s'orienter vers la grande chirurgie, malheureusement, au moment de l'un de ses examens, il fut frappé d'une congestion à la suite de laquelle la Faculté lui conseilla de renoncer à tout travail intellectuel. Il se tourna alors vers le sport cycliste où il acquit rapidement une brillante renommée, abattant, de 1893 à 1896, de multiples records, remportant de nombreux championnats sur les divers vélodromes européens. Toutefois, se rendant bien compte que cette carrière ne pouvait lui ouvrir qu'un avenir forcément temporaire, il entreprit en même temps ses études dentaires qu'il vint faire à l'Ecole Dentaire de Paris.

Ses études terminées, il s'installa à Bruxelles en 1897 et y poursuivit sa carrière professionnelle avec toute la conscience qui a caractérisé toute sa vie. En homme désireux de se perfectionner sans cesse et de se tenir au courant de toutes les acquisitions nouvelles de notre science et de notre technique, il suivit régulièrement toutes les manifestations professionnelles et tous les congrès où il apporta bientôt d'importantes contributions personnelles. Son activité se tourna surtout vers le perfectionnement des moteurs électriques et l'étude scientifique du fraisage et du meulage des dents. C'est ainsi que, en 1913, il présentait à la Société d'Odontologie de Paris un moteur électrique à grande vitesse avec lequel il obtenait 6 à 7.000 tours à la minute avec une pression de la fraise de 400 grammes, résultats qu'il devait perfectionner encore par la suite en obtenant 10.000 tours à la minute avec une pression de fraisage réduite à 200 grammes. Ce moteur « à démarrage puissant, à vitesse considérable, était pourvu d'un arrêt instantané obtenu grâce à un électro-aimant commandé par une pédale basculante s'accordant avec les réflexes naturels ». Avec des instruments de précision qu'il imagina il calcula, dans des travaux qu'il présenta par la suite, la mesure du rendement des instruments rotatifs en dentisterie opératoire ; il établit les règles qui devaient présider au fraisage et au meulage des dents, montrant que la vitesse diminue de moitié la pression nécessaire pour le fraisage et le meulage, supprime la trépidation et l'échauffement, causes de douleur, et c'est ainsi qu'il démontra que, avec la vitesse considérable réalisée par son moteur, il était possible d'obtenir la trépanation de dents vivantes d'une façon presque indolore. Etudiant également les fraises et leur taille, il montra les *desiderata* que celles-ci devaient présenter pour obtenir le meilleur rendement, le fraisage comme le meulage devant avoir pour but, suivant son expression, *de couper et non user*.

Je dois dire que, malgré les énormes avantages que présente ce moteur, seuls un petit nombre de confrères en possèdent un exemplaire, Huet n'ayant pu, tant est forte la routine en toute manière, arriver à faire fabriquer ce tour industriellement au plus grand dam de la profession.

S'il ne fut pas l'inventeur du procédé de disjonction de la symphyse des maxillaires supérieurs, Huet fut un des premiers à employer et à vulgariser cette remarquable opération qui permet d'obtenir en quelques jours et de façon définitive un élargissement considérable de la voûte palatine et du plancher nasal avec les heureuses conséquences qu'en résultent, pour les cas qui s'y réfèrent, tant au point de vue respiratoire qu'orthodontique. Au Congrès de Liège, en 1939, m'appuyant sur un nombre important de cas personnels, j'ai montré les excellents résultats que j'ai obtenus moi-même par ce procédé, que j'ai connu grâce à Huet, et qui est encore trop rarement employé.

Membre de la *Fédération Dentaire Internationale* dès sa fondation, il prit part à la plupart des réunions de celle-ci et y déploya bientôt une grande activité dans la Commission de Documentation où il affirma, dès le début, une compétence des plus éclairées.

Esprit particulièrement méthodique, Huet avait été séduit de bonne heure par la classification décimale des documents imaginée par Melvil Dewey, bibliothécaire de l'Université de Columbia (U.S.A.) et, dans un travail présenté au Congrès de Berlin, en 1909 (*Documentation Dentaire Internationale. — Notions sur la classification dentaire décimale*), il montra l'intérêt qu'il y aurait à établir une semblable classification pour les publications de notre spécialité. Cette idée fut favorablement accueillie par la

F. D. I. qui chargea sa Commission de Bibliographie et de Documentation de la réalisation de ce projet qui s'est traduite par un important volume, publié en 1920, dont Huet avait assumé la tâche principale, et où se trouve codifiée, jusque dans ses plus minimes détails, l'indexation nécessaire au classement décimal des écrits et documents relatifs à la Stomatologie et à l'Odontologie. Cette classification a été immédiatement adoptée par les journaux et bibliothèques du monde entier, rendant un service considérable à tous les chercheurs ; c'est sur ces données que les lecteurs de ce journal peuvent voir indexés en exergue tous les articles qui paraissent dans celui-ci. Huet a ultérieurement complété les tables décimales d'indexation dans un rapport qu'il a présenté en 1936 au Congrès de Vienne.

Mais, dans cet ordre d'idées, Huet avait conçu, dès le début, pour la F.D.I. la réalisation d'une œuvre d'une importance considérable. Chargé de la conservation et du classement de tous les documents de la Fédération, il proposa à celle-ci la création d'un centre documentaire où viendraient s'adjoindre aux documents de la F. D. I. tous les journaux professionnels du monde entier et où seraient établies les fiches bibliographiques de tout ce qui paraîtrait dans le monde, permettant ainsi à tous les travailleurs de trouver sans difficulté toutes les indications bibliographiques qui leur seraient nécessaires sur tous les sujets relatifs à l'art dentaire.

Cette proposition fut adoptée par la F. D. I. qui chargea son auteur de sa réalisation et c'est à cette œuvre grandiose, la *Fondation Documentaire Dentaire* que, avec les subsides extrêmement limités mis à sa disposition, Emile Huet s'est attelé depuis près de 40 ans, y consacrant toute sa vie, toute son activité, organisant tout dans ses moindres détails, dressant un personnel, malheureusement beaucoup trop restreint faute de ressources suffisantes, s'y dépensant sans compter de sa personne comme de sa bourse.

Les difficultés qu'il eut à résoudre furent considérables notamment pour obtenir pour la Fondation la constitution d'un statut juridique singulièrement difficile à obtenir pour une œuvre *internationale* de ce genre. Il réussit à l'obtenir en Belgique, en 1929, et le siège de la Fondation fut fixé à Bruxelles où elle fut installée d'abord dans une annexe de la Bibliothèque royale, puis au Palais mondial et enfin à l'Institut Eastman, où Huet avait la satisfaction de trouver pour l'œuvre qu'il avait réalisée un cadre digne d'elle.

Après la mort du regretté vicomte F. Aguilar, qui avait été le premier président de la Fondation, Huet m'avait demandé, comme ayant été l'un des premiers à m'intéresser à cette œuvre, d'en accepter la présidence et c'est avec plaisir que j'avais saisi cette occasion de lui apporter un concours effectif.

Je ne puis entrer dans tous les détails de cette organisation, mais, pour avoir une idée de son importance, que l'on sache seulement que la Fondation Documentaire a établi l'inventaire le plus complet du monde de toutes les bibliographies relatives à l'art dentaire ; qu'elle a fait l'inventaire de tous les périodiques paraissant ou ayant paru dans le monde entier ; qu'elle recevait en 1939, plus de 220 journaux dentaires qui sont conservés et catalogués ; c'est la plus importante collection mondiale ; toute cette documentation, mise sur fiches, peut, grâce à un personnel particulièrement entraîné, être mise à la disposition des travailleurs du monde entier, etc., etc... Tous ces services, par leur précision et leur méthode, émerveillent tous ceux qui ont visité la Fondation ou ont eu recours à ses services ; mais, seuls, ceux qui, comme moi, et mes amis Joachim, Watry et Poutrain, constituons le Bureau de la Fondation et avons assisté à l'éclosion de l'œuvre et à son développement, ont pu se rendre compte de la somme formidable de travail, de dévouement, de patience qu'il a fallu à Huet pour la mettre au point et en assurer la perpétuité. A ce dernier point il est une chose qui mérite d'être mise plus particulièrement en relief, c'est le désintéressement complet qui domina chez lui dans tout ce travail de constitution et d'organisation. En effet, alors qu'il était le créateur et l'âme même de l'œuvre, son souci constant a été d'en effacer son nom le plus possible, ne cessant de nous dire, à nous ses collaborateurs, qui voulions que son effort si considérable ne fut pas complètement anonyme, qu'il fallait à tout prix que la Fondation pour durer et prospérer ne parût à aucun titre être l'œuvre d'un individu, pas plus lui qu'un autre et qu'elle devait, dans toute son organisation, affirmer le caractère international qui avait présidé à sa création puisqu'elle était une émanation de la F. D. I.

La disparition de Huet est pour la Fondation Documentaire une perte irréparable, mais il a pu partir rassuré quant à la pérennité de son œuvre par suite de la perfection avec laquelle il a établi son fonctionnement. Aussi, malgré la perte si cruelle qu'elle vient de faire, elle va continuer sa marche et son développement sous l'impulsion de ses collaborateurs qu'il a su inspirer de son esprit ; mais toutefois ceux-ci, par un juste sentiment d'équité et contrairement au désir de notre ami, auront aussi le devoir de perpétuer de toutes les manières dans la Fondation le souvenir de celui grâce à qui tous les écrivains, les chercheurs de l'avenir devront d'avoir cet instrument de travail

incomparable qui lui méritera, avec la nôtre, l'éternelle reconnaissance des générations dentaires futures.

Peu avant la présente guerre, Huet, après s'être assuré la collaboration d'un grand nombre de confrères qualifiés, avait pris la direction scientifique d'une publication qui, sous le titre « *La Bouche et les Dents* », publiait un traité complet de pratique dentaire sur fiches mobiles ; cette œuvre, déjà très avancée, a malheureusement été interrompue par la guerre après laquelle elle sera certainement achevée, Huet en ayant établi très judicieusement les cadres.

Je viens de retracer brièvement la carrière si remplie de cet homme de bien si profondément attaché au progrès de son art et qui s'y est dévoué avec le désintéressement le plus beau et le plus grand ; on peut dire qu'il a bien mérité de la profession dentaire mondiale que sa mort aujourd'hui met en deuil.

Son rôle dans la vie professionnelle de son pays fut également des plus importants et ses compatriotes le reconnurent en lui attribuant en 1937 le prix triennal de la Société d'Odontologie.

Fondateur du service dentaire de l'hôpital d'Ixelles qu'il a dirigé pendant 40 ans, il était titulaire de nombreuses décorations de son pays, notamment l'Ordre de la Couronne et l'Ordre de Léopold. Il avait été nommé en 1910, sur la présentation de ses confrères français, Officier d'Académie. Fidèle habitué et collaborateur de toutes nos réunions professionnelles, il avait été nommé membre honoraire de la Société d'Odontologie de Paris, du Groupement de l'Ecole Dentaire, de la Société Odontologique de France. Il était Docteur *honoris causa* de la Faculté Dentaire de l'Université de Montréal (Canada).

Son inhumation a eu lieu à Bruxe les où un dernier adieu lui fut adressé au nom de l'Association Générale des Dentistes de Belgique par son Président, M. Cyrus Fay et par M. Albert Joachim au nom de la Fondation Documentaire que je n'ai pu représenter en raison des circonstances actuelles.

Pour moi, je perds avec Huet un vieil et très cher ami dont la disparition se fera douloureusement sentir ; caractère réservé, il ne se donnait pas facilement, mais il était, pour ceux avec qui il se liait, l'ami le plus sûr et le plus dévoué et c'est avec la plus vive émotion que j'ai appris sa mort et que je m'associe au chagrin de Madame Huet et de sa famille et notamment de sa plus jeune fille, Denise, bien connue dans nos réunions internationales où elle était la fidèle compagne de son cher papa. Je leur adresse aussi les plus vives et les plus sincères condoléances de tous les confrères français dont je suis sûr d'être ici l'interprète, car Huet jouissait de la plus haute estime de tous et j'adresse aussi l'expression de la douloureuse sympathie du Groupement de l'Ecole Dentaire de Paris à l'Association Générale des Dentistes de Belgique pour la perte si grande qu'elle vient de faire en même temps que la profession dentaire mondiale qui conservera éternellement le souvenir d'Emile Huet. En dehors des liens d'amitié qui m'unissaient à lui, je me devais de lui rendre un suprême hommage en ma double qualité de président de cette Fondation Documentaire Dentaire à laquelle il avait voué sa vie, et de vice-président de la Fédération Dentaire Internationale, dont il fut un des membres éminents ; si les travaux de la Fédération n'eussent pas été interrompus par les tragiques événements que nous vivons, nul doute que celle-ci, dans la session qu'elle devait tenir, lui eût attribué son prix Miller, qui eût été un légitime hommage à un homme qui a si bien servi la science dentaire mondiale.

Maurice Roy.

Bibliographie des principaux travaux de Emile HUET

- Amélioration à la technique opératoire dentaire par l'usage des moteurs électriques à grande vitesse.* — *L'Odontologie*, 30 août 1913, p. 146.
Mesure du rendement des instruments rotatifs en dentisterie opératoire. — *L'Odontologie*, décembre 1913, p. 522.
Application de quelques données scientifiques au meulage et au fraisage des dents. — *L'Odontologie* 1920, p. 241.
Les fraises et le fraisage de la dentine. — *L'Odontologie* 1923, p. 145.
A propos de nos fraises. — *L'Odontologie* 1925, p. 89.
Innocuité des accidents par éclatement des meules. — *L'Odontologie* 1928, p. 39.
La technique du meulage. — *Presse Dentaire*, 1928, p. 332.
Traitement de l'insuffisance de développement frontal des maxillaires supérieurs par la disjonction de la symphyse. — *L'Odontologie* 1926, p. 207.
Documentation dentaire internationale. Notions sur la classification dentaire décimale. — Congrès de Berlin, 1909. — Vol. II, p. 672.
Manuel pour la classification décimale des écrits et documents relatifs à la Stomatologie et à l'Odontologie. — F. D. I. Commission de Bibliographie et de Documentation, 1920.
Documentation et Presse. — Rapport du Congrès de Vienne 1936. Vol. I, p. 219.

HYGIÈNE

COMITÉ NATIONAL D'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE

Communiqué

Le Comité National d'Hygiène bucco-dentaire dont toute la profession connaît et apprécie les utiles travaux, avait mis au concours, il y a quelques mois, un projet de création d'un poste idéal fixe et d'un autre poste mobile de désinfection en vue du fonctionnement des inspections scolaires dentaires.

Un certain nombre de fabricants se sont intéressés à cette initiative et ont fait parvenir au Comité National des maquettes et des projets dans lesquels la compétence professionnelle et l'ingéniosité constructive ont permis d'enregistrer et de primer des résultats particulièrement intéressants.

Aujourd'hui, le Comité National appelle l'attention des ingénieurs et des fabricants sur un autre projet qu'il met au concours.

Il s'agit cette fois d'un timbre, d'un cachet, d'une médaille. Chacun de ces projets devra rappeler l'art dentaire, soit comme devise, soit comme emblème, soit comme patronage. Toutefois, aucun d'eux n'est solidaire, cette indépendance devant permettre aux inventeurs de laisser libre cours à leur imagination.

D'une façon générale, les dispositions à prévoir sont les suivantes :

- 1° Un insigne de boutonnière ;
- 2° Un cachet pour lettres ou en-têtes ;
- 3° Une médaille à décerner (bronze, argent, vermeil) d'environ 6 centimètres de diamètre et de 5 à 6 millimètres d'épaisseur.

Ces diverses créations, sans être nécessairement semblables étant donnés leurs objets différents, devront comprendre néanmoins un thème commun, par exemple une figure centrale entourée d'une légende.

Nous rappelons qu'il s'agit du Comité National d'Hygiène bucco-dentaire.

L'envoi des projets devra être effectué avant le 30 septembre 1944 au siège social provisoire du Comité National 15, rue Jean-Mermoz.

Chaque projet sera présenté sous la forme anonyme en trois exemplaires, chacun d'eux étant affecté d'une devise qui sera obligatoirement reproduite sur la lettre d'envoi accompagnant les projets.

Une autre lettre sous enveloppe fermée devra indiquer le nom du concurrent.

Une Commission spéciale sera chargée d'examiner et de classer les dits projets.

NOUVELLES

On nous communique : AFFAIRES DISCIPLINAIRES. — Jugements rendus par le Conseil régional de la région de Paris, envers certains Chirurgiens-Dentistes :

Attendu que M... et M... ont commis des irrégularités importantes dans la tenue des feuilles de soins dentaires de l'Assuré ..., mais que les conditions dans lesquelles celles-ci se sont produites excluent l'idée de fraude ou de mauvaise foi et qu'elles ne doivent être attribuées qu'à la négligence.

Attendu toutefois que ces négligences qui rendent difficile le contrôle exercé par les Assurances sociales doivent être sanctionnées.

Attendu que la nature bénigne, du point de vue moral de ces infractions à la règle permet de maintenir le sursis accordé à M... et à la suite d'une sanction à lui infligée par le Conseil de Famille de..., le....

Par ces motifs :

Décide d'infliger à M... et à M... un avertissement en Chambre du Conseil.

Attendu que M... ne possède pas le diplôme de chirurgien-dentiste.

Attendu qu'il n'exerçait pas l'Art dentaire en Alsace-Lorraine avant le.... et qu'il n'y avait pas commencé son apprentissage avant cette date.

Attendu que, né en Alsace-Lorraine, réintégré de droit dans la nationalité fran-

caise en vertu des dispositions du traité de Versailles, il ne saurait se prévaloir des dispositions légales concernant les chirurgiens-dentistes sarrois.

Par ces motifs :

Décide de rejeter la demande de M.....

Attendu que M..... a été l'objet de deux condamnations pour abus de confiance et pour escroquerie en et en

Attendu que M... après de longs attermoiements pour fournir l'extrait de son casier judiciaire, a fausement déclaré sous la foi du serment n'avoir jamais encouru une peine judiciaire.

Attendu que M..... s'est livré à des manœuvres pour se rendre acquéreur, sous la seule signature de la femme séparée de biens d'un confrère, du cabinet de celui-ci, ainsi que de son appartement et pour s'y maintenir après versement d'un minime acompte, et cela contre la volonté formelle du dit confrère.

Attendu qu'il résulte de ces faits que M..... ne présente pas les conditions nécessaires de moralité.

Par ces motifs :

Décide : « La demande d'inscription au Tableau des Chirurgiens-Dentistes présentée par M..... est rejetée. »

Attendu que M..... déjà averti a continué à faire de la publicité dans la grande presse alors qu'il s'était engagé à la faire cesser.

Attendu que M... s'est paré de titres non homologués par le Conseil de l'Ordre, et qu'il s'est présenté dans cette publicité comme exerçant une spécialité alors que ces procédés thérapeutiques sont de pratique courante dans l'exercice de l'Art dentaire.

Attendu que M..... prétend que l'article ... de la loi du ne lui est pas applicable parce qu'il ne vise pas expressément la publicité dans la grande presse, mais qu'il appartient cependant au Conseil Régional de sanctionner tout fait de publicité d'apparence commerciale incompatible avec les règles de l'Ordre.

Par ces motifs :

Décide d'interdire à M..... l'exercice de la profession dentaire pendant un mois.

ECOLE DENTAIRE DE PARIS. — La promotion Délibéros. — Les étudiants de 5^e année de l'Ecole Dentaire de Paris ont procédé au baptême de leur promotion. Nous avons vu avec plaisir qu'ils l'ont placée sous le parrainage du Dr Délibéros.

Cette marque de déférente sympathie envers notre collègue est un hommage à son dévouement et à son rôle d'éducateur.

Le Dr Délibéros a été heureux d'accepter ce parrainage et a réuni ses anciens élèves dans une réception amicale à laquelle assistaient MM. Blatter et Wallis-Davy qui, avec M. Délibéros, ont exprimé le vœu que les jeunes gens présents restent dans l'avenir aussis unis qu'à l'Ecole et en contact avec leurs anciens maîtres et l'Institution qui les a formés.

Fiançailles. — Nous avons le plaisir d'annoncer les fiançailles de M. M.-J. Dirheimer avec Mlle Anne-Marie Lemoine, tous deux chirurgiens-dentistes, anciens élèves de l'Ecole Dentaire de Paris, membres de notre Groupement.

M^{me} et M. Henri Auvray, chirurgien-dentiste à Reims, membre de notre Groupement, sont heureux de faire part des fiançailles de leur fille Yvette avec M. Jean Menne, chirurgien-dentiste à Lille.

Nos sincères félicitations.

Mariages. — Le mariage de M. Louis Pélicand, chirurgien-dentiste, avec Mlle Denise André, a été célébré à Montluçon (Allier).

Le mariage de M. Jacques Clabault avec Mlle Denise Détry, tous deux chirurgiens-dentistes, anciens élèves de l'Ecole Dentaire de Paris et membres de notre Groupement a eu lieu à Paris, le 25 mai 1944.

Le mariage de M. Louis Thélème, chirurgien-dentiste, ancien élève de l'Ecole Dentaire de Paris et membre de notre Groupement, avec Mlle Renée Gannat, a eu lieu à Paris, le 6 juin 1944.

Nos félicitations et vœux de bonheur.

Naissances. — M. et M^{me} Vendrely-Ulberich, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement nous ont fait part de la naissance de leur fils Jacques, le 9 mai 1944.

M. Devin, étudiant en chirurgie dentaire, et M^{me} Devin, chirurgien-dentiste, nous ont fait part de la naissance de leur fille Michèle. M^{me} Devin est la fille de notre confrère Léon Blanc, de Nancy, membre de notre Groupement.

Le Dr et M^{me} Pierre Fontanel nous ont annoncé la naissance de leur fille Catherine, le 30 mai 1944.

M. Henri Bouchard et M^{me}, née Collioud, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, nous ont fait part de la naissance de leur troisième enfant, Françoise, le 7 juin 1944.

Nos sincères félicitations.

Nécrologie. — M. Pierre Depresle, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, a été éprouvé par la mort de son père, décédé le 14 juin 1944.

M. Jacques Bédé, élève à l'Ecole Dentaire de Paris, et Madame, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, ont la douleur de faire part du décès de leur fils, Dominique Bédé, tué au cours du bombardement de Tournan-en-Brie, le 22 juin 1944, dans sa 6^e année.

Nous prions nos confrères de trouver ici l'expression de nos sincères condoléances et de notre vive sympathie dans le deuil cruel qui les frappe.

FICHES BIBLIOGRAPHIQUES

VITAMINES. — AVITAMINOSE. — PELLAGRE

Justin-Besançon et Dechaume. — Manifestations buccales de l'avitaminose nicotinique (*Revue de Stomat.*, Paris, nov. 1941).

Friez (P.). — Généralités bio-chimiques sur les vitamines (*Revue de Stomat.*, Paris, nov. 1941).

Landouzy (H.). — De la pellagre sporadique (Edité à Paris, chez Baillière, 1860).

Billod (E.). — Traité de la pellagre. (Edité à Paris, chez Masson, 1870).

Nicolas et Jambon. — Contribution à l'étude de la pellagre et du syndrome pellagrique (*Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, tome IX, 1908).

Beltrami. — Le déséquilibre alimentaire (carence C) dans les troubles du métabolisme calcaire en pathologie humaine et comparée (*Revue de Stomat.*, Paris, octobre 1938).

Fliessinger (N.). — Les associations vitaminiques et hormonales (*Journal des Praticiens*, n° 42, 1941).

Stahel. — Le syndrome de Spogren ; hypoavitaminose A (*Klinische Wocheus*, n° 48, 1938).

Tubona. — Etude clinique des avitaminoses nicotiniques (*Thèse Paris*, 1941).

Justin-Besançon. — Vitamine P. P. Le rôle métabolique de l'acide nicotinique (*Presse Médicale*, n° 18, 1939).

Lwoff. — Données récentes sur la vitamine P. P. et les avitaminoses nicotiniques (*Semaine des Hôpitaux de Paris*, 17 oct. 1941).

Semaine des Hôpitaux de Paris, 17 octobre 1941. Numéro consacré aux Vitamines.

Morhardt. — Les vitamines et la peau (*Presse Médicale*, nos 64 et 65, 1940).

Morhardt. — La vitamine K et ses applications thérapeutiques (*Presse Médicale*, nos 64 et 65, 1941).

Mouriquand. — Notions biologiques et cliniques sur la vitamine et l'avitaminose C (*Revue de Médecine*, déc. 1938).

Quinterelli. — La Pellagre et ses manifestations buccales (*Stomatologia*, n° 4, 1937).

Giroud. — Les vitamines du groupe B (*Presse Médicale*, nos 84 et 85, 1940).

Giroud. — L'acidé ascorbique (*Presse Médicale*, n° 100, 1938).

L'Administrateur-Gérant : P. LOISIER. — Autorisation S. 149.

Soe. Rés. Imp. & Pub. (D'après l'Imprimerie)

Dépôt légal 2^e trimestre 1944. — N° 1

L'ODONTOLOGIE

REVUE MENSUELLE

DIRIGÉE DE 1881 A 1896 PAR PAUL DUBOIS
DE 1896 A 1923 PAR CHARLES GODON
ET DE 1923 A 1940 PAR MAURICE ROY

Secrétaire de la Rédaction, Administrateur
Pierre LOISIER
Professeur sup. à l'Ecole Dentaire de Paris

Directeur et Rédacteur en Chef
A. AUDY
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

- Le traitement thermique des aciers inoxydables en art dentaire, par *Marcel Mir*. 98
Dents artificielles en substance plastique. — Procédés de construction, par *M. Pierson* 110
Les premières dents. — Mécanisme de l'éruption. — Pathogénie des accidents de la première dentition, par *R. Dubois-Prévost*..... 120
REVUE DES REVUES..... 125

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

- Société d'Odontologie de Paris. — Séance du 4 juillet 1944..... 126
Société Odontologique de France. — Séance du 23 mai 1944..... 127
COMMUNIQUÉS et NOUVELLES..... 128

ÉDITIONS DE LA SOCIÉTÉ RÉGIONALE D'IMPRIMERIE
MAURICE DORMANN, ÉDITEUR

RÉDACTION ET ADMINISTRATION : 45, rue de la Tour-d'Auvergne, PARIS (9^e)
Compte Chèques Postaux 277.93 Paris Téléphone : Trudaine 74-86 et 74-87

Abonnements : France... 100 fr. par an. — Le numéro : 12 francs.
Etranger 130 fr. par an. Le numéro : 16 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

LE TRAITEMENT THERMIQUE DES ACIERS INOXYDABLES EN ART DENTAIRE

Par Marcel Mir

Ingénieur-Conseil, diplômé du Conservatoire des Arts et Métiers.

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, séance du
4 avril 1944). 616.314 × 156

INTRODUCTION. — L'acier inoxydable est maintenant considéré, en prothèse dentaire, comme beaucoup mieux qu'un matériau de remplacement imposé par les circonstances.

C'est à juste titre qu'avant la guerre, il avait déjà retenu l'attention. Sa bonne résistance à la corrosion dans le milieu buccal et ses caractéristiques physiques remarquables aux différents points de vue : ténacité, dureté, élasticité, légèreté, sonorité, sont désormais reconnues.

L'emploi s'en est généralisé rapidement malgré les difficultés éprouvées pour la mise en œuvre qui exige une technique d'autant plus complexe que la prothèse dentaire utilise des aciers inoxydables laminés pour l'exécution de pièces estampées et des aciers ou des alliages inoxydables coulés pour la réalisation de pièces de fonderie fine.

Dans l'un et l'autre cas, l'importante question du traitement thermique se présente immédiatement et, c'est celle que nous nous proposons d'examiner.

PREMIÈRE PARTIE

GÉNÉRALITÉS SUR LES TRAITEMENTS THERMIQUES DES ALLIAGES MÉTALLIQUES. — Le traitement thermique a pour but de déterminer une modification de la structure physique ou physico-chimique du produit métallurgique, en vue de lui conférer les caractéristiques requises pour sa mise en œuvre ou son utilisation.

Au sens chimique, les alliages sont formés par des corps simples fondus ensemble, mais ces corps simples ne conservent pas leur personnalité au sein de l'alliage et, plus souvent, ils donnent naissance à de nouveaux constituants qui peuvent être :

des *combinaisons* dont la composition est fixe
ou des *solutions solides* dont la composition est variable.

L'existence, l'arrangement, le mode de cristallisation et les proportions de ces nouveaux constituants sont directement sous l'influence de la température.

Le traitement thermique apporte donc une modification du produit métallurgique dans un sens déterminé et suivant un processus que l'analyse thermique permet de préciser scientifiquement.

ANALYSE THERMIQUE. — L'analyse thermique est, en effet, à la base de la théorie des alliages.

Elle consiste en la détermination des points de fusion et des points de transformation représentés graphiquement sous forme de diagrammes.

DIAGRAMME. — Si l'on considère les alliages de deux métaux A et B, on peut porter en abscisses les compositions exprimées en poids % par exemple et, en ordonnées, les températures.

Pour chaque alliage on détermine la température de commencement de solidification T et la température de fin de solidification t (fig. 1).

LIQUIDUS, SOLIDUS. — L'ensemble des points T constitue le *liquidus*, et l'ensemble des points t constitue le *solidus*.

Tout alliage dont le point figuratif se trouve au-dessus du liquidus est entièrement liquide.

Tout alliage dont le point figuratif se trouve au-dessous du solidus est entièrement solide.

L'alliage dont le point figuratif se trouve entre le liquidus et le solidus est partiellement liquide et partiellement solide.

Remarquons que le liquidus et le solidus ont au moins deux points communs qui sont les points de fusion des deux métaux purs fondant à température constante.

Ils peuvent en présenter d'autres, par exemple le point eutectique correspondant à l'alliage fondant également à température constante.

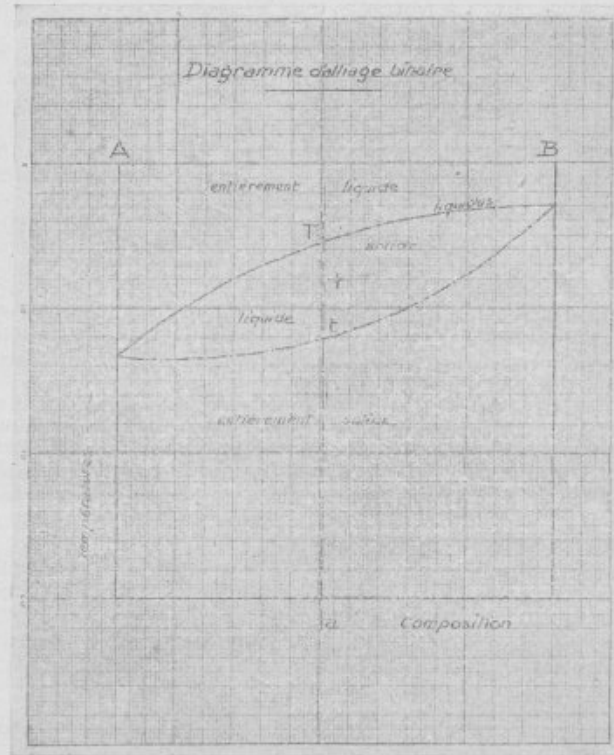


Fig. 1.

PHÉNOMÈNES DE TRANSFORMATION. — Au cours de son refroidissement, l'alliage solidifié peut présenter des phénomènes particuliers souvent caractérisés.

— soit par un ralentissement du refroidissement dû à un dégagement de chaleur ;

— soit par une accélération du refroidissement due à une absorption de chaleur.

Ces phénomènes correspondent aux points de transformations allotropiques et aux réactions.

TRANSFORMATIONS ALLOTROPIQUES. — Les métaux présentent souvent des formes allotropiques remarquables. Le fer, le nickel et le cobalt, par exemple, sont magnétiques à la température ordinaire et cessent de l'être respectivement à 900, 330 et 1150°.

Les solutions solides et certaines combinaisons peuvent aussi présenter des formes allotropiques.

TRANSFORMATIONS AVEC RÉACTIONS. — Des réactions se produisent également au sein d'un alliage à l'état solide.

On connaît celle, remarquable, rencontrée dans les aciers où le fer α et le carbure de fer Fe_3C (cémentite) forment à haute température une solution solide de fer γ et de carbone.

SOLIDIFICATION. — Indépendamment de ces transformations, le mode de solidification de l'alliage évolue avec le refroidissement.

Presque tous les métaux cristallisent dans le système cubique.

Ils se solidifient à partir de centres plus ou moins nombreux en dentrites ou cristallites qui donnent lieu à des arborescences.

Le grain du produit métallurgique est fonction du nombre de ces centres et du développement des arborescences sur lesquels la température a une influence considérable.

D'une manière générale, un refroidissement brusque détermine un grain serré et fin ; un chauffage prolongé détermine un grossissement du grain.

DIAGRAMME BINAIRE. — Les diagrammes d'alliages binaires comportent : le liquidus, le solidus, et les lignes de transformation.

La constitution du produit métallurgique est directement en rapport avec la forme de ces lignes.

DIAGRAMME FER. — CARBURE DE FER (fig. 2). — A titre d'exemple, le diagramme industriel fer-carbure de fer est particulièrement intéressant. Il présente un liquidus avec eutectique fondant à 1130° pour 4,4 % de carbone.

Le solidus est formé par l'horizontale de l'eutectique jusqu'à la combinaison Fe_3C à droite et, limitée à gauche à un point caractérisé par une teneur en carbone de 1,7 %.

Une solution solide existe donc. Elle possède un eutectoïde à 723° et 0,9 % de carbone dont l'une des branches rejoint à gauche le point de transformation allotropique du fer à 917°.

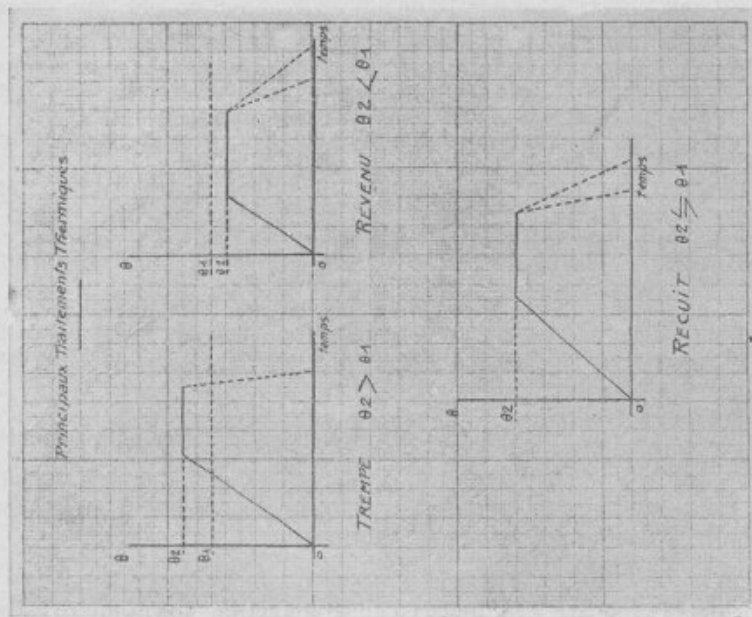
La solution solide fer γ -carbone, occupée à haute température l'espace compris entre cette branche et le solidus. Son domaine règle la température des traitements thermiques à effectuer.

LES TRAITEMENTS THERMIQUES (fig. 3). — Les trois principaux traitements thermiques sont : la trempe, le revenu, le recuit.

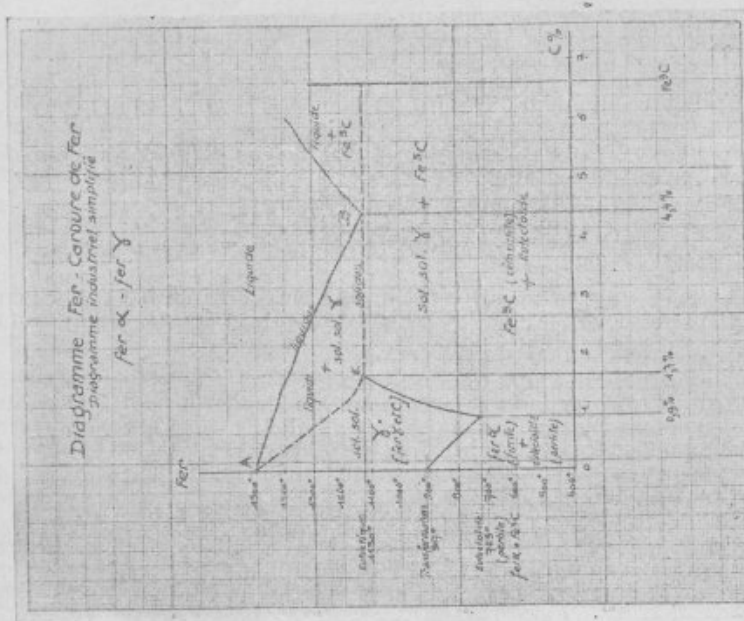
La trempe consiste à chauffer le produit à une température supérieure au point de transformation et à le refroidir brusquement, généralement par immersion dans un bain liquide, la vitesse de refroidissement accusant l'effet de trempe.

Le revenu s'effectue sur un métal trempé en le réchauffant à une température inférieure au point de transformation pendant un certain temps, afin de diminuer l'effet de trempe.

Le recuit s'applique à un produit quelconque et s'effectue à une température parfois sans relation avec le point de transformation, le plus souvent en vue de faire disparaître une structure hétérogène consécutive à un traitement mécanique ou à une solidification irrégulière.



[Fig. 3.



[Fig. 2.

EFFET DU TRAITEMENT THERMIQUE. — L'effet du traitement thermique est mis en évidence par la modification d'une ou plusieurs caractéristiques mécaniques du produit traité.

CONSTITUANTS DE TREMPÉ DES ACIERS. — Les constituants de trempe des aciers ordinaires varient pour une même teneur en carbone suivant la température de trempe et la vitesse du refroidissement.

Jusqu'à 700°, aucune transformation n'a lieu, le métal traité présente toujours deux constituants : le fer α et la cémentite Fe_3C .

On obtient par trempe la constitution perlitique ou troostite à faible dureté.

Entre 700 et 800° le carbure de fer disparaît, le carbone entre en solution et l'on a : du fer α et une solution fer γ -carbone (la constitution obtenue est martensitique à dureté maximum).

Au delà de 800°, le fer α disparaît complètement et l'on a une solution unique : fer γ -carbone (c'est la constitution polyédrique d'austénite à dureté moyenne, toujours accompagnée de martensite dans les aciers ordinaires).

GÉNÉRALITÉS SUR LES CARACTÉRISTIQUES MÉCANIQUES. — Avant d'aborder l'objet même de cet exposé, rappelons les principales caractéristiques mécaniques :

- la charge de rupture R exprimée en kilogramme par millimètre carré ;
- la limite élastique E exprimée en kilogramme par millimètre carré ;
- les allongements A exprimés en pourcentage ;
- la striction Σ exprimée en pourcentage ;
- la dureté Δ exprimée en chiffre Brinell ou Rockwell ;
- et enfin la résilience p exprimée en kilogrammètre par centimètre carré.

La charge de rupture, la limite élastique, les allongements et la striction sont déterminés par l'essai de traction ;

la dureté par l'essai de bille ;

la résilience par l'essai de choc.

ACIERS INOXYDABLES UTILISÉS EN ART DENTAIRE. — Les aciers inoxydables utilisés en art dentaire sont, ou bien des aciers à couler, ou bien des aciers laminés à estamper.

Nous nous bornerons à examiner le cas de ces derniers qui sont des aciers au Chrome-Nickel appelés par abréviation aciers 18/8, parce qu'ils contiennent environ : 18 % de chrome et 8 % de nickel.

Accessoirement, ils peuvent contenir d'autres éléments tels que : tungstène, molybdène, silicium, cuivre, titane, colombium, ajoutés dans un but précis.

Le carbone dont la teneur est comprise entre 0,10 et 0,35 % y joue, comme dans les aciers ordinaires, un rôle important, tantôt utile, tantôt nuisible, jamais indifférent.

DIAGRAMME DES ACIERS CHROME-NICKEL. — La représentation graphique par un diagramme de la constitution de ces aciers inoxydables n'est pas possible, puisqu'ils comportent, en effet, quatre éléments essentiels en proportions variables : le fer, le carbone, le nickel et le chrome.

De plus, fortement chargés en chrome et en nickel, éléments retardataires des réactions, ces aciers quaternaires sont hors d'équilibre physico-chimique.

On doit donc se contenter de représenter graphiquement les limites approximatives d'apparition des divers constituants et il est nécessaire, pour cela, de se reporter aux diagrammes binaires fer-chrome et fer-nickel.

DIAGRAMME FER-CHROME (fig. 4). — Le diagramme fer-chrome présente :
 un domaine solution solide où le fer est à l'état α ;
 un domaine solution solide où le fer est à l'état γ ;
 et un domaine où les deux phases précédentes coexistent.

On remarque qu'au delà de 16 % de chrome, le métal reste à l'état α depuis la température ordinaire jusqu'au solidus.

On doit noter que le domaine de la solution solide γ croît avec la teneur en carbone.

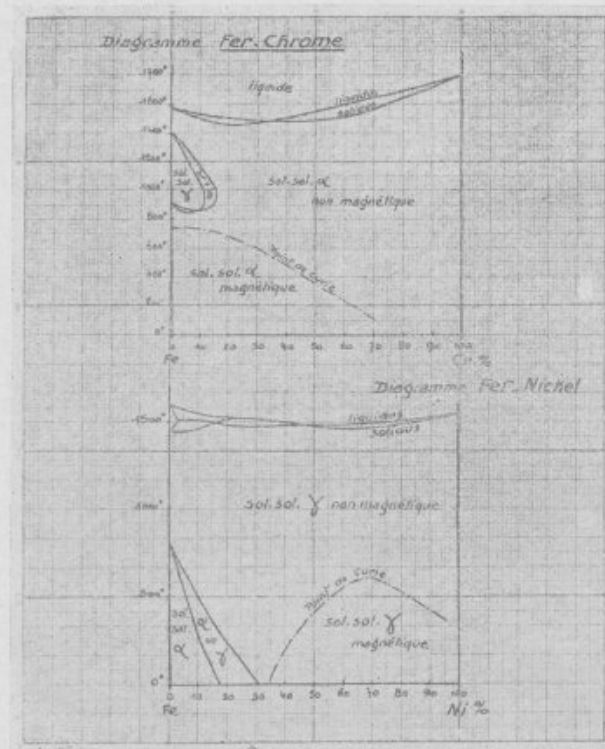


Fig. 4.

DIAGRAMME FER-NICKEL (fig. 5). — Le diagramme fer-nickel présente :
 un domaine solution solide où le fer est à l'état α ;
 un domaine solution solide où le fer est à l'état γ ;
 un domaine où le fer reste à l'état α à l'échauffement ;
 et à l'état γ au refroidissement.

Par comparaison avec le diagramme fer-chrome, on constate que tandis que le chrome tend à étendre le domaine de la solution solide α ou ferrite, le nickel tend à étendre le domaine de la solution solide γ ou austénite.

Un alliage fer-nickel comportant plus de 30 % de nickel est austénitique depuis la température ordinaire jusqu'au solidus.

CONSTITUANTS DE TREMPÉ DES ACIERS AU NICKEL. — On voit que le nickel abaisse le point de transformation.

De plus, ses effets sont d'autant plus grands que la teneur en carbone est importante.

Pour des teneurs en carbone de 0 à 1,65 %, l'acier est :

perlitique entre 0 et 10 % de nickel ;

martensitique entre 10 et 27 % de nickel ;

et, austénitique au-dessus de 27 % de nickel.

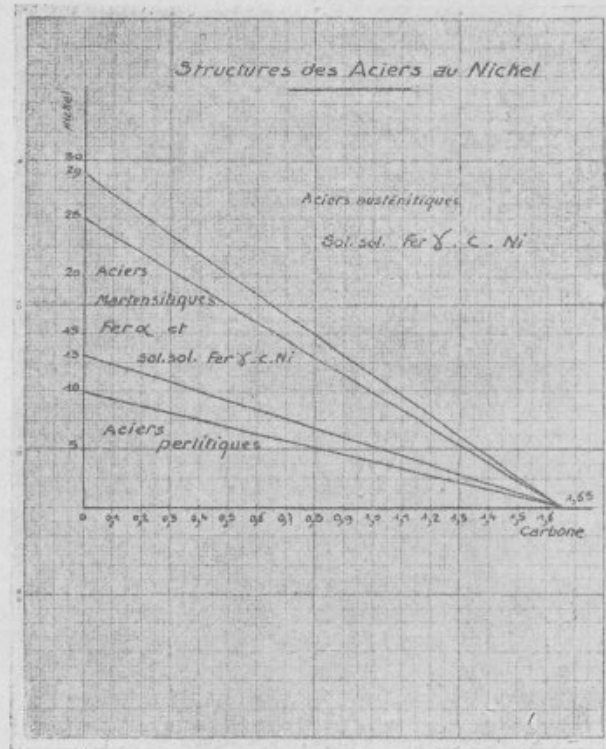


Fig. 5.

HYPERTREMPE DES ACIERS 18/8 (fig. 6). — Les aciers inoxydables du type 18/8 *hypertremés*, c'est-à-dire chauffés entre 1.000 et 1.200°, puis refroidis rapidement afin de maintenir l'état physico-chimique existant à cette température, présentent la constitution austénitique, à savoir :

Solution solide fer-carbone-chrome-nickel dans laquelle le fer est sous sa forme allotropique γ .

Cet état austénitique est instable et se modifie profondément sous diverses influences que nous allons examiner.

SUSCEPTIBILITÉS DU MÉTAL HYPERTREMPÉ. — a) Si l'on chauffe vers 1.350° un acier 18/8 à très faible teneur en carbone, il apparaît formé, après refroidissement brusque, de deux constituants :

- la solution solide γ ou austénite ;
- et la solution solide α ou ferrite.

Il existe donc, à haute température, un domaine où le métal est partiellement à l'état α ou ferritique et partiellement à l'état γ ou austénitique.

b) Si l'on chauffe le même métal contenant plus de 0,02 % de carbone entre 425 et 800°, on constate à l'examen micrographique, qu'un constituant en très fines particules s'est déposé dans les joints des cristaux d'austénite. Les caractéristiques mécaniques sont profondément modifiées, l'alliage est devenu magnétique et beaucoup plus attaqué par les agents de corrosion.

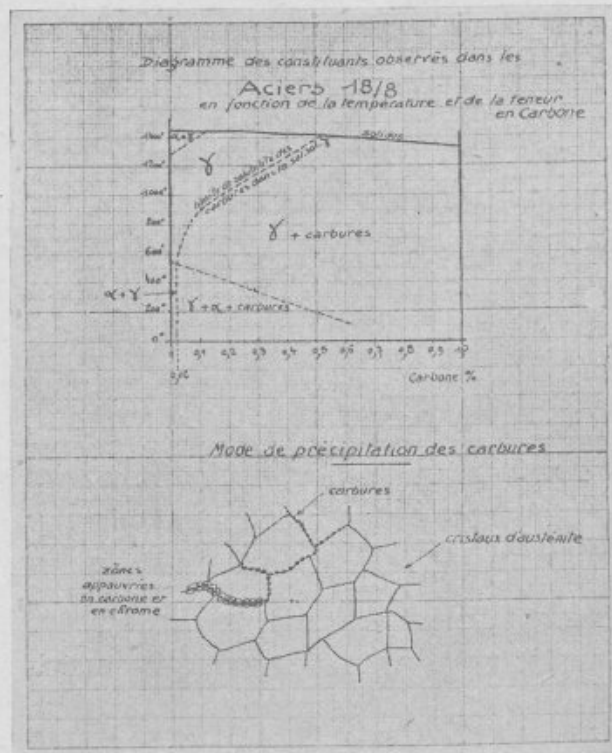


Fig. 6.

Tout porte à croire que le constituant qui s'est déposé est du carbure de chrome. Cette précipitation de carbure appauvrit en carbone et en chrome l'austénite voisine et crée une structure hétérogène à laquelle est d'ailleurs attribuée la corrosion fissurante souvent constatée dans ce cas.

Remarquons que les carbures se redissolvent au chauffage à partir d'une température d'autant plus élevée que la teneur en carbone est elle-même plus importante. Le domaine d'existence de ces carbures se trouve donc limité.

c) Le métal austénitique hypertrempé est non magnétique, mais il redevient magnétique par simple écouissage et, dans cet état, il est plus susceptible à la précipitation des carbures.

On admet que l'écrouissage tend à rompre le faux équilibre de l'austénite à la température ordinaire puisque l'état α du fer est la forme stable à basse température et l'état γ la forme stable à chaud.

Il existe donc, à basse température, une région du diagramme où l'état austénite-ferrite-carbure est plus stable que l'état austénite pur et où, dans le cas de très faibles teneurs en carbone, l'acier se présente sous la forme $\alpha + \gamma$.

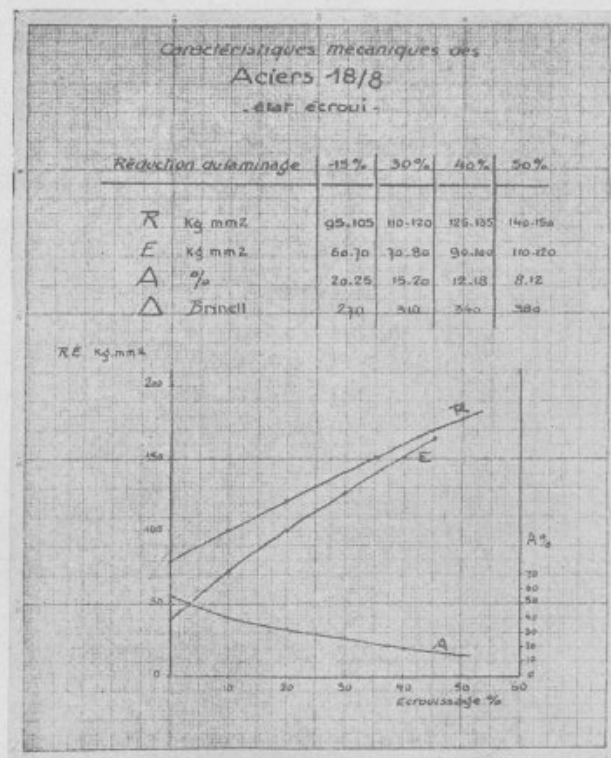


Fig. 7.

CARACTÉRISTIQUES PHYSIQUES DE L'ACIER 18/8. — Les caractéristiques physiques de l'acier 18/8 sont intéressantes à préciser par comparaison à celles de l'acier ordinaire.

Densité 7,7 à 7,8 ; chaleur spécifique 0,12 : la densité et la chaleur spécifique sont sensiblement égales.

Coefficient dilatation 16×10^{-6} : le coefficient de dilatation est 1 fois et demie plus grand.

Fusion 1.440° : la conductibilité calorifique et la conductibilité électrique sont respectivement 3 et 6 fois moindres.

CARACTÉRISTIQUES MÉCANIQUES DE L'ACIER 18/8 (fig. 7). — A l'état austénitique après hypotrempe, les caractéristiques mécaniques moyennes de l'acier 18/8 sont :

Charge de rupture.....	R = 60 - 70 Kgs/mm ²
Limite élastique.....	E = 22 à 33 Kgs/mm ²
Allongements %.....	A = 45 à 55 %
Striction.....	= 50 à 70 %
Résilience (Mesnager).....	= 20 à 35 Kgm/cm ²
Dureté Brinell.....	= 135-165

Ces caractéristiques font apparaître une limite élastique relativement basse ; des allongements, une striction et une résilience très élevés.

Mais elles sont profondément modifiées par l'écroutissage et la précipitation des carbures.

EFFET DE L'ÉCROUTISSAGE. — L'acier 18/8 est en effet très sensible à l'écroutissage.

La dureté, la charge de rupture et la limite élastique croissent rapidement en fonction de la réduction de section produite par la déformation à froid.

La résistance à la corrosion des acides forts diminue, surtout s'il y a formation de fer α .

Enfin l'acier austénitique écrouti devient légèrement magnétique.

PRÉCIPITATION DES CARBURES. — La précipitation des carbures qui se produit entre 450 et 800° détermine une augmentation de la charge de rupture et de la dureté, une réduction des allongements et de la résilience et, également, *une diminution très sensible de la résistance à la corrosion*.

Nous savons, en effet, que la formation des carbures absorbe du carbone et du chrome au voisinage des joints d'austénite laquelle devient plus attaquable.

Mais nous avons vu que ces carbures se redissolvent dans l'austénite pour une température de 1.000 à 1.200° et y restent en solution si le refroidissement est assez brusque.

L'hypotrempe sera donc un moyen de les faire disparaître.

DEUXIÈME PARTIE

ÉCROUTISSAGE DES ACIERS 18/8 DANS LA CONFECTION DES PLAQUES DE PROTHÈSE ESTAMPÉES. — L'acier 18/8 possède à l'état hypotrempe une faible limite élastique et des allongements importants. Il se trouve donc posséder des caractéristiques très favorables à l'estampage.

Malheureusement l'écroutissage modifie ces heureuses caractéristiques et quel que soit le moyen mécanique utilisé le travail devient rapidement difficile voire impossible lorsque l'estampage est profond.

La limite élastique élevée s'oppose alors à une complète adaptation de la plaque sur son modèle ; elle donnera lieu à une mauvaise tenue en bouche et à des réactions élastiques néfastes.

Au surplus, la dureté notablement accrue est devenue très supérieure à celle de l'émail naturel des dents.

Il nous semble intéressant, à cet égard, de donner une série de résultats, consignés dans la thèse soutenue en Suisse par le docteur en médecine dentaire STEININGER.

Ces résultats portent sur dix plaques en aciers inoxydables de différentes provenances.

DURETÉ BRINELL

	Non travaillé	Ecroui	
		(a) <i>Bord de la plaque</i>	(b) <i>Zone des papilles</i>
1	148	182	192
2	146	175	195
3	135-146	168	175
4	122-125	158	169
5	135	158	163
6	247	268	275
7	132	158	162
8	130	146	152
9	143-145	175	186
10	195-196	Pas expérimenté.	

On sait que l'augmentation de dureté est presque toujours accompagnée d'une augmentation de la charge de rupture et de la limite élastique, tandis que les allongements et la striction diminuent.

Il faut rappeler que l'écrouissage exagéré peut être la cause d'un retour à la présence de fer α et à la précipitation des carbures, par conséquent à une diminution de la résistance à la corrosion.

De plus, les allongements étant réduits, l'estampage profond peut déterminer localement des gerçures et des criques que le polissage ne pourra pas faire disparaître complètement.

NÉCESSITÉ DE L'HYPERTREMPE EN COURS D'ESTAMPAGE. — Il est donc nécessaire, au cours du travail, de recourir à l'adoucissement du métal par hypertrempe afin de procéder à un estampage complet. Nous insistons sur le fait qu'il s'agit bien d'une hypertrempe et non d'un recuit, ayant pour but de redonner à l'alliage, en le stabilisant, une structure entièrement austénitique.

Cette opération n'a de commun avec la trempe que le fait de refroidir assez rapidement le produit traité car, en effet, la trempe consiste dans le cas des aciers ordinaires ou spéciaux, par exemple, à rejeter à basse température les points de transformation pour obtenir la structure martensitique correspondant au *maximum de dureté*, tandis que l'hypertrempe consiste à refroidir assez rapidement un acier austénitique pour *supprimer* les points de transformation au refroidissement et maintenir à la température ordinaire l'état stable à chaud correspondant au *minimum de dureté*.

L'hypertrempe aura pour effet de ramener la limite élastique et la dureté à des valeurs relativement basses, comparables à celles de l'or à 20 carats et se rapprochant des caractéristiques de l'émail naturel (137 Brinell). Ainsi les allongements redeviennent élevés et l'emboutissage profond peut être effectué aisément.

OPPORTUNITÉ DE L'HYPERTREMPE. — Il est bien évident qu'il reste à déterminer en cours d'estampage, le moment où l'on doit procéder à l'hypertrempe de l'alliage. Il importe, en effet, de conserver à la pièce finie des caractéristiques suffisantes particulièrement au point de vue élasticité.

L'opportunité de cette opération résulte donc de cas d'espèce et dépend essentiellement du degré d'écrouissage général ou local de la pièce survenu au cours du travail.

C'est à l'opérateur qu'il appartiendra d'apprécier le moment le plus favorable à son application.

COMMENT PROCÉDER A L'HYPERTREMPE DE PLAQUES ESTAMPÉES. — L'hypertrempe s'effectue en portant la pièce à une température variant entre 1.050 et 1.150° et en la refroidissant rapidement.

Malgré l'inoxidabilité du métal, le chauffage de la pièce doit se faire dans une atmosphère aussi neutre que possible afin d'éviter la formation de carbures ou d'oxydes.

Le four électrique convient particulièrement bien à ce traitement qu'il soit à bain ou à atmosphère.

En prothèse dentaire, les pièces sont peu importantes et possèdent donc une faible masse calorifique. Leur réchauffage s'effectue rapidement et sans oxydation notable dans un four à atmosphère, préalablement porté à la température voulue.

Les pièces plus importantes qui exigent une durée de chauffe assez longue seront traitées sans aucun risque d'oxydation dans un four à bain de sel anhydre de Chlorure de Baryum (fusion 950°).

Le refroidissement peut s'effectuer simplement à l'air pour les petites pièces, mais il est préférable de l'accélérer dans un bain d'eau alcoolisée à 10 %.

DÉCAPAGE. — S'il s'est produit une oxydation quelque peu gênante, il faudra, avant polissage, procéder à un décapage de quelques minutes, dans un bain à 50/60° composé d'eau et d'acide chlorhydrique en parties égales auquel on ajoute 5 % d'acide nitrique.

ACIER 18/8 DU COMMERCE. — Les aciers 18/8 du commerce à l'usage d'estampage pour la prothèse dentaire sont généralement présentés à l'état hypertrempe et soigneusement polis. Nous attirons l'attention sur ces qualités qu'il y a lieu d'exiger car nous avons pu nous rendre compte que certains aciers livrés actuellement supportaient avantageusement une hypertrempe préliminaire avant d'entreprendre l'estampage.

SOUDURE. — La soudure électrique par points est largement employée pour l'assemblage de pièces en acier 18/8 et donne satisfaction.

Cependant, il est nécessaire que l'opération soit bien conduite et avec une soudeuse parfaitement réglée si l'on veut éviter par la suite une sensibilité à la corrosion.

En effet, nous avons vu que l'échauffement du métal entre 450 et 800° déterminait la précipitation des carbures. Il faut donc limiter cet échauffement dans la mesure du possible aux surfaces en contact et ne pas surchauffer les faces extérieures soumises à l'action des agents corrosifs.

Le cas échéant, il sera intéressant d'hypertremper les pièces assemblées afin de faire disparaître les carbures qui se sont précipités au voisinage des points de soudure.

CONCLUSION

Les qualités de l'acier inoxydable 18/8 semblent bien devoir lui faire une place considérable et définitive en Art dentaire. Cependant, il est évident qu'il reste encore à perfectionner les méthodes de travail si l'on veut en tirer toutes les possibilités d'application.

A cet égard, l'adaptation de l'outillage et la pratique des traitements thermiques ont une importance capitale.

Nous pensons avoir suffisamment attiré l'attention en ce qui concerne l'acier 18/8 à estamper, sur les raisons qui motivent son traitement thermique par hypertrempe et sur les données scientifiques qui conditionnent ce traitement.

BIBLIOGRAPHIE

- Les méthodes d'étude des alliages métalliques*, L. Guillet.
Chimie des métaux et métallurgie dentaires, M. Boll et Ch. Bennejeant.
Aciers inoxydables au nickel-chrome, M. J. Galibourg.

DENTS ARTIFICIELLES EN SUBSTANCE PLASTIQUE PROCÉDÉS DE CONSTRUCTION

Par M. PIERSON,

Professeur suppléant à l'Ecole Dentaire de Paris

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le 6 juin 1944)

616.314 × 11

L'actuelle pénurie de dents minérales artificielles, particulièrement grave en ce qui concerne la construction des prothèses fixes, a conduit d'assez nombreux praticiens à utiliser une substance plastique relativement nouvelle, le « Palapont » dont il n'est pas déplacé de citer le nom commercial dans une réunion scientifique. En effet, cette substance est le seul produit de remplacement dont nous puissions actuellement disposer pour construire les dents artificielles que les fabricants ne nous offrent plus. Au surplus, si trop souvent le sentiment de provisoire, de pis-aller, et pour tout dire d'infériorité, s'attache à l'épithète « produit de remplacement », je ne crois pas, et j'essaierai de vous faire partager mon opinion, que l'on ne puisse considérer qu'avec méfiance les réalisations que permet et que permettra l'emploi du Palapont et d'autres matières plastiques, améliorées, dont il est permis de prévoir la fabrication en des temps meilleurs, moins « dirigés », et alors même qu'il sera possible, à nouveau, d'utiliser des produits céramiques.

Avec l'apparition du Palapont, l'adaptation à un matériau nouveau de techniques simples auxquelles nos mécaniciens sont d'ailleurs entraînés, peut satisfaire dans la plupart des cas nos ambitions de prothésistes en ce qui concerne l'emploi de dents artificielles. Aussi bien et mieux peut-être que lorsque nous disposions des stocks alors « inépuisables » de dents minérales artificielles de nos fournisseurs !

Dans cet exposé, nous développerons quelques idées relatives aux substances plastiques puis nous montrerons comment il est possible de fixer dans les cas les plus courants ces substances plastiques sur les appuis métalliques des prothèses : embases, travées et plaques-bases.

..

Je ne vous présenterai pas longuement le Palapont. Vous le connaissez déjà. Sans chercher de trop grandes précisions, nous nous pencherons un peu cependant sur son état civil.

Des notices publicitaires indiquent de façon très sobre, mystérieuse même, que ce produit est une résine synthétique possédant « quelques analogies » avec le Paladon, caoutchouc synthétique déjà très employé et, reconnaissons-le volontiers, très estimé. Entre Paladon et Palapont, il existe cependant plus que quelques analogies. Quoique puîné, le Palapont est le cousin germain du Paladon. Palapont et Paladon ont pour ascendant commun l'acétylène. Dans certaines conditions, au cours du meulage, par exemple, et surtout au cours de la préparation, ils en exhalent un peu l'odeur aillacée, littéralement « *sui generis* ».

Le Palapont est une résine vinylique. On appelle résines des mélanges complexes qui résultent de l'oxydation de certains hydrocarbures. Il existe des résines naturelles provenant de sécrétions végétales telles que la colophane qui naît de l'oxydation lente de l'essence de thérébentine

par l'air, telles que l'ambre, résine fossile provenant de végétaux anciens. Il existe des résines artificielles appelées résines synthétiques ou, plus brièvement « plastiques ». Parmi les plastiques, les résines vinyliques, dont le Palapont est un échantillon, dérivent du vinyle, c'est-à-dire d'un corps contenant le groupement atomique $\text{CH}_2 = \text{CH}-$, à double liaison. Celle-ci permet de prévoir la grande possibilité d'agrégation du radical. Effectivement, les résines vinyliques sont des produits de polymérisation de molécules différentes. Ce sont des polyvinyliques issus de la polymérisation entre eux du chlorure et de l'acétate de vinyle. Nous reproduisons un tableau d'ensemble très expressif des produits de polymérisation de l'acétylène (voir tableau p. 112). Ce tableau, emprunté à l'ouvrage « les matières plastiques », de M. DAUMAS, nous renseigne assez bien sur l'origine et la parenté du Paladon et du Palapont.

M. DAUMAS remarque : « Ces phénomènes de polymérisation ne sont connus encore que d'une façon rudimentaire. Les techniques de la chimie devront encore progresser sensiblement avant que le chercheur arrive à en élucider parfaitement tout le mécanisme. » Pour nous, connaissant mieux à présent la généalogie de la substance que nous étudions, nous en tirerons tout à l'heure des déductions importantes.

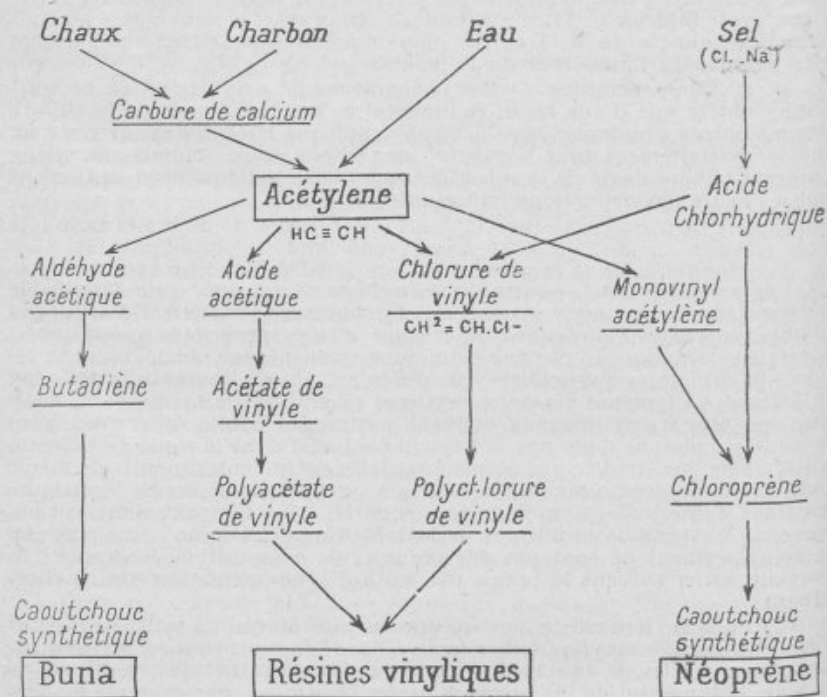
* *

Ces considérations, pourtant assez vagues, sur une seule famille de matières plastiques, nous permettent de concevoir l'existence d'un grand nombre de résines vinyliques dotées des mêmes propriétés spécifiques : physiques, chimiques, physico-chimiques, mécaniques, biologiques, mais aussi de caractères particuliers qui différencient par exemple le Paladon du Palapont et même plusieurs matières plastiques de même nom. C'est ainsi que des frères jumeaux peuvent porter des habits différents. Nous ne nous étonnerons donc pas, à l'époque actuelle dont le signe est l'instabilité, de ne pas trouver une identité parfaite entre deux produits de même nom que nous demandons à l'industrie à quelques mois, voire à quelques semaines d'intervalle. Comme le remarque M. LÉON GUILLET dans son ouvrage : « Les grands problèmes de la métallurgie moderne », les produits de remplacement ne sont pas des produits de composition constante ; ils peuvent varier suivant le temps par suite d'épuisement de certains constituants ».

Cependant, il n'existe pas qu'une famille de résines synthétiques. A côté de la famille vinylique, il se trouve des résines acryliques, styréliques. Ces résines, celles de coumarone, le caoutchouc synthétique, résultent de la seule polymérisation. D'autres matières plastiques, par exemple les matériaux entrant dans le celluloïd, doyen des matières plastiques qui vit le jour en Amérique, vers 1870, et dans la galalithe, sont élaborées par la seule condensation. D'autres familles encore résultent à la fois de condensation et de polymérisation. Telles sont, par exemple : les phénoplastes, du type bakélite, résines phénoliques à base de formol, et les aminoplastes, résines à base de formol et d'urée. Dans ces conditions, le nombre de matières plastiques que peut produire l'industrie et susceptibles de présenter une qualité déterminée est infiniment grand.

* *

Par son développement, l'industrie des matières plastiques a transformé l'aspect d'un grand nombre de problèmes. Dans son livre sur les matières plastiques, M. DAUMAS écrit un passage que je m'en voudrais de ne pas citer intégralement parce qu'il répond à toutes les questions que nous pouvons formuler comme prothésistes : « Voilà un corps qui, à volonté, peut acquérir la forme désirée, une plaque, une bille, un fil, un bloc. En quelques secondes, la machine vous livre ce que vous demandez.



PRODUITS DE POLYMÉRISATION DE
L'ACÉTYLÈNE

« Vous le faut-il transparent, opaque, teinté, marbré ? Voulez-vous pouvoir le limer, le tourner, le fraiser ? Faudra-t-il qu'il résiste aux acides ou aux alcalis, que l'air, la chaleur, le froid n'aient aucune influence sur lui ? Lui imposerez-vous un travail mécanique élevé, et sa légèreté vous intéressera-t-elle particulièrement ? Quel désir exprimez-vous encore ? Le chimiste satisfera le plus imprévu... » et M. DAUMAS termine en remarquant qu'à la place de tous les éléments qui disparaissent de notre univers, « la matière plastique, anonyme, s'insinue, envahit, règne en maître. »

Dans ces conditions, et pour revenir de plus près à nos dents artificielles en substance plastique, nous pouvons penser que celles-ci déjà si souples, si faciles à modeler, à teinter, mais encore perfectibles, remplaceront un jour totalement les porcelaines qui nous sont actuellement refusées, indépendamment de la plupart des matériaux, des métaux par exemple, que nous utilisons.

..

Dans une étude même succincte des dents artificielles en substance plastique, nous ne saurions omettre quelques considérations relatives à la structure des résines synthétiques ou plastiques, parce qu'elles nous feront comprendre certaines de leurs propriétés mécaniques, je dirais volontiers biodynamiques.

La production empirique de corps résineux au cours de nombreuses réactions a d'abord gêné considérablement les chimistes. Mais ils n'ont pu ignorer longtemps ces corps résineux et ils ont cherché à caractériser ce que M. DAUMAS appelle les fonctions « résinogènes ».

Les corps résineux artificiels ont été comparés aux corps résineux naturels, tels que la colophane, la sandaraque, les mastics, les bitumes, etc..., analogues aux solutions solides.

Il est bien établi que les résines comme les corps naturels dont elles imitent l'aspect et possèdent les qualités ont le caractère des colloïdes.

Dans son ouvrage : *Les Colloïdes*, DUCLAUX, comparant les cristalloïdes aux colloïdes montre, à côté de la fragilité des cristaux, l'élasticité, la flexibilité, la résistance aux chocs des colloïdes. DUCLAUX écrit : « Leur nature colloïdale permet aux êtres vivants d'être souples. Leur devise est : « je plie et ne romps point ». Et il ajoute : un squelette sans osséine serait comme un mobilier de verre, tout juste bon à mettre en vitrine. »

De même, nous pouvons penser que c'est parce que les résines synthétiques ont une structure colloïdale qu'elles sont appelées à remplacer la porcelaine, cassante « comme de la vaisselle » des dents artificielles.

Nous pouvons penser aussi que c'est parce que le Palapont possède une structure colloïdale que sa résistance à l'usure, qu'il ne faut pas confondre avec sa dureté, peut être comparée à celle de l'émail de la dent naturelle.

..

L'utilisation de substances plastiques pour la confection des dents artificielles ne saurait davantage nous laisser indifférents quant à l'observation des règles de l'hygiène.

Dans une communication récente relative aux gencives artificielles amovibles, M. Paul HOUSSET nous a parlé de la tolérance remarquable de la muqueuse et de la fibro-muqueuse à l'égard des résines synthétiques. Il semble même que Palapont et Paladon seraient doués de ce que l'on appelle maintenant pouvoir bactériostatique et qui est la propriété de certains corps de s'opposer à la reproduction microbienne.

D'autre part, le Palapont et le Paladon sont susceptibles d'un poli de grande intensité, d'obtention facile ce qui augmente encore ce que l'on pourrait nommer la valeur hygiénique des matières plastiques.

Notons cependant quelques causes d'insuccès dans leur emploi.

Les résines synthétiques sont sensibles à certains agents physiques : la chaleur par exemple. Il importe au cours du polissage de ne pas échauffer outre mesure les dents artificielles. Sous l'action de la chaleur, la substance semble se décomposer ou se modifier. Des plages rugueuses, tachées, très disgracieuses apparaissent. Parfois aussi des craquelures ou des fêlures se produisent et tendent à soulever de véritables écailles du produit. Le mal est irrémédiable. Il faut reconstruire la facette.

Les résines vinyliques sont également sensibles à certains agents chimiques. L'alcool, le chloroforme les décomposent en les ramollissant. Il est éminemment souhaitable que les chimistes modifient la composition de ces matières plastiques et les rendent réfractaires aux liquides que nous utilisons fréquemment dans notre pratique ne serait-ce que pour le nettoyage ou la stérilisation avant scellement. Le problème n'est pas insoluble et nous pourrions espérer le voir très vite résolu en période normale. Actuellement pour nettoyer et stériliser de façon satisfaisante les dents de Palapont, nous pouvons simplement utiliser de l'eau oxygénée chirurgicale. Comme ce liquide a une grande tension superficielle et ne « mouille » pas facilement, non seulement le Palapont, mais le coton, les boulettes, les mèches montées qui doivent en être imbibées, nous pouvons ajouter à l'eau oxygénée une très petite quantité d'alcool à 90° (quelques gouttes dans un flacon). La tension superficielle de l'eau oxygénée est suffisamment abaissée pour que le liquide « mouille » désormais facilement le Palapont et le coton hydrophile sans que la solution alcoolique de titre bas ainsi formée soit dangereuse pour le Palapont.

..

Avant d'abandonner ces considérations sur la substance plastique utilisée, et sans entrer dans les détails de la préparation du Palapont, il me semble utile de codifier deux remarques empiriques dont la deuxième nous amènera précisément à l'étude technique de la construction des armatures métalliques des dents artificielles en substance plastique.

1° La poudre et le liquide à mélanger pour préparer la substance plastique doivent être *rigoureusement* dosés (à un centigramme près pour la poudre, à une goutte près pour le liquide, le compte-gouttes étant toujours tenu verticalement) à raison de 2 décigrammes de poudre pour cinq gouttes de liquide. Sinon, les dents obtenues n'ont pas la structure recherchée, sont poreuses, s'effritent, et s'usent rapidement.

2° Le ciment adhère mal au Palapont. Pour éviter les descellements, il importe de sceller les dents artificielles sur leurs ancrages par l'intermédiaire d'une armature métallique partiellement investie dans la substance plastique.

..

Nous avons réalisé en substance plastique la plupart des dents artificielles à sceller que nous utilisions avant la guerre et dont nous rappellerons brièvement une classification courante.

Les dents artificielles à sceller comprennent :

Les dents interchangeables :

1° Facettes à glissière ; 2° dents massives à glissière des types Tru-pontic et Sanitarypontic.

Les dents remplaçables :

A) A crampons : 1° facettes à crampons ; 2° dents massives à crampons du type Pontopin ;

B) A tube : 1° dents entières des types « Bridge » et « Dowell » ou « Davis » ; 2° couronnes jaquettes.

Sans entrer dans des considérations mécaniques importantes qui seront l'objet d'une autre communication et qui nous amèneront à proposer une nouvelle classification des porcelaines, nous remarquerons que les systèmes rétentifs de toutes ces dents artificielles peuvent être de deux sortes.

Il existe des dents à rétention mâle, rétention par tenons. C'est ainsi que les facettes à crampons longs seraient avec avantage appelées facettes à tenons.

Il existe des rétentions femelles, rétentions par tube ou mortaise. Selon le volume et la forme des dents artificielles, les mortaises peuvent être complètes ou fendues. Les dents de grand volume, dents entières, comportent une mortaise complète, un tube ouvert à ses deux extrémités comme dans les dents à tube ou dents « Bridge », un tube borgne comme dans les dents « Davis » ou « Dowell » ou même les couronnes Jaquettes. Les dents de volume réduit comme les Trupontics ou même les simples facettes à glissières, comportent un tube fendu selon une génératrice. On les nommerait avec avantage Pontics à mortaise et facettes à mortaise. Les dents du type Sanitarypontic entrent dans cette catégorie.

. . .

Dans ces conditions, l'armature métallique des dents artificielles en substance plastique comprendra :

— Un tube fendu dans le cas d'une facette à glissière, j'allais dire d'une facette à mortaise, ou d'une Trupontic, ou d'une Sanitarypontic ;

— Un tube complet dans le cas d'une dent « Bridge » ou d'une Davis ou d'une Dowell ;

— Des crampons ou mieux des tenons dans le cas d'une facette à crampons, j'allais dire d'une facette à tenons, ou d'une Pontopin.

. . .

La préparation de tubes fendus pour facettes à mortaise ou Pontics à mortaise est extrêmement simple et rapide. Le diamètre de ces tubes doit mesurer 1 millimètre de diamètre. Il suffit de se munir d'un mandrin cylindrique en acier de 1 millimètre de diamètre et utilisant en bout les mâchoires d'une pince à mors plats d'appliquer fortement sur ce mandrin, en le contournant une petite bande de métal inoxydable de 0^{mm}20 d'épaisseur. Il reste ensuite à scier au ras du mandrin les deux lèvres de la bande et à l'aide d'une meulette plate de régulariser la section et donner à la fente obtenue une ouverture d'environ 0^{mm}5, correspondant à celle d'une facette à glissière normale.

Les fournisseurs ont mis en vente depuis quelque temps sous le nom de Plaque-Coulisseau Helvet une armature spéciale pour la construction de facettes à glissière en substance plastique. Cette armature comporte un tube fendu dont les lèvres ont été conservées repliées vers la surface externe du tube alors que nous préconisons leur suppression. Nous avons remarqué à l'usage que les lèvres du dispositif Helvet, trop superficiellement investies dans la substance plastique, rendent celle-ci fragile à leur niveau. Les lèvres de l'armature ne paraissent nécessaires ni à la rétention de l'armature dans la substance plastique, ni à la rétention par scellement de la dent artificielle sur son appui lingual métallique. Pour illustrer ces considérations, nous vous présentons les deux modèles d'armature et deux modèles de facettes préparées à l'aide de ces armatures.

. . .

Les tubes complets destinés à armer les dents à tube sont préparés de la même façon que les tubes fendus. Bien entendu, on ne réalise pas de fente. Mais ce serait une inutile complication que chercher à souder entre eux les bords de la bande de métal qui a servi à construire le tube. Il suffit d'assurer leur exacte coaptation en bout-à-bout. On construit en somme un tube fendu mais à fente virtuelle. On peut même conserver sans inconvénient dans la plupart des cas, en les repliant comme dans le dispositif Helvet, une petite partie de ces lèvres.

..

La préparation de crampons ou mieux de tenons pour les facettes à tenons ou dents à crampons longs et les dents du type Pontopin est pour ainsi dire inexistante. Nous utilisons comme tenons du fil rond en acier ou en alliages inoxydables non précieux ou précieux, de 0^{mm}7 de diamètre. L'extrémité libre du tenon présentera une section plane, nette, à bords mousses. L'extrémité investie sera spatulée, aplatie à la pince de Peeso à écrouir, puis courbée à angle droit sur l'axe du tenon et sectionnée à 1 millimètre au maximum de la courbure. La longueur maximum du tenon sera obtenue automatiquement au moyen du dispositif d'investissement de l'armature métallique dans la substance plastique. Nous décrirons plus loin ce dispositif.

..

Il serait délicat et presque impossible dans la plupart des cas d'investir avec précision l'armature métallique dans la cire puis dans la matière plastique sans l'aide de matrices spéciales. Les matrices que nous utilisons et que nous vous présentons permettent d'accomplir avec aisance cette phase de la préparation. Elles servent également de support pour le modelage et la cuisson.

Pour les facettes à mortaise, nous avons fait construire en acier inoxydable une plaquette de grande taille, permettant de réaliser toutes les dimensions de dents artificielles. Cette plaquette comporte un tenon calibré sur lequel nous engageons le tube fendu préparé comme il a été dit. Le mécanicien modèle en cire la dent qu'il désire construire. Aucune explication particulière n'est nécessaire. La dent est mise en moufle avec la plaquette et la cuisson a lieu sur plaquette.

..

Pour les dents massives à mortaise, type Trupontic, nous vous présentons une autre plaquette comportant deux faces qui font entre elles un angle rigoureusement égal à celui que présentent les éléments correspondants des Trupontics originales. L'une des faces supporte un tenon calibré.

Comme pour les simples facettes à glissière, le tube fendu est engagé sur le tenon calibré. Le modelage en cire, la cuisson de la substance plastique ont lieu sur cette matrice qui garantit la précision et par conséquent l'interchangeabilité des dents préparées.

Les dents du type Sanitarypontic sont préparées à l'aide de la même matrice qui sert pour les facettes à glissière.

..

La construction des facettes à tenons, facettes à crampons longs est aisément réalisée au moyen de deux matrices d'acier inoxydable.

Une matrice sert à préparer les tenons, à les fixer aussi pendant le modelage de la facette en cire. L'autre matrice sert uniquement à la cuisson de la substance.

La matrice de préparation est un parallépipède rectangle en acier trempé, très dur, d'environ 20 millimètres de longueur, 12 millimètres de largeur et 6 millimètres d'épaisseur.

L'une des faces principales sert à la préparation des tenons. A cet effet, elle comporte deux pertuis cylindriques normaux à la surface, parallèles entre eux et distants de 2 millimètres. Ces pertuis sont situés près de l'un des bords de la face ; leur calibre, 0^{mm}7, correspond au diamètre des tenons. L'écartement de 2 millimètres est l'écartement normal des tenons. On peut pratiquer plusieurs séries de pertuis correspondant à d'autres écartements. La profondeur, 4 millimètres, des pertuis correspond à la longueur normale, 3 millimètres, non investie, des tenons, augmentée de 1 millimètre.

L'autre face-principale sert au modelage de la facette en cire et à la fixation des crampons pendant le modelage. A cet effet, elle comporte en son centre deux pertuis cylindriques de 0^{mm}7 de diamètre, de 3 millimètres de profondeur et distants de 2 millimètres. Ils sont destinés à recevoir les crampons préalablement préparés sur l'autre face. Lorsque ces crampons sont engagés à fond dans les pertuis, ils émergent de 1 millimètre.

La matrice de cuisson est une simple plaquette rectangulaire d'acier inoxydable de 20 millimètres de longueur, 12 millimètres de largeur et 1^{mm}5 d'épaisseur. En son centre, elle comporte deux pertuis calibrés de 0^{mm}7 d'épaisseur, distants de 2 millimètres et la traversant de part en part.

Cette matrice maintient les crampons pendant la cuisson, supporte la substance plastique et surtout permet un démoufflage facile, grâce au dépassement des crampons du côté opposé à la facette.

L'utilisation de ces deux matrices est extrêmement simple. On se sert d'abord de la matrice de préparation. Sur la face de préparation des tenons, on peut préparer, soit des tenons indépendants, soit des tenons solidaires formant une pièce en U.

Pour préparer des tenons indépendants, on introduit à fond dans l'un des pertuis de 4 millimètres le fil calibré. On plie ce fil à angle droit sur la surface de la matrice. Pour assurer la netteté du pliage on martèle légèrement l'angle formé. Le fil est retiré de la matrice et coupé à 1 millimètre de sa coudure. On écrase à la pince de Peeso à écrouir la partie coudée du fil. Celle-ci, investie dans la substance plastique retiendra solidement le tenon dans la dent artificielle. Deux tenons sont ainsi préparés.

Pour préparer des tenons solidaires en U, on introduit à fond dans l'un des pertuis de 4 millimètres le fil calibré. On plie ce fil à angle droit sur la surface de la matrice. On retire le fil du pertuis. A l'aide d'un pince plate assez fine dont on a préparé une fois pour toutes en les calibrant les extrémités des mors, on forme la deuxième branche de l'U à 2 millimètres de la première. On la sectionne en lui donnant la même longueur que la première. On rectifie à la meulette la section. On porte l'U sur la matrice de préparation pour vérifier et au besoin rectifier la longueur des branches de l'U. On peut marteler légèrement sur la matrice les deux angles de l'U pour assurer la netteté de la pièce. Les tenons solidaires sont prêts.

On retourne la matrice et on introduit les tenons, indépendants ou solidaires dans les pertuis centraux. Lorsque ces tenons sont engagés à fond, leur coudures sont à 1 millimètre de distance de la matrice. On modèle alors la dent en cire, non sans avoir préalablement orienté convenablement les têtes des tenons s'il s'agit de tenons indépendants.

On retire la dent de cire. On la place sur la matrice de cuisson. On met en moufle et l'on cuit. Après cuisson, pour dégager la dent, il suffit d'appliquer un peu fortement sur une surface dure la face arrière de la matrice de cuisson. Comme les tenons émergent un peu de cette matrice, la dent se dégage facilement.

La construction des dents massives du type Pontopin est réalisable au moyen d'un dispositif fondé sur le même principe que celui que nous venons d'étudier pour la construction des facettes à crampons et analogue par la forme aux matrices déjà décrites pour la réalisation des dents du type Trupontic.

Nous ne parlerons pas de la construction des dents à tube, dents « Bridge », Davis, Dowell, couronnes Jaquettes. Aucune difficulté technique particulière ne se présente.

..

Nous ne saurions terminer cette étude sans discuter même sommairement sur l'emploi des différentes dents artificielles réalisables en substance plastique.

Pas plus que lorsqu'il s'agit de dents artificielles en porcelaine, nous ne pouvons rationnellement, à propos de substances plastiques nous poser la question : « Quelle est la meilleure dent ? »

Nous nous demanderons plutôt : « Dans telles conditions cliniques, quelle est la meilleure dent ? »

C'est le problème des indications et contre-indications, avantages et inconvénients, problème de toute notre pratique, de toutes nos pratiques, de tous les instants de notre vie professionnelle, problème difficile de l'observation clinique.

En ce qui concerne les dents artificielles en matière plastique, il est évident que les indications et contre-indications de chacune d'elles sont en principe les mêmes qui ont été décrites pour les formes correspondantes de dents en porcelaine. A la lumière de considérations que nous avons déjà développées implicitement au cours de cet exposé, nous essaierons cependant de formuler quelques principes.

Si nous considérons d'assez haut toutes les réalisations qui nous sont offertes, nous remarquerons que presque sans exception, disons à quelques détails près, par exemple l'adjonction de boutons aux tenons avec transformation de ceux-ci en crampons réels comme cela est dans les dents Solila, par exemple encore l'utilisation de procédés non généraux comme celui de la logette ou de la logette avec clavette, décrit par Paul Housser il y a plusieurs années, toutes les dents artificielles sont ancrées sur leur base au moyen d'un tenon et d'une mortaise. Tantôt les dents comportent le tenon : dents à crampons. Tantôt elles comportent la mortaise : dents à tube, facettes à glissière. En réalité, le système mécanique de rétention est le même pour toutes les dents et comprend toujours les deux éléments : tenon, mortaise.

Le problème réel du choix des dents peut donc se ramener au suivant : la dent utilisée doit-elle comporter le tenon ? ou doit-elle comporter la mortaise ?

La notion d'espace ou de volume d'une part, des considérations simples sur la résistance des matériaux d'autre part, nous permettent de répondre dans une première approximation.

Il est évident que seules les dents de grand volume, c'est-à-dire celles qui présentent de grandes dimensions selon les trois directions de l'espace, hauteur d'occlusion, diamètre vestibulo-lingual et diamètre mésio-distal, peuvent rationnellement comporter un tube réel, soit une mortaise complète.

Au contraire, toutes les fois que sur le segment d'arcade édenté nous ne disposons que d'un espace réduit, au moins dans une dimension, nous sommes obligés d'avoir recours à des dents comportant soit des tenons, soit des mortaises fendues, à condition que ces éléments rétentifs soient suffisamment longs.

Pour tenir compte d'une condition essentiellement pratique d'utilisation des dents artificielles et qui est la possibilité de les remplacer en cas d'accident, les seules dents à tenons utilisables doivent présenter ces tenons dans le sens vestibulo-lingual. Donc, en dehors de procédés exceptionnels que nous avons cités, procédés de la logette ou de la logette avec clavette et sur lesquels nous n'insisterons pas, toutes les fois que le diamètre vestibulo-lingual sera réduit, les dents à tenons seront contre-indiquées.

Les mortaises fendues peuvent être orientées selon deux directions : direction verticale, direction vestibulo-linguale. Les dents à mortaise fendue, facettes à glissière, Trupontics et Sanitarypontics seront donc, en principe, utilisables :

Dans les cas d'occlusion haute pour les facettes ;

Dans les cas de grand diamètre vestibulo-lingual pour les Trupontics ou les Sanitarypontics (1).

Cependant, quelles que soient les conditions spatiales de leur utilisation, les dents à mortaise fendue présentent dans tous les cas deux défauts majeurs : la fente de la mortaise constitue un véritable trait de fracture pour la dent artificielle et la mortaise n'est pas située selon un axe de symétrie de la dent.

Pour ces raisons, sans méconnaître les services qu'elles rendent, nous nous efforçons de les utiliser le moins souvent possible en dépit de leur grande facilité de remplacement. Ces mêmes raisons expliquent un jugement répandu : les facettes à crampons se descellent, les facettes à glissière se brisent.

Pour ne pas terminer sur un ton dogmatique ce trop long exposé, je formulerai un vœu sur l'utilisation des facettes à crampons qui sont celles dont les indications se rencontrent le plus souvent :

Appelés à construire eux-mêmes en substance plastique leurs facettes à crampons, les praticiens utiliseront : des tenons de diamètre normal : 0mm7 ; et d'écartement normal, 2 millimètres, entre les axes des tenons.

L'observation d'un tel vœu suffirait à rendre pratiquement interchangeables les facettes à crampons, pour la plus grande facilité de notre exercice professionnel.

(1) Indépendamment de la nécessité d'avoir une hauteur d'occlusion suffisante pour assurer à la poutre métallique une certaine résistance.

LES PREMIÈRES DENTS. — MÉCANISME DE L'ÉRUPTION PATHOGÉNIE DES ACCIDENTS DE LA PREMIÈRE DENTITION

Par R. DUBOIS-PRÉVOST,
Professeur suppléant à l'Ecole Dentaire de Paris.

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le 25 mars 1944)

616.314.9.007.1

S'il est une époque redoutée des mamans, c'est bien celle où leurs enfants percent « leurs premières dents ».

Depuis Hippocrate, il est habituel d'attribuer à la dentition la responsabilité de tous les maux qui s'abattent sur la petite enfance, et cette croyance a survécu dans les milieux familiaux, malgré les travaux de Magitot et les progrès de la médecine.

Si aujourd'hui, le Médecin n'admet plus qu'avec prudence les accidents de dentition dans la pathologie infantile, il a toujours le droit d'y penser, ne serait-ce que par le rapport toujours possible entre l'apparition de troubles réflexes proches ou lointains et la dentition.

S'il n'est pas logique de considérer tout enfant en période d'éruption dentaire comme un malade, il est sage par contre de le ménager en pensant à la fatigue supplémentaire que lui impose le travail de dentition. Il est exceptionnel que la « percée des premières dents » se fasse, sans qu'aucun symptôme, même léger, ne vienne alarmer la maman.

Nous savons que la dentition procède par phases et que ces phases sont au nom de cinq.

Rappelons les :

Première phase : Eruption de 20 dents temporaires.

Deuxième phase : Eruption de 4 molaires de 6 ans.

Troisième phase : Eruption de 20 dents de remplacement.

Quatrième phase : Eruption de 4 molaires de 12 ans.

Cinquième phase : Eruption des 4 dents de sagesse.

Nous allons étudier l'éruption des 20 dents temporaires, c'est-à-dire la première phase de la dentition, et si celle-ci constitue un phénomène physiologique normal, il peut dans certaines conditions devenir pathologique.

La pathogénie des accidents de dentition repose essentiellement sur l'étude du mécanisme de l'éruption, en tenant compte du terrain (espace) et de l'âge (temps).

Nous exposerons le mécanisme de l'éruption en empruntant d'abord au Dr FREY son excellent résumé de la question ; puis, selon notre théorie personnelle.

I. — THÉORIE CLASSIQUE (Dr FREY)

Aussitôt que la calcification a assuré à la couronne de la future dent sa forme et son volume dans des conditions suffisantes, les murs de la logette osseuse qui la contient élèvent leurs bords libres et les rapprochent de façon à enfermer dans une cavité alvéolaire presque hermétique le sac folliculaire. Celui-ci s'est fixé à la base de la couronne. Déjà la période d'éruption est commencée, car, tandis que l'alvéole s'élève, la calcification radiculaire a débuté ; peu à peu, la racine progresse de façon à donner à notre future dent l'apparence d'une tige qui s'élève (Malassez). On le voit, la formation alvéolaire, la formation radiculaire et l'éruption constituent « un phénomène d'ensemble » (Capdepon).

La dent progresse alors dans un conduit conjonctivo-adamantin, elle

semble déplisser un sac conjonctivo-épithélial qui la dirige et l'isole du milieu buccal jusqu'au moment où la gencive lui livre passage. Ce sac est un sac péricoronaire et jusqu'au jour de l'éruption il limite autour de la couronne une sorte de cavité virtuelle que Capdepon appelait la cavité péricoronaire.

Voilà donc résumé le phénomène normal de la dentition : malgré toute sa complexité, il reste le même pour les 20 dents temporaires et les 32 dents permanentes. Dès que la logette osseuse folliculaire puis sa résorption partielle, dès que la calcification, le cheminement du germe ainsi que sa protection contre le milieu buccal ne se trouve plus intégralement réalisés dans le temps et dans l'espace, nous assistons à une évolution pathologique.

II. — THÉORIE PERSONNELLE

L'éruption dentaire résulte :

D'une action compressive de l'ébauche dentaire sur les tissus environnants, au cours de sa croissance.

D'une involution de ces tissus ayant pour effet de favoriser l'éruption.

Nous sommes persuadés que l'éruption dentaire débute avec la formation de la dent, dès que se trouve réalisé, ce que le Dr RUPPE appelle la dent de chair, c'est-à-dire, lorsque apparaît le germe constitué de l'organe épithélial de la papille conjonctive le tout enveloppé d'une condensation fibrillaire. A cette époque, ce germe dentaire est situé sur le fond d'une gouttière alvéolaire en formation, sans être séparé des germes voisins issus comme lui de la même lame épithéliale. Ce fait est important à retenir parce que c'est du point même où l'épithélium a cessé de proliférer dans la profondeur du derme, et où celui-ci a réagi en formant le bulbe, que le germe dentaire va évoluer. Au cours de cette évolution, il va cheminer de la profondeur vers la surface, c'est-à-dire vers la gencive, parcourant en sens inverse, en retour, le chemin fait par la lame dentaire pour venir le constituer. Dès que la croissance du germe dentaire se fait, commence le mécanisme de l'éruption, la migration de l'ébauche dentaire étant d'autant plus manifeste que sa formation est plus avancée.

On peut admettre qu'à partir de la neuvième semaine l'ébauche dentaire a presque les dimensions de la future dent et c'est à cette période que commence la calcification.

La gouttière alvéolaire s'ossifie, les cloisons séparatives des alvéoles sont en formation, le système vasculo-nerveux s'individualise et se distribue aux germes dentaires et au tissu périfolliculaire. Les odontoblastes et les adamantoblastes sont très différenciés au niveau de la partie coronaire de l'ébauche et ils vont bientôt présider à la formation de la dentine et de l'émail, la formation de ces deux tissus étant pour nous simultanée. Le phénomène de l'éruption, dès cette période s'accuse davantage, à partir du cinquième mois, le follicule dentaire s'émancipe en rompant ses attaches avec la lame épithéliale par involution du cordon dentaire primitif, alors que le cordon secondaire va se déplisser vers la profondeur du derme pour donner naissance en temps voulu à la dent de remplacement.

Le follicule dentaire de la dent temporaire évolue vers la surface en restant physiologiquement relié au système vasculaire qui du fond de la gouttière alvéolaire, sans cesse remaniée, elle aussi, par son évolution propre, va assurer sa nutrition. D'abord, le tissu périfolliculaire très vascularisé, va être le siège d'une hyperémie intense, de ce fait, le germe dentaire contenu dans une logette osseuse limitée de toutes parts à l'exception de son orifice supérieur, se trouve comprimé et chassé doucement vers le lieu de moindre résistance, c'est-à-dire en direction de la gencive. Cette migration est facilitée par le clivage des éléments cellulaires de l'ancienne lame dentaire, laquelle en pleine involution, voit ses cellules fondre par cytolysse normale ou subir la transformation conjonctive. Le tissu conjonctif

de la papille dentaire ne diffère pas du tissu embryonnaire périfolliculaire, duquel il ne semble être qu'une continuation pénétrant dans l'invagination épithéliale, par la base du follicule. Cette papille conjonctive est elle aussi, le siège d'une hyperémie ayant pour effet d'élever, de chasser la couronne dentaire en voie de calcification, de la faire pénétrer dans les espaces vacuolaires présentés par l'organe de l'émail qui, son rôle physiologique rempli est frappé de stérilité et d'involution offrant ainsi un chemin prédestiné à la migration coronaire. Les phénomènes d'hyperémie conjonctive périfolliculaire et pulpaire vont cesser, un palier de repos va permettre une stase sanguine favorable à la formation de nouvelles couches calcifiées de dentine, l'alvéole osseuse va se modeler selon les nouvelles incidences prêt à servir de base à un nouveau départ, à une nouvelle hyperémie motrice, laquelle peut être considérée selon les travaux de LERICHE et POLICAR comme un oedème physiologique favorable à la calcification. En rapport avec l'accroissement des tissus calcifiés dentaires et osseux, le volume des tissus mous va se réduire, ce qui se traduit par l'allongement de la racine lequel s'observe avec le mécanisme de l'éruption mais ne le provoque pas. Il résulte de ces faits que le rôle moteur joué au début de la formation dentaire par le tissu conjonctif hyperémié, périfolliculaire et pulpaire est des plus important, ce rôle devant se poursuivre avec une moindre amplitude au fur et à mesure que la calcification progresse et que l'on est proche du terme final de l'éruption, c'est-à-dire lorsque la couronne s'apprête à déchirer l'obstacle gingival.

En effet, les dents temporaires apparaissent sur l'arcade avec des racines dont les extrémités sont imparfaitement calcifiées, l'espace interdento-maxillaire où se loge la partie profonde du ligament autorise encore une hyperémie partielle, laquelle est nécessaire pour que l'éruption s'achève.

Si cette conception nouvelle du mécanisme de l'éruption dentaire semble logique en étudiant la dentition temporaire, elle ne semble plus l'être en considérant l'éruption des dents permanentes et particulièrement celle de la troisième molaire dont la calcification complète est assurée bien avant son apparition, il semble alors que notre thèse soit fort discutable. Ceci n'est qu'apparent et nous allons le démontrer en étudiant le mécanisme de l'éruption des dents permanentes et la résorption physiologique des racines des dents temporaires.

Considérons d'abord un fait primordial, si la première phase de la dentition doit s'opérer pour vingt dents en vingt-quatre mois environ, et pour les deuxième, troisième et quatrième phases soit pour 28 dents en six ans, cela provient de ce que chaque phase de la dentition doit se produire en un temps fixé et dans un territoire pré-établi et cela en rapport avec la fonction et le développement de l'être ; et ce sont ces différences dans le temps qui amènent des différences apparentes dans l'éruption dont le mécanisme intime restera cependant le même. A une dentition temporaire rapide, restera opposée une dentition permanente lente, c'est pourquoi les phénomènes évolutifs au cours de la dentition temporaire seront plus sensibles, ainsi que les accidents de dentition dont nous parlerons plus loin.

Si nous considérons la dentition permanente, un premier fait va compliquer les choses, la présence des dents temporaires, cet obstacle doit disparaître pour que l'éruption des dents permanentes puisse normalement se faire ; les racines des dents temporaires subissent la résorption physiologique et FREY remarque que le processus de l'odontolyse peut être comparé à celui de l'ostéolyse.

Cette décalcification des dents temporaires permet d'observer une mutation régressive vers le conjonctif primitif, par activation circulatoire locale (fungus vasculo-conjonctif des Anciens) mais à l'action odontolytique, s'ajoute toujours ici une action odontoclasique plus ou moins destructive, par les odontoclastes.

En accord avec nos observations, cette façon de voir nous permet d'affirmer que cette activation circulatoire locale de l'espace vasculo-conjonctif (fongus) est synchrone de l'hypérémie motrice périfolliculaire et pulpaire qui contribue à assurer la migration de la dent permanente ; cette migration s'opère par poussées évolutives. A une poussée hypérémique succède une période, un palier réparateur nécessaire au modelage constamment renouvelé de l'alvéole osseux et à la calcification radiculaire de la dent permanente en formation. On pourrait objecter, que durant cette période de repos, la dent temporaire profitant d'une stase sanguine favorable à la calcification pourrait elle aussi se récalcifier temporairement, ce qui annulerait le travail de résorption radiculaire ; il n'est rien parce que cette dent a perdu son autonomie physiologique par désinsertion profonde de son ligament et si sa pulpe reste vivante, c'est pour s'identifier au fongus vasculo-conjonctif et contribuer à l'odontolyse, à la mutation régressive vers le conjonctif primitif.

D'ailleurs les travaux de CHOQUET avaient déjà contribué à l'interprétation de ces faits, en mettant en lumière le rôle des petites cellules rondes dont il avait constaté la présence dans les lacunes pulpaires des dents de lait en voie de résorption, cellules qui se retrouvaient également au niveau des surfaces radiculaires.

Au fur et à mesure de la résorption radiculaire des dents temporaires, la dent permanente s'élève en vertu du mécanisme que nous venons d'étudier, et lorsque la chute de la couronne de la dent de lait, libérée de ses attaches gingivales, s'opère, la couronne permanente n'a qu'à se substituer à l'autre dans cet anneau gingival qui viendra se modeler à elle, opérant une parfaite sertissure de son collet. A cette période, les extrémités radiculaires des dents permanentes, ne sont pas fermées, les canaux radiculaires présentent un large apex, la pulpe est en connexion étroite avec le tissu conjonctif profond du ligament dont la vascularisation importante autorise encore l'hypérémie vaso-motrice dont nous avons parlé.

Dans le cas de la troisième molaire inférieure, notre interprétation du mécanisme de l'éruption devient plus difficile mais reste conforme à nos observations. Pour des raisons anatomiques cette dent reste longtemps incluse dans sa logette osseuse, et sa calcification est terminée depuis longtemps alors que l'éruption sensible ne fait que commencer. Il n'est plus possible d'admettre que la pulpe de cette dent joue un rôle moteur, mais par contre, le ligament qui s'identifie à cette période, au sein du maxillaire, à la paroi du sac dentaire va jouer à lui seul le rôle moteur assurant la migration de la dent. Ce ligament est le siège d'une hypérémie active coïncidant avec une poussée évolutive autorisant une ostéolyse puis, le palier de repos atteint, à l'ostéite raréfiante va succéder une ostéite condensante favorisée par la stase sanguine. La suite de ces alternatives du modelage osseux de l'alvéole constamment remanié, va permettre à la dent d'occuper des situations, qui, progressivement, vont redresser son obliquité et l'amener sur l'arcade en situation normale.

Maintenant que nous avons étudié dans le détail le mécanisme de l'éruption dentaire et contribué à l'éclairer d'un jour nouveau, non pour reformer les idées classiques, mais pour apporter notre faible part au progrès d'une science qui nous est chère, nous allons étudier les accidents de dentition.

Il est évident que les accidents de la première phase de la dentition sont et restent très différents de ceux étudiés dans les autres phases, par ce simple fait qu'ils intéressent la première enfance ; c'est-à-dire une période où le jeune être présente un cerveau non relié physiologiquement au système nerveux périphérique. C'est pourquoi, lorsque la vie de relation s'établit le cerveau reçoit les excitations extérieures, mais les réflexes normaux n'existent pas. Dans ce cas, toute irritation d'où qu'elle vienne peut perturber un système nerveux en période d'organisation. C'est pourquoi

la première dentition donne lieu à des réactions à la fois locales et générales. La dent en évolution est particulièrement labyle et participe largement à la vie organique générale, le voisinage immédiat du dentaire inférieur peut expliquer en partie, la prédisposition qu'ont les jeunes enfants aux troubles nerveux et généraux au moment de la dentition.

Qu'il s'agisse des accidents directs ou indirects, nous pensons que les accidents de dentition se manifesteront au moment du terme de l'éruption, lorsque la dent va déchirer la gencive, car le terme populaire « percer ses dents » est scientifiquement exact comme le montre l'observation histologique. En effet, l'épithélium gingival ne se résorbe pas, il est refoulé, puis distendu, semble se déchirer et, enfin, laisse passer la pointe coronaire. C'est à cette période que l'enfant souffre, il présente une gencive tendue, pâle, à l'endroit où s'exerce le maximum de pression, et congestionnée sur le pourtour, la muqueuse est douloureuse, la salivation abondante, l'enfant veut mordre tout ce qui se présente, c'est le prurit dentaire de Delabarre. Ces phénomènes locaux ne sont pas continus et sont liés dans leur fréquence avec les poussées évolutives décrites précédemment. Si la poussée évolutive est de courte durée, le seuil d'excitation peut ne pas être débordé et l'enfant en sera quitte pour de petites crises douloureuses suivies d'une assez longue période de repos, période en rapport avec le palier compensateur caractérisé par une stase sanguine favorable à la calcification du germe et suivie d'une nouvelle poussée évolutive hypérémique, et ainsi de suite jusqu'à ce que l'obstacle gingival soit franchi, soit percé. C'est heureusement ce qui se passe presque normalement dans nombre de cas.

Accidents locaux : Prurit dentaire, salivation exagérée, les accidents régionaux restent bénins, joues rouges (feu de dent).

Accidents généraux : la réaction générale est habituellement légère : petite poussée fébrile, vomissement, diarrhée, toux.

Mais tous ces accidents cessent avec la sortie de la dent et le plus souvent ils se limitent : au prurit gingival, au feu de dent, à la diarrhée.

Il n'en est pas de même lorsqu'il y a dyséruption, c'est-à-dire lorsque l'éruption devient pathogène pour des raisons d'espace et de temps.

En général, le retard apporté à l'apparition de la dent dépend de la calcification difficile de l'ébauche dentaire. Dans ce cas, se pose la question du terrain, et les accidents de dentition deviennent difficiles à diagnostiquer, et comme le fait remarquer le Dr FREY, tout est complexe, pathogénie, étiologie, symptômes, aussi le diagnostic qui s'impose pour les accidents locaux directs, devient difficile et délicat pour tous les autres.

L'accident de dentition indirect peut être aggravant d'un état pathologique pré-existant. Ce sont les accidents de dentition discutables qui ne disparaissent, ni ne s'atténuent aussi vite que les accidents directs après l'apparition de la dent, ils mettent à l'épreuve le sens clinique et le doigté médical, et les médecins peuvent ne pas être d'accord.

L'hérédosyphilis, l'hérédoolcoolisme, le rachitisme apportent un retard considérable à la calcification du germe; une alimentation déficiente prédispose aux accidents de la première dentition.

Il résulte de ces faits que l'éruption dentaire se fait soit avec un retard considérable, soit de façon précoce, mais ce qui doit être considéré comme pathogène, ce n'est pas l'éruption en elle-même, mais les causes générales de cette dyséruption. Cependant, les accidents de dentition peuvent être à la fois locaux et généraux, et devront être soignés comme tels.

Le traitement institué sera variable, selon qu'il s'agisse d'accidents directs indiscutables et d'accidents indirects discutables. Dans le premier cas, un traitement local et de bonnes règles d'hygiène suffisent généralement. Dans le second cas, il faut traiter surtout l'état général.

REVUE DES REVUES

Dr JUAN BELTRAN CODINA. — Investigations cliniques autour de l'évolution dentaire en relation avec le manque de Vitamine D. — (*Annales Espagnoles d'Odonto-Stomatologie*, septembre 1943).

L'auteur indique comme cause principale et numériquement la plus importante de l'évolution dentaire tardive, le rachitisme. Il fait de celui-ci une étude concernant l'altération du métabolisme minéral qu'il provoque. Il signale l'innocuité et les effets bienfaisants observés après l'administration de doses élevées de vitamine D. Il explique ces résultats dans l'évolution clinique en général et dentaire en particulier, ainsi que dans l'évolution biochimique.

A. Besombes.

FRANCISCO BORDAS JANÉ. — Importance de l'Odontologie en Psychiatrie. — (*Annales Espagnoles d'Odonto-Stomatologie*, octobre 1943).

Après avoir résumé les troubles provoqués par les infections focales d'origine dentaire, l'auteur indique l'opinion des auteurs qui croient à l'origine toxique focale de certaines psychopathies. Il pense que l'élimination des foyers dentaires est indispensable pour la guérison ou l'amélioration des altérations mentales. Il est aisé, d'autre part, de suivre, dans les établissements psychiatriques, les modifications consécutives aux traitements dentaires subis par les malades.

A. Besombes.

Dr SUAREZ DEL VILLAR. — Les Avitaminoses en Odontologie. — (*Annales Espagnoles d'Odonto-Stomatologie*, décembre 1943).

Après avoir traité le tableau symptomatique des différentes formes d'avitaminoses au niveau de la cavité buccale, l'auteur insiste sur l'intérêt d'un diagnostic précoce qui permettra d'agir avec le maximum d'activité tant sur le plan prophylactique que sur le plan thérapeutique.

A. Besombes.

A propos de la Sulfamido-résistance. — (*L'Hôpital*. — In *Archives Hospitalières*, avril 1944).

Malgré les succès de la thérapeutique par les sulfamides, il ne faut pas méconnaître la *sulfamido-résistance* des microbes, qui exige, pour leur destruction, des doses de plus en plus élevées. MM. Marceron, Grollet et Leroy signalent un deuxième incident susceptible de minimiser les succès de la sulfamidothérapie : c'est une sensibilisation qui ressemble fort à une intolérance (céphalée, vomissements, diarrhée, lipothymie). On observerait particulièrement ces phénomènes dans les milieux où sévit la prostitution. En prévision des visites des Services d'Hygiène, les femmes absorbent des produits sulfamidés dont il se fait un trafic clandestin. Ce faisant ces sujets deviennent porteuses de gonocoques « mithidatisés », et ils se préparent eux-mêmes à une sensibilisation dont les inconvénients sont grands.

Pour parer à ces faits, les auteurs préconisent les intraveineuses de Phényl-azodiaminopyridine (1 centimètre cube), préparation spécialisée.

A. Besombes.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 4 juillet 1944

La séance est ouverte à 20 h. 30, sous la présidence de *M. Pierson*, qui donne la parole au *D^r Claoué* pour sa communication : *Les brides vestibulo-alvéolaires. Technique de reconstruction plastique du sillon vestibulaire.*

L'auteur expose une technique de cure radicale des brides eutanées ou muqueuses en prenant comme exemple les brides vestibulo-alvéolaires. Cette technique consiste dans la formation de deux lambeaux contigus formés par une incision en Z, puis dans l'inversion de ces deux lambeaux suffisamment disséqués pour en permettre le glissement. Pour combler la perte de substance on peut associer à cette technique les greffes libres et les transports de peau à distance.

Le *D^r Roy* prend part à la discussion.

La parole est ensuite donnée à *M. H. Villain* qui traite de : *L'identification des cadavres par la prothèse dentaire.* Il insiste sur la nécessité de publier les photographies représentant les appareils prothétiques des cadavres à identifier. Ces photographies seraient envoyées à tous les dentistes par les soins du Conseil de l'Ordre, et pourraient éventuellement faciliter la tâche.

Puis il nous expose une observation clinique au sujet de fracture spontanée de molaires provoquée par un traumatisme dû à la présence de dents surnuméraires, à laquelle vient s'ajouter, sans doute, l'action décalcifiante de la sous-alimentation.

M. H. Villain nous présente ensuite un petit appareil fabriqué suivant les conceptions d'Izard. Il s'agit d'un manchon que l'on place au niveau du coude de l'enfant pour lui éviter de sucer son pouce. La souplesse de cet appareil constitué par des baleines, permet à l'enfant de porter ses mains à son visage et à sa bouche, mais sa pression douce l'empêche de les maintenir plus de quelques secondes sans fatigue.

La parole est donnée après à *M. Gentil* pour sa communication : *Exposé de quelques travaux relatifs à l'étiologie de la pyorrhée.*

L'auteur soumet à notre approbation quelques observations cliniques qui l'ont amené à des conclusions particulières sur l'étiologie de la pyorrhée.

Il nous expose ses conceptions avec un bel esprit d'indépendance et un courage qui font honneur à sa jeunesse, et nous apporte des microphotos fort intéressantes permettant d'isoler deux germes qui, pour lui, sont les causes des manifestations pyorrhéiques. Il préconise un traitement d'iodure de potassium à la dose suivante :

4 grammes pendant 5 jours, arrêt 2 jours.

3 — — — 5 — — — 2 —

2 — — — 5 — — — 2 —

2 grammes les 5 jours suivants.

qui lui a donné de bons résultats, et qui, pour lui, vient, en quelque sorte, confirmer son diagnostic.

Il regrette que ses travaux soient trop récents et aient été interrompus par suite des événements, empêchant ainsi de préciser plusieurs points.

Prendent part à la discussion : le *D^r Délibéros* et *M. M. A. Rivault*.

Le Secrétaire général fait ensuite un résumé de l'activité de la Société d'Odontologie de Paris durant l'exercice 1943-1944.

Il est procédé à l'élection du Bureau pour l'année 1944-1945.

Sont élus : *Président* : *M. Lozier*.

Vice-Présidents : *MM. Besombes et Délibéros*.

Secrétaire général : *M. Rivault*.

Secrétaire adjoint : *M. Dubois-Prévoist*.

Deuxième Secrétaire adjoint : *M. Poimiro*.

La séance est levée à 22 h. 30.

Le Secrétaire général : *M. Rivault*.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 23 mai 1944

Président : *M. André Boucher.*

La séance commence à 20 h. 10 par la lecture du procès-verbal. Adopté.

La parole est donnée à *M. Largier*, chef de clinique à l'Ecole Odontotechnique :
Le remplacement des facettes à crampons.

Notre confrère a tourné d'une élégante façon la difficulté que nous trouvons pour obtenir actuellement dans le commerce des dents à crampons platine, encore appelées dents graphite.

Il réunit les deux boutons d'une dent ordinaire par un fil d'acier et il transperce le corps du bridge par une petite tige d'acier faisant goupille. Le tout est scellé comme d'ordinaire. En cas de fracture de la facette, il suffit de descendre la goupille avec une pince à mors fins en la sortant du corps du bridge.

La parole est ensuite donnée à *Mme Muller*, chef de clinique d'orthodontie à l'Ecole Odontotechnique : *Contribution au traitement des rétrognathies mandibulaires.*

Après avoir passé en revue l'étiologie, la pathogénie et les modalités de cette malformation très fréquente du maxillaire inférieur (37 cas sur 84 traités en 1942 au service d'Orthodontie de l'Ecole Odontotechnique) l'auteur aborde la question du traitement.

Cette dernière est encore très discutée. Les spécialistes utilisent soit l'avancement individuel de chaque dent sur l'arcade, soit le saut brusque de l'articulé par plan incliné accompagné de myothérapie appropriée (Izard), soit encore le proglissement progressif de la mandibule par traction élastique intermaxillaire. Dans ce cas, on prend point d'appui sur le maxillaire supérieur régularisé.

L'auteur décrit la méthode qu'il emploie personnellement et qui emprunte ses différents éléments aux méthodes classiques. Réduction des malformations supérieures, avancement rectiligne individuel des dents sur l'arcade lorsque la lésion inférieure n'est pas symétrique ; enfin, traction élastique intermaxillaire et pose du plan plat de Beauregardt au maxillaire supérieur. Ce dernier appareil se compose d'une plaque de vulcanite portant derrière les incisives et canines supérieures une épaisseur de caoutchouc à surface large et horizontale destinée à maintenir la mandibule en position antérieure constante et renforce de ce fait l'action des élastiques. De plus, l'inclusion molaire oblige l'enfant à mastiquer uniquement sur ses incisives qu'il ingresse et crée une gymnastique automatique des propulseurs diducteurs. L'auteur présente des cas traités de cette façon chez lesquels la durée du traitement a été abrégée de six mois à un an.

Le Président félicite et remercie les conférenciers.

La séance est levée à 21 h. 10.

Le Président des Séances : Jacques CRÉTENET.

COMMUNIQUÉS

Nous attirons spécialement l'attention de nos lecteurs sur d'intéressants textes publiés *in extenso* par des journaux professionnels d'informations. Ce sont :

1^o **Loi n° 236 du 30 juin 1944** modifiant la loi du 5 août 1899 sur le casier judiciaire ; par laquelle le **Casier judiciaire n° 2** sera communiqué aux Conseils Régionaux de l'Ordre des Médecins, en vue de l'inscription au tableau de l'Ordre des Médecins et Chirurgiens-Dentistes, ou de l'exercice de poursuites disciplinaires.

2^o **Décret d'administration publique** pour l'application des lois des 10 septembre 1942 et 14 septembre 1943, fixant le fonctionnement des Conseils Régionaux de l'Ordre des Médecins et de la Chambre de Discipline du Conseil National de l'Ordre.

Enfin, nous relevons dans le *Siccle Médical* du 1^{er} août 1944, l'article suivant :

CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE

Le *Code de Déontologie Médicale* a été soumis au Conseil d'Etat, qui en a actuellement terminé l'examen. Ce code, pour paraître à l'*Officiel*, n'attend plus que la signature du Chef du Gouvernement.

Ce texte marque un gain important sur ce qui existait. Pour la première fois est faite officiellement la reconnaissance du principe corporatif, la charte médicale est notamment reconnue, réserves faites des conditions de son application en matière de médecine sociale.

Il s'agit maintenant d'étendre le Code aux sages-femmes et aux dentistes. Le texte est terminé, il ne reste plus qu'à le confronter avec le texte accepté par le Conseil d'Etat et à le présenter à la ratification du Conseil d'Etat, ce qui aura vraisemblablement lieu à la rentrée.

NOUVELLES

Mariage. — Le mariage de M. Jean Férin, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, avec Mlle Gisèle Crépeaut, a eu lieu le 3 juillet 1944, à Vienne (Aisne). Nos félicitations et vœux de bonheur.

Naissances. — M^{me} et M. Lecœur, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement et du Corps enseignant de l'E. D. P., nous ont fait part de la naissance de leur fille Danielle, le 31 mai 1944.

Francis, Michel et Serge Hémard nous ont annoncé la naissance de leur petit frère Patrice, fils de M. Hémard, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement. Nos félicitations.

L'Administrateur-Gérant : P. LOISIER. — Autorisation S. 149.

L'ODONTOLOGIE

A NOS LECTEURS

Nous devons d'abord exprimer à nos lecteurs tous nos regrets de la longue interruption survenue dans la publication de L'Odontologie ; celle-ci n'est pas de notre fait, elle est le contre-coup des si glorieux et si importants événements survenus il y a neuf mois, qui ont amené la libération de la France. Nous avons dû, lorsque le Gouvernement de la République a été restauré, demander l'autorisation de continuer notre publication. Le Ministre de la Santé Publique nous a rapidement accordé cette autorisation, mais celle du Ministère de l'Information s'est fait longuement attendre en raison de la pénurie de papier, question toujours angoissante pour toutes les publications, sans compter les lenteurs administratives dont on pourra avoir une idée quand on saura qu'il nous a fallu attendre plus de six mois pour obtenir l'autorisation d'expédier le numéro de juin-juillet 1944 qui était tiré et prêt à l'envoi depuis cette époque, et pour lequel la question du papier ne se posait donc pas.

Enfin, l'autorisation définitive vient de nous parvenir, elle nous oblige toutefois à un nombre de pages encore beaucoup trop restreint et à une publication bimestrielle, néanmoins c'est avec empressement que L'Odontologie vient aussitôt reprendre contact avec ses fidèles lecteurs.

Nous ne voulons pas reprendre notre publication sans dire avant toute chose, bien que si tardivement, l'immense joie que nous éprouvons de la libération de notre chère Patrie qui respire enfin et renaît à la vie après quatre années d'un abominable esclavage sous la domination des barbares germains secondés par d'indignes Français acceptant sans honte une cruelle défaite.

Proclamons ici notre reconnaissance infinie à ce grand Français qui, dès le premier jour, a su proclamer sa foi indéfectible dans le triomphe de la cause de la France, a su coordonner et galvaniser toutes les forces de résistance du pays et préparer, contre vents et marées, l'heure bénie de la Libération. A notre profonde gratitude pour le Général de Gaulle, associons tous les braves qui, à travers mille dangers sont allés en Angleterre ou en Afrique du Nord se grouper auprès de lui pour former l'Armée de la Libération qui, avant-hier, en Afrique, en Italie, hier en Alsace, aujourd'hui en Allemagne, s'est couverte de gloire et a largement racheté l'humiliation subie en 1940. Saluons aussi tous les vaillants du Maquis qui, dans des conditions si précaires, si périlleuses, ont harcelé l'ennemi et si heureusement préparé la tâche des armées libératrices. Disons enfin notre reconnaissance aux glorieuses armées alliées

qui achèvent actuellement le défaire définitive de ce peuple de rapaces qui, pour assouvir son insatiable orgueil racial et son esprit de rapines, a déclenché ce formidable fléau sur le monde entier qu'il rêvait d'asservir.

..

Dans les tristes et glorieux événements dont la France a été le théâtre depuis cinq ans, notre profession a été gravement touchée ; nombre de confrères ont été faits prisonniers, d'autres emprisonnés, déportés en Allemagne et nous sommes sans nouvelles de beaucoup d'entre eux. Un certain nombre de confrères ont trouvé la mort au cours des bombardements, un grand nombre ont été sinistrés, pillés et ont notamment perdu tout leur matériel professionnel, perte si difficilement réparable à l'heure actuelle.

Adressons un pieux hommage à la mémoire de nos confrères disparus et le témoignage de notre douloureuse affliction à leur famille ; à toutes ces malheureuses victimes de la plus cruelle des guerres nous exprimons notre profonde pitié et nous serons heureux, dans ce journal, si nous pouvons leur être de quelques secours par notre action.

..

En Septembre 1940, L'Odontologie fut mise en demeure par les autorités occupantes et par le Gouvernement de Vichy de se séparer de quatre des membres de son Comité de Rédaction. Le Docteur Roy, notre directeur, bien que n'étant pas touché par cette mesure, se refusa à se faire l'exécuteur de ces évictions de confrères qui étaient ses très dévoués collaborateurs depuis de longues années ; il préféra, quoiqu'il lui en coûtât, donner sa démission de ce journal dont il était Rédacteur en chef depuis trente-cinq ans, plutôt que de s'associer à ces mesures odieuses vis-à-vis d'un journal de caractère exclusivement scientifique.

L'Association Générale des Dentistes de France et le Groupement de l'Ecole Dentaire de Paris ayant néanmoins décidé de continuer la publication du journal, le Docteur Audy, Président de l'Association, déférant au désir de celle-ci voulut bien, par dévouement, en accepter la Direction. Avec la collaboration de M. Loisier, comme Secrétaire de la Rédaction, il a assuré la publication de L'Odontologie et maintenu ainsi un lien entre les membres de notre Groupement. Nous nous faisons un devoir de rendre ici hommage à leurs efforts particulièrement méritoires dans les temps si pénibles et si difficiles que nous avons traversés.

Mais, tout en leur rendant un hommage qui leur est légitimement dû, ainsi qu'à leurs collègues du Comité de Rédaction, l'Association Générale des Dentistes de France et l'Ecole Dentaire de Paris, désireuses d'effacer toute trace des tristes événements dont notre Groupement avait subi le contre-coup, ont, dès la Libération, demandé au Docteur Roy et aux membres du Comité de Rédaction qu'il dirigeait en 1940 de reprendre leurs fonctions au journal ; c'est avec le plus grand plaisir qu'ils ont accepté de reprendre la tâche interrompue et c'est ainsi que nos lecteurs retrouvent aujourd'hui, à la tête de leur journal, l'équipe qui le dirigeait avant les tragiques événements de juin 1940. Ils ne la retrouvent pas, hélas ! au complet ; nous avons eu en effet à déplorer,

en 1942, la perte de notre cher collègue et ami, le Docteur Henri Chenet, dont le journal, en son temps, vous a annoncé la mort et dit la belle carrière professionnelle ; tout dernièrement, c'est notre ami Haloua, le si dévoué administrateur-gérant du journal qui disparaît à son tour, peu après avoir eu la joie de se voir réintégré dans ses fonctions et auquel nous consacrons une notice nécrologique dans le présent numéro.

Nous avons aussi le regret, en ce jour des réparations légitimes, de n'avoir pas encore avec nous notre cher collègue Lubetzki, déporté en Allemagne depuis trois ans, mais nous espérons bien le voir bientôt revenir sain et sauf près des siens, de tous ses amis et reprendre dans notre Ecole et le Groupement la place qu'il y occupait si brillamment.

..

La Direction qui se trouve à nouveau devant vous, n'ignore rien des difficultés en présence desquelles elle va se trouver aux prises, comme toutes les publications actuelles, mais le passé de cette direction vous est un sûr garant qu'elle fera l'impossible pour que le journal de notre Association et de notre Ecole se présente dans les conditions les plus dignes de son passé et de l'important Groupement professionnel qu'il représente ; nous espérons que bientôt les circonstances nous permettront de lui redonner non seulement son importance ancienne, mais encore de lui apporter toutes les améliorations que nous voudrions lui donner. Dans cette tâche, nous serons aidés au point de vue matériel par notre nouvel administrateur-gérant, M. Paul Fontanel, dont tout le monde se plaît à reconnaître les éminentes qualités administratives, et, grâce au concours dévoué du personnel de la rédaction et de notre imprimeur que nous remercions des efforts qu'ils ont accomplis pendant la période difficile de l'occupation.

En vue de revigorer votre journal, nous envisageons dès maintenant certaines modifications dont nous vous ferons bientôt part et qui vous montreront la voie dans laquelle nous voulons poursuivre notre tâche pour que L'Odontologie reste toujours au premier rang dans le développement de la science et de la technique dentaires.

L'ODONTOLOGIE.

TRAVAUX ORIGINAUX

PRÉCISIONS SUR LA PRÉDÉTERMINATION DU POINT INCISIF EN ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

Par A. BEAUREGARDT

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le 2 mai 1944)

616.716.8 089.23

Qu'est-ce que le point incisif ? — Je n'ai relevé d'autre indication dans la littérature professionnelle, qu'un dessin de Bonwill répété par Choquet et Gysi, illustrant une mandibule surmontée d'un triangle dont le sommet antérieur correspond aux angles mésio-occlusaux des incisives inférieures ; et, dans les première et deuxième éditions du *Traité d'orthodontie* du Dr Izard, deux points incisifs : l'un supérieur, l'autre inférieur ?

Ce sont les besoins de l'enseignement qui m'ont conduit à résoudre cette énigme parce que les élèves ont besoin de précisions. Après avoir confronté les données de l'anatomie, de la morphologie avec ses variations normales, pathologiques, évolutives, et nos méthodes de diagnostic des dysmorphoses, je crois être parvenu à une définition assez précise pour satisfaire toutes les exigences.

Avant d'aborder l'étude de la position du *Point incisif*, il importe de préciser deux conditions morphologiques essentielles :

- l'individualité morphologique ;
- le volume facial.

L'INDIVIDUALITÉ MORPHOLOGIQUE. — Les anthropologistes ont minutieusement observé les variations morphologiques et fonctionnelles qui se sont produites depuis l'homme primitif jusqu'à l'homme actuel. Ils ont conclu à la réduction des dimensions des organes de la face et du nombre des dents. Ces phénomènes ont été expliqués par l'adaptation de l'homme primitif aux « milieux » aérien, alimentaire, mécanique, social et à l'influence des causes pathologiques éteintes ou encore actives.

Les orthodontistes, s'appuyant aussi sur les observations anthropologiques ont dégagé de la prévalence des caractères de la face, des rapports et des proportions suivant la race, le sexe, l'âge et l'évolution organique.

Dans l'état de nos connaissances nous ne pouvons transgresser les conditions préétablies et nous devons nous conformer à l'individualité morphologique et fonctionnelle.

Aux variations normales sont opposés les troubles pathologiques qui, bien qu'ayant contribué — et pour une large part — au cours de l'évolution phylogénique de l'espèce humaine à la modification des formes faciales primitives, s'en distinguent parce qu'ils traduisent des perturbations morphologiques et fonctionnelles manifestées, sous la forme de l'augmentation ou de la diminution des dimensions faciales, des troubles de l'articulation temporo-mandibulaire, de dystopies dentaires et l'absence de dents.

LE VOLUME FACIAL. — Une seconde condition bien souvent oubliée, c'est que la tête est divisée en deux parties distinctes : la région céphalique

et la région faciale. Pour l'examen craniométrique, elle peut être comparée à un solide, inscrit dans un parallélépipède.

La face supérieure ou *norma verticalis* est représentée par la base du crâne.

La face postérieure ou *norma posterior* est tangente aux conduits auditifs externes et aux bords postérieurs des branches verticales de la mandibule.

La face inférieure ou *norma inferior* correspond au bord inférieur de la branche horizontale de la mandibule.

La face antérieure ou *norma faciales* comprend les téguments qui entourent les cavités orbitaire, nasale et buccale.

Enfin, les faces latérales droite et gauche ou *norma latérales* sont limitées aux surfaces jugales.

La symétrie des organes, des saillies, des dépressions, des sutures, limite une surface qui sépare le côté gauche du côté droit. Cette surface est appelée par les anthropologistes, plan d'énanthiomorphie ou plan sagittal médian. Du point de vue biologique, c'est une surface qui n'est jamais plane.

Le Dr de Névrezé a complété la méthode des projections de la notion des trois sens :

Dans le sens transversal, la face est projetée sur un plan fronto-vertical en prenant pour base le P. S. M. Les arcades sont, en plus, examinées en projection sur un plan horizontal.

Dans le sens antéro-postérieur, la face est projetée sur le P. S. M. en prenant pour base les plans orthogonaux des orthopédistes. C'est d'abord le plan horizontal de Francfort des anthropologistes, auquel sont perpendiculaires :

- a) *Le plan antérieur*, qui pour Izard passe par la glabella et pour Dreyfus par la nasion.
- b) *Le plan moyen*, ou plan orbital de Simon, qui passe par le point le plus bas du rebord inférieur de l'orbite.
- c) *Le plan postérieur* de Clavelin qui passe par le point glénion.

Dans le sens vertical, la face est projetée sur le plan fronto vertical et sur le plan antéro-postérieur (ou P. S. M.).

De leur côté les dysmorphoses sont aussi comparées à des solides et, comme tels, sont étudiées par projection sur les plans et selon les sens déjà considérés.

Dès lors, nous pouvons reconnaître l'importance des dysmorphoses par comparaison.

Mais quel est donc la position du P. I. dans l'espace facial ?

POSITION DU POINT INCISIF. — *Dans le sens transversal*, le P. I. est situé sur la ligne médiale.

Cette ligne est déterminée sur le squelette par les points suivants : le point naso-spinal, les lignes inter-incisives et le gnathion ; sur les téguments par les freins, le point sous-nasal, labial supérieur et inférieur, le pogonion et gnathion cutanés.

Dans ce sens le P. I. est très facile à trouver.

Dans le sens antéro-postérieur le P. I. est moins aisé à reconnaître.

Le profil de l'étage buccal, pour les auteurs classiques, est compris entre les plans antérieur et moyen dans les conditions suivantes :

— Suivant le plan de Dreyfus, en plan naso-frontal « la lèvre supérieure est coupée dans sa partie inférieure muqueuse ; la lèvre inférieure affleure le plan antérieur et le menton est situé à égale distance du plan A et du plan moyen ».

— Suivant le plan d'Izard, en plan gabellaire, « la lèvre supérieure l'affleure sans le dépasser, la lèvre inférieure est en retrait par rapport à la supérieure, la saillie mentonnière est placée complètement jusqu'au gnathion en avant du plan moyen ou orbital ».

Tels sont les rapports classiques du profil naso-mentonnier admis comme normaux chez l'Européen de race blanche. Mais les variations normales sont nombreuses. Elles sont osseuses et siègent à l'épine nasale ou au pogonion osseux. Kantorowitz a décrit les variations tégumentaires suivant la direction, la dimension, le volume des régions frontale, nasale, naso-mentonnière et particulièrement les lèvres. Déjà, lors de la première édition de son traité, Izard avait montré les variations du profil, et récemment, il distinguait trois catégories de profil :

- le trans-frontal,
- l'ortho-frontal,
- le cis-frontal,

Quoi qu'il en soit, les rapports classiques du profil demeurent. Le P. I. dans le sens antéro-postérieur, est situé aux angles mésio-occlusaux des incisives centrales supérieures, quand la lèvre supérieure est normale ou « normalisée ».

J'entends par normalisée, l'estimation de l'état normal de la lèvre supérieure suivant la nature de la variation ou du trouble pathologique que l'on peut objectiver au moyen de simples artifices ainsi qu'on le verra tout à l'heure.

Dans le sens vertical, la recherche du P. I. est plus simple.

Les artistes et les orthodontistes admettent que la hauteur de l'étage nasal est égale à la hauteur de l'étage buccal. La commissure labiale est située au tiers supérieur de l'étage buccal, et la surface d'occlusion incisive est à son niveau.

La hauteur d'engrènement des incisives dépend des caractères particuliers aux divers types que les anthropologistes et les morphologistes ont définis.

Ces indications suffisent pour nous montrer la position du P. I. dans le sens vertical : il est situé au-dessous de la commissure labiale en fonction du type anthropologique et morphologique individuel.

Je peux dès lors conclure par la définition suivante (voir figure ci-contre.) :

Le P. I. est situé : *dans le sens antéro-postérieur*, à l'intersection des angles mésio-occlusaux des incisives centrales supérieures à condition que la lèvre supérieure soit normale ou normalisée ;

dans le sens transversal : sur la ligne médiane ;

dans le sens vertical, au-dessous de la commissure labiale en fonction du type anthropologique et morphologique individuel.

Ainsi défini, le P. I. est parfaitement biologique c'est-à-dire conforme aux lois naturelles. Il doit être considéré comme un point virtuel dans l'espace facial parce qu'il est situé suivant les conditions tégumentaires et osseuses individuelles. Toute autre conception me paraît être erronée parce que nous ne pouvons substituer des procédés d'application générale selon les moyens arithmétiques et géométriques.

Le P. I. biologique ne doit pas être confondu avec les malpositions dentaires. Il n'est pas en avant ni en arrière, à droite ou à gauche, au-dessus ou en dessous ; ce sont les dents qui sont en dystopie. La nuance est d'importance pour la clarté du langage et de la compréhension des anomalies.

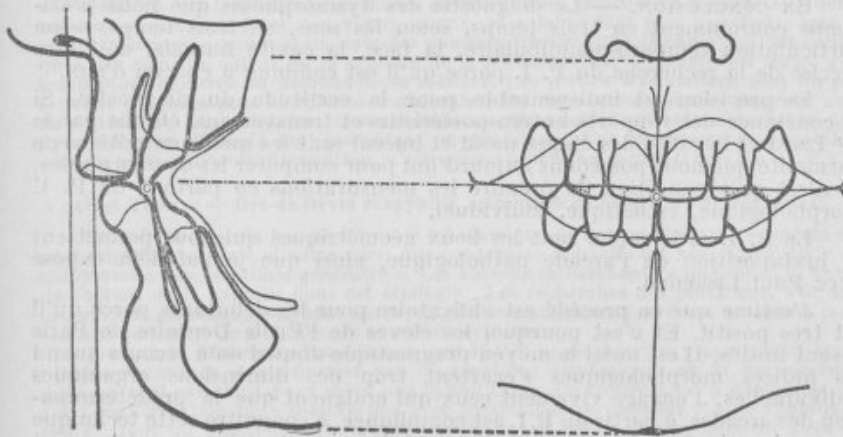
La position du P. I. biologique et individuel ainsi déterminée dans l'espace facial, on peut envisager les moyens grâce auxquels nous le pré-déterminerons sur le vivant qui présente des dysmorphoses.

PRÉDÉTERMINATION DU P. I. SUR LE VIVANT. — C'est par l'analyse des projections des dysmorphoses dans chacun des plans et par comparaison avec les statuts de normalité que nous reconnaissons l'importance de l'anomalie clinique.

Dans le sens antéro-postérieur, quand nous sommes en présence d'une rétrocheilie supérieure, c'est en amenant artificiellement la lèvre supérieure à sa position normale que nous repérons le P. I. La lèvre est simplement maintenue à l'aide d'une maquette de cire. L'emplacement du P. I. est conservé en fixant une tête d'épingle dans la cire.

Les diverses épaisseurs de la maquette montrent la nature de l'anomalie osseuse, alvéolaire ou dentaire.

Pour la bi-rétrocheilie, le procédé est le même, en ajoutant une maquette sur l'arcade inférieure. Mais nous n'avons pas les mêmes facilités quand il faut reconnaître le P. I. sur les sujets porteurs d'anticheilie qui accompagnent la vestibulocclusion incisive.



Si nous ne pouvons supprimer les dents du malade, nous avons la possibilité de reconnaître le P. I. en estimant avec mesure son emplacement, suivant l'anomalie labiale, les dents voisines et les antagonistes qui peuvent être en position normale. A cet effet, la recherche est simplifiée en coupant les dents en plâtre du moulage et en les fixant en position normale. La photographie et la téléradiographie sont aussi indiquées.

Quand l'estimation est approximative, il est possible pendant le traitement en suivant les progrès de la correction labiale, de contrôler la position du P. I. et de modifier le diagnostic.

Quand les dysmorphoses sont caractérisées par des malpositions *mandibulaires*, il est nécessaire de réduire d'abord le trouble de l'articulation temporo-mandibulaire et de rechercher ensuite les anomalies squelettiques : max. alv. dentaires.

Dans le sens vertical, quand la hauteur naso-mentonnaire est normale, nous pouvons reconnaître le P. I. d'après les rapports classiques, en utilisant une pointe mousse placée à l'intersection de la ligne médiane et de la commissure labiale. Le P. I. est inscrit sur les incisives en supratopie et sur une maquette de cire quand elles sont en infratopie. Quand la hauteur naso-mentonnaire est diminuée, il suffit de faire mordre le patient sur une maquette de cire jusqu'à ce que les contours du profil soient rétablis con-

formément aux proportions normales. Le P. I. est alors indiqué comme je viens de le décrire.

Quand la hauteur naso-mentonnaire est augmentée la recherche du P. I. pose un problème qui ne peut être résolu qu'en recourant parfois aux plus délicates méthodes de diagnostic. Le P. I. est objectivé par une tête d'épingle fixée dans une maquette de cire correspondant à l'arcade supérieure ou inférieure, selon les besoins.

Après avoir reconnu les dystopies des incisives dans les trois sens par rapport au P. I., on peut, avec certitude, examiner les autres régions dentaires, alvéolaires et maxillaires avec les méthodes habituelles.

Il est aisé de concevoir maintenant que la prédétermination du P. I. ne peut être obtenue qu'en utilisant les rapports et proportions faciales dont la constance est conforme aux données des artistes, des anthropologistes, des orthopédistes, en fonction de l'individualité morphologique et du volume facial.

EN CONCLUSION. — Le diagnostic des dysmorphoses que nous pratiquons couramment en trois temps, selon les sens, en trois temps, selon l'articulation temporo-mandibulaire, la face, la cavité buccale, doit être précisé de la recherche du P. I. parce qu'il est commun à chacun d'eux.

Sa précision est indispensable pour la certitude du diagnostic. Si la constance des rapports antéro-postérieurs et transversaux établis par le Dr Izard et l'égalité des étages nasal et buccal sont les meilleurs critères de normalité que nous possédons aujourd'hui pour comparer les dysmorphoses, ce n'est qu'à condition de prendre les mensurations en partant du P. I. morphologique, esthétique, individuel.

Le P. I. et le raphé sont les lieux géométriques qui nous permettent la juxtaposition de l'arcade pathologique, ainsi que je l'ai déjà exposé avec Paul Liskenne.

J'estime que ce procédé est obligatoire pour les débutants parce qu'il est très positif. Et c'est pourquoi les élèves de l'École Dentaire de Paris y sont initiés. Il est aussi le moyen pragmatique auquel on a recours quand les indices morphologiques s'écartent trop des dimensions organiques individuelles. J'engage vivement ceux qui craignent que la prédétermination des arcades, à partir du P. I. est compliquée, à connaître cette technique si simple, n'exigeant aucune instrumentation particulière ni coûteuse, et à réserver leur jugement.

Alors que la prophylaxie et la recherche des dysmorphoses au début de leur formation préoccupe les gardiens de la Santé publique, il importe que leurs conseillers se méfient des statistiques établies sur des diagnostics obtenus avec des moyens universels, sans doute, mais insuffisants. En orthopédie dento-faciale, un diagnostic est ou n'est pas complet, c'est-à-dire exact ou faux ! Aujourd'hui, on ne l'improvise pas !

REVUE ANALYTIQUE

PLANAS DE FARNÉS-PIERA. — **Le rhumatisme en relation avec les foyers septiques dentaires.** (*Anales Espanoles de Odontocestomat.*, n° 9, 1943 ; *Revue de Stomat.*, janvier 1944).

Le désir de conserver à ses malades le plus possible de dents est la cause fréquente d'infections focales et de leurs conséquences. Quelle que soit la technique employée pour soigner et remplir les canaux radiculaires, les résultats sont très incertains et l'infection détermine un granulome apical qui diffusera ses germes et leurs toxines dans tout l'organisme.

Les arthropathies d'origine focale sont fréquentes et ont une évolution progressive résistant aux traitements les mieux dirigés et elles aboutissent souvent aux déformations et aux ankyloses. Les signes locaux articulaires sont plus manifestes que les signes généraux, cependant on note des poussées fébriles. Pas de complications cardiaques. Un signe de valeur est la rapidité de la sédimentation. L'anémie est légère avec leucocytose modérée ou mononucléose relative. Les petites articulations sont les plus souvent touchées puis la colonne vertébrale ; les masses musculaires peuvent aussi être atteintes. Ces atteintes rhumatismales commandent l'extraction de toute dent pyorrhéique et de toute dent présentant un granulome. Une recrudescence des arthropathies peut suivre l'intervention, c'est généralement un signe favorable. P.V.

VEAU et TURPIN — **Bec-de-lièvre et syphilis.** (*Académie de Médecine*, 26 sept. 1944).

Dans l'étiologie du bec-de-lièvre, il est classique de reconnaître au tréponème une part importante. Mais, d'autre part, une conception nouvelle est née avec l'étude des chromosomes de la cellule génératrice. Les auteurs recherchent ce que serait la valeur de l'action de la syphilis dans cet étiologie. Les recherches des praticiens, soit dans les services généraux, soit dans les services d'accouchements arrivent au même pourcentage qui serait de 4 % des cas avérés de syphilis.

Ainsi, à la *Maternité*, Baudeloque, sur 46.200 accouchées, il y avait 1923 syphilitiques reconnues et confirmées par les réactions sérologiques et 34 becs-de-lièvre dont un seul cas avait pour mère une syphilitique. Ce chiffre tend à démontrer que cette malformation ne s'observe pas avec prédominance dans les cas de syphilis récente ; tout au plus pourrait-on dire que le bec-de-lièvre se rencontrerait chez des hérédo-syphilitiques. D'ailleurs, le traitement prophylactique de la syphilis se montre peu efficace. Enfin, il est à noter que le bec-de-lièvre s'observe assez fréquemment chez un grand nombre d'espèces animales chez lesquelles la syphilis n'existe pas.

En face de tous ces faits, la théorie génétique semble prendre une réelle valeur. P.V.

HERPIN (A.). — **Les accidents de la dent de sagesse.** (*Académie de Médecine*, 26 septembre 1944).

Les accidents de la dent de sagesse sont sous la dépendance des mêmes conditions étiologiques que ceux de la dentition temporaire. Plus précis dans leur localisation, ils le sont aussi dans leur cause. Le défaut de parallélisme dans l'évolution des éléments du système masticateur détermine au niveau de cette dent un manque de place entre la seconde molaire et le bord antérieur de la branche montante ; ce manque de place, dans les cas favorables, est compensé par une inflexion en dedans de l'arcade et la dent de sagesse vient se loger à la face interne de l'os ; mais au lieu de cette inflexion en dedans peut se produire le maintien de la direction générale de l'arcade et même une déviation en dehors ; dès lors, la dent ne peut trouver la place nécessaire à son évolution et sa présence insolite provoque des réactions qui se traduisent par des accidents graves. P.V.

DUFOURMENTEL. — **Reconstitution totale des lèvres de l'orifice buccal.** (*Société des Chirurgiens de Paris*, 21 juillet 1944).

M. Dufourmentel rapporte au nom de M. Ginestet une technique de réfection de grande mutilation de la face comprenant la lèvre supérieure qui fut reconstituée par un lambeau tubulé pris sur l'abdomen et amené progressivement en place par passage sur l'avant-bras.

FABRE (L.). — **L'ostéomyélite aiguë du maxillaire supérieur chez le nourrisson.** (*Gazette des Hôpitaux*, 15 mars 1945).

C'est une affection relativement rare. On l'observe presque exclusivement chez le nourrisson, aussi les circonstances étiologiques propres à cet âge sont-elles primordiales : difficultés d'accouchement, infections des voies génitales maternelles, éruption des dents de lait, suppuration conjonctivale, dacryocystite suppurée.

Les germes les plus fréquemment rencontrés sont des cocci, germes étiotifs de l'ostéomyélite. L'infection est fréquemment mono-microbienne dans les formes aiguës, polymicrobienne dans les formes chroniques.

La richesse de son irrigation explique la résistance à l'infection de l'os maxillaire supérieur. Cependant, chez le nourrisson certains facteurs embryologiques et anatomiques font que l'infection ostéomyélique s'y localise avec une relative fréquence.

La clinique de cette affection est caractérisée par la rapidité de l'évolution. Il y a coexistence de signes locaux et de signes généraux.

Les signes locaux présentent plusieurs stades : stade congestif, stade de suppuration, stade de fistulisation.

Les phénomènes généraux sont d'intensité très variable, d'allures graves dans la forme septicémique.

L'alimentation est difficile et les troubles digestifs fréquents, dus à la déglutition du pus et cependant le nourrisson a des besoins alimentaires importants ; sa résistance diminuant rapidement avec la difficulté de l'alimentation.

Dans son ensemble, c'est une affection grave, la mortalité étant d'environ cinquante pour cent.

L'évolution est fonction du drainage et de la thérapeutique adjuvante. Dans les cas favorables, la récupération esthétique est bonne ; la denture, par contre, est définitivement compromise, un certain nombre de follicules dentaires étant détruits et expulsés. Le diagnostic est assez facile ; seule la gomme syphilitique du palais peut prêter à confusion mais l'absence de phénomènes généraux et l'existence d'autres manifestations syphilitiques permettent la différenciation.

Le traitement sera de deux sortes : méthodes thérapeutiques, méthodes chirurgicales.

Les méthodes thérapeutiques sont ou des adjuvants ou des moyens anti-infectieux. Les premiers consistent à combattre les troubles digestifs et à surveiller l'alimentation qui est très difficile.

Les moyens anti-infectieux sont la sérothérapie, l'anatoxinothérapie et l'immunotransfusion.

La chimiothérapie par les dérivés sulfamidés soit seuls, soit associés à l'iode, doit rendre de grands services.

Les méthodes chirurgicales ont pour but d'assurer le drainage, de pratiquer l'ablation des tissus nécrosés ou mortifiés, de mettre à plat le foyer. P.V.

MAIGNEN (M. F.). — **Le rôle des apports alimentaires de calcium et de potassium dans la régulation des activités fonctionnelles. Applications aux restrictions alimentaires.** (*Société de Pathologie comparée*, Paris, 11 juillet 1944).

Le calcium est un excitant du sympathique et le potassium du parasympathique. Or, le calcium étant fourni à l'économie par la viande, les laitages et le potassium par les pommes de terre, il en résulte que la ration actuelle est déficiente en calcium et surabondante en potassium d'où un déséquilibre parasympathique avec prédominance du parasympathique. Cet état parasympathicotonique peut donner des troubles intestinaux (coliques avec diarrhée), un état lipothermique avec tendances à la syncope, des troubles vaso-moteurs (doigts morts).

La prise aux repas de calcium amène en quelques jours la disparition de ces troubles de carence. Le calcium est indispensable au chimiofactisme leucocytaire ; sa déficience peut favoriser la production de suppuration, abcès, furoncles, que le traitement calcique fait disparaître.

La polyurie, due à l'excès de potassium, est à la fois la conséquence de la vagotomie (le pneumogastrique étant le nerf excito-sécréteur du rein) et de l'action diurétique des ions potassium au moment de leur élimination. Le traitement calcique agit très bien sur la première cause mais est sans influence sur la seconde. P.V.

MARTIN et REBOUL. — **Staphylococcie de la face guérie par des injections de Pénicilline associées à un traitement sulfamidé.** (*Paris-Médical*, juin 1944).

Les auteurs rapportent la guérison d'une staphylococcie grave de la face par des injections locales de Pénicilline. La douleur s'atténue rapidement dans les heures qui suivent l'application du produit ; la température s'abaisse également avec rapi-

dité et l'état général s'améliore très vite. En deux ou trois jours les symptômes locaux régressent et l'on assiste le plus souvent à une résorption des collections locales sans suppuration et la guérison se fait sans cicatrice.

MARTIN, SUREAU et VITTOZ. — Anthrax de la lèvre supérieure avec trainée de lymphangite sur la joue guérie par des injections locales de Pénicilline. (*Paris-Médical*, juin 1944).

Les auteurs rapportent un cas d'anthrax de la lèvre supérieure à évolution extensive grave traitée avec succès par injections locales de Pénicilline. L'injection étant douloureuse, les auteurs associent à la Pénicilline de la novocaïne à 2 %. De plus, il est préférable de faire un traitement général sulfamidé en même temps que le traitement local à la Pénicilline. P.V.

BIBLIOGRAPHIE

D^r BONNET-ROY. — *Balzac, les Médecins, la Médecine et la Science*, (1 vol, 206 p., orné de quatre portraits en héliogravures. — Editions des *Horizons de France*, — Paris 1945.)

Notre ami et collaborateur Bonnet-Roy vient de consacrer à Balzac un important ouvrage, conçu pendant les longues soirées de ces dernières années si sévères. Etudiant le grand romancier sous l'angle de ses rapports avec la médecine et la science, il a recueilli avec une sûre méthode tout ce que son œuvre et sa correspondance contiennent de faits et d'idées scientifiques, pour en tirer un exposé particulièrement attrayant.

Si, comme il le remarque fort justement, parmi les deux mille acteurs de la *Comédie humaine*, les médecins sont moins pittoresques que les hommes de loi, les aigrefins et les financiers, ils sont néanmoins extrêmement variés par leurs caractères et leurs origines, et il s'attache à identifier ceux qui figurent dans presque tous les romans de Balzac : les Horace Bianchon, les Bénassis, les Desplein sont marqués de traits qui ont permis de reconnaître dans ces personnages, qui nous sont devenus familiers, les portraits plus ou moins poussés et ressemblants de médecins contemporains du romancier.

Parlant des cas pathologiques, exposés la plupart du temps par Balzac avec une parfaite rigueur clinique, Bonnet-Roy signale que, parfois, ils sont traités au contraire avec une fantaisie qui déconcerte. Mais ne serait-ce pas là malice plus ou moins voulue de romancier, désirant par son imprécision même laisser son lecteur dans l'incertitude, et lui donner ainsi, une fois le livre fermé, matière à rêverie ?

L'auteur montre enfin combien les idées de Balzac ont évolué : d'abord féru des conceptions de Cuvier, il s'est rallié, par la suite, à la théorie unitaire de Geoffroy Saint-Hilaire. D'autre part, il n'a jamais manqué à « s'emballer » pour les idées avancées, surtout quand elles possédaient ce caractère qui flatte l'amour du merveilleux que chacun porte peu ou prou au plus profond de soi-même.

La place qui nous est mesurée, ne nous permet pas d'analyser comme il le mériterait le livre de Bonnet-Roy, qui se termine par l'étude de la maladie à laquelle devait succomber Balzac à l'âge de 51 ans. Disons cependant encore qu'il dégage avec maîtrise « l'aspect d'observation et la faculté d'intuition de Balzac, mise au service de l'étude des problèmes médicaux et scientifiques qu'il évoquait à la fois en psychologue et en critique. »

L'ouvrage de Bonnet-Roy, qui par lui-même nous incite à relire la *Comédie humaine*, sera lu avec le plus grand intérêt par tous ceux qui sont attirés et retenus par le puissant génie qu'est Balzac qui « creuse et sonde l'homme, l'âme, le cœur, les entailles, le cerveau, l'abîme que chacun a en soi. » (1)

Henri DREYFUS.

(1) Victor Hugo. — *Discours prononcé aux obsèques de Balzac*, cité par André Billy.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 16 janvier 1945

La séance est ouverte à 20 h. 30, sous la présidence du Dr DÉLIBÉROS qui, après son allocution inaugurale, donne la parole au Professeur LEMAITRE, pour sa communication : *Considérations pratiques de cancérologie pour l'Odonto-Stomatologie*.

Les différents moyens thérapeutiques : chirurgie, électro-coagulation, bistouri électrique, curiethérapie, roentgenthérapie, ont des actions variables suivant la nature des tumeurs. C'est pourquoi le conférencier insiste sur le gros intérêt d'un diagnostic précis et précoce.

Il expose ensuite une classification de ces tumeurs et cite les adénopathies des épithéliomas pavimenteux et des glandes en mentionnant la difficulté d'un diagnostic précoce en ce qui concerne ces dernières. Il indique les différentes formes cliniques d'évolution de ces tumeurs : forme végétative à grosse adénopathie et forme térébrante où le maxillaire est littéralement rongé et où un gros envahissement osseux est de règle. Il insiste ensuite sur le fait que dans le sarcome il n'y a pas d'adénopathie à l'exception du lympho-sarcome.

La parole est donnée ensuite à M. PIERSON pour sa communication : *Note sur l'utilisation de certains corps oligodynamiques dans la thérapeutique des dents infectées*.

L'auteur rappelle certains faits essentiels concernant le renforcement du pouvoir bactéricide de l'argent métallique et notamment l'importance de l'aire de contact qui est en fonction de la division du métal.

Pour obtenir le maximum d'activité bactéricide, l'auteur a utilisé des préparations composées de précipités inertes par eux-mêmes mais extrêmement fins et dont les grains, beaucoup plus ténus que les plus petits grains d'argent métallique que l'on puisse obtenir, ont été argentés par un procédé chimique.

Expérimentées au laboratoire sur des colonies de coli-bacilles et de staphylocoques, ces préparations agissent comme bactériostatiques.

Expérimentées cliniquement, elles ont permis la stérilisation, contrôlée bactériologiquement, de canaux dentaires profondément infectés en rapport avec de volumineux foyers périapicaux.

L'auteur présente une observation détaillée et des radiographies de contrôle parmi douze observations qu'il possède. Appliquée à douze cas présumés difficiles, la méthode a permis d'enregistrer dix succès et deux échecs.

Prendent part à la discussion : le Prof. LEMAITRE, le Dr ROLLAND, M. LENTULO.

Le Secrétaire général : M. RIVAUT.

Séance du 6 février 1945

La séance est ouverte à 20 h. 30, sous la présidence du Dr DÉLIBÉROS qui donne la parole à M. MAZARS.

Le conférencier nous présente un *Cas de fistule cutanée d'origine dentaire* qui fut d'abord traité comme un furoncle en septembre 1943. Puis, ayant changé de médecin, le malade subit un traitement antisyphilitique. Ce n'est qu'en juin 1944 que le diagnostic définitif fut établi au Service de Chirurgie de l'Ecole Dentaire de Paris.

Après extraction, la fistule disparaît, laissant une légère cicatrice. Il est regrettable que les médecins consultés n'aient pas pratiqué un examen endo-buccal. Le diagnostic était facile, puisque le trajet fistuleux était gainé de tissu fibreux assez dense.

Prendent part à la discussion : MM. le Dr ROY, BARTHÉLÉMY DE MAUPASSANT et Dr DÉLIBÉROS.

La parole est ensuite donnée au Capitain Dr. CONVERSE, du Corps de Santé de l'Armée Américaine, pour sa *Présentation d'interventions maxillo-faciales pratiquées en Angleterre et en Afrique du Nord*.

Il nous présente un film fort intéressant sur les interventions chirurgicales avec apports de petits greffons osseux. Les travaux des Français Leriche et Policart ont servi de base à cette méthode. Greffes, transports tubulés et interventions prothétiques alternant pour améliorer l'état de ces grands mutilés de la face.

Dans des cas difficiles, des broches externes permettent d'assurer la contention des différents fragments du maxillaire. M. P. Housset demande quelques précisions au Dr CONVERSE, après la présentation du film, sur l'application de ces broches et en demande la description. Il s'agit de broches de section triangulaire en acier inoxydable ; leur écartement est réglable grâce à une vis de Jack.

Le Dr ROLLAND prend part également à la discussion.

M. GABRIEL prend ensuite la parole pour sa communication : *Contribution à l'étude de l'Ozone*.

L'auteur présente une étude théorique sommaire sur la chimie de l'Ozone. Après une revue des propriétés chimiques, physiques et thérapeutiques de ce gaz, il insiste plus particulièrement sur son emploi en odonto-stomatologie, faisant deux chapitres distincts de son emploi : a) odontologique ; b) stomatologique.

Après avoir précisé les indications de l'ozone pour le traitement des dents infectées en particulier, l'auteur met en garde contre une méthode trop systématisée. L'ozone ne saurait devenir une panacée thérapeutique, et en aucun cas ne peut dispenser de l'observation des règles classiques pour le traitement des infections apicales et péri-apicales.

L'ozone semble trouver une place de choix dans une thérapeutique odonto-stomatologique renouvelée, à condition d'en poser les indications rigoureuses. Enfin, son emploi est intéressant pour le traitement de l'hyperesthésie dentinaire.

Prennent part à la discussion : MM. le Dr ROY, Dr ROLLAND, Dr DÉLIBÉROS, RIVAUD, HOUSSET et MONTEIL.

La séance est levée à 22 h. 45.

Le Secrétaire général : M. RIVAUD.

Séance du 6 mars 1945

La séance est ouverte à 20 h. 45, sous la présidence du Dr DÉLIBÉROS, qui donne la parole au Dr Clément SIMON pour sa conférence : *Sur les Cheelites*.

Après l'énumération des signes, le conférencier nous indique ce qui doit être éliminé pour le diagnostic différentiel : lésions blanches (lichens plans, leucoplasie), éruptions bulbeuses sous toutes leurs formes, syphilis, tuberculose, etc...

Les cheelites ou labialites, manifestations eczémateuses, peuvent être de deux sortes : diathésiques ou de causes locales. Locales, elles peuvent être chimiques ou microbiennes. L'éosine, dans le rouge à lèvres provoquerait la sensibilisation, alors que dans la pâte dentifrice le salum serait incriminé.

L'auteur donne ensuite les causes microbiennes et indique qu'il est indispensable de supprimer ces causes pour obtenir une guérison par un traitement. Parmi les traitements indiqués nous citerons les lavages au Végatol (dix fois son volume d'eau) et ensuite recouvrir de pommade à l'oxyde jaune de mercure. Il termine en disant que si le diagnostic étiologique est facile, le diagnostic causal est plus délicat, et il faut apporter tout son soin à l'interrogatoire du malade.

La parole est ensuite donnée au Dr ROY, qui nous présente sa communication : *La disjonction des maxillaires supérieurs et ses résultats*. Il s'excuse de nous présenter tardivement le travail qu'il avait préparé pour 1939, mais les événements ne lui ont pas permis de faire cette conférence plus tôt.

Après un exposé historique de ce mode de traitement — dont Huet, de Bruxelles, fut un des promoteurs — au cours duquel il signale que la première disjonction observée le fut accidentellement au cours d'un redressement par Angell, de San-Francisco, en 1860, l'auteur présente dix cas qu'il a traités par cette méthode. Il indique qu'il a modifié la technique de Huet en prenant point d'appui non seulement sur les dents, mais aussi sur les bords alvéolaires, au moyen de deux gouttières d'argent coulé, sur les blocs molaires et prémolaires, et réunis par une vis de Jack. Les gouttières scellées, il procède à l'écartement progressif qui amène la disjonction en moins de 48 heures et, voyant ensuite les enfants deux fois par jour, il poursuit l'élargissement de la voûte palatine jusqu'à la dimension désirée. Le vérin est alors immobilisé pendant trois mois, au bout desquels la consolidation est effectuée.

L'auteur présente les radiographies successives et les moulages des dix cas traités qui permettent de suivre les différents temps de cette opération.

De l'ensemble de ses observations, le Dr ROY conclut que : 1° La disjonction des maxillaires permet d'obtenir en quelques jours un élargissement important de la voûte palatine et du plancher nasal qui, en donnant très rapidement la place nécessaire au bon arrangement des dents sur l'arcade, apporte immédiatement une amélioration très notable et définitive de la respiration nasale avec une amélioration corrélative importante de la vitalité générale des enfants ;

2° La consolidation de la symphyse étant absolument complète au bout de trois

mois, l'élargissement obtenu, s'il est maintenu durant ce temps, est absolument définitif sans aucune possibilité de régression ultérieure ;

3° Les radiographies présentées permettent de voir que *sans qu'il ait été besoin d'aucune action orthopédique pour cela*, les deux incisives centrales, fortement séparées l'une de l'autre par la disjonction, reviennent spontanément au contact l'une de l'autre avec ossification parfaite de la cloison inter-alvéolaire ;

4° Comme en font foi les moulages présentés, les critiques formulées contre la disjonction sont sans aucun fondement, mais il reste entendu que cette opération ne dispense pas des autres interventions complémentaires qui peuvent être indiquées dans chaque cas considéré.

Prennent part à la discussion : MM. BEAUREGARDT, H. VILLAIN, D^r BONNET-ROY, RIVAULT, MONTEIL, DIGNAC.

La parole est ensuite donnée à M. CECCONI pour sa communication : *Causes d'accidents dans la coulée des métaux*.

L'auteur envisage successivement tous les métaux employés et indique l'influence des chauffages exagérés. Il substitue à la gaine cylindrique, pour sa mise en revêtement, une gaine tronconique, qui a le double avantage de faciliter la mise en revêtement (le revêtement coulant mieux sur les parois et chassant en son centre l'air qui ne risque pas de provoquer des bulles) et de répartir d'une meilleure façon le revêtement autour de la pièce à couler.

Prennent part à la discussion : MM. PIERSON, MARGUERITE, RIVAULT, MAZARS.

La communication de M. MAZARS est reportée à la prochaine séance.

La séance est levée à 23 heures.

Le Secrétaire général : M. RIVAULT.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 27 juin 1944

La séance est ouverte à 20 h. 10, sous la présidence de M. André BOUCHER.

La parole est donnée à M. HOUSSET, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris, pour sa communication : *Gencives artificielles amovibles*.

L'auteur reprend le problème des rapports des travées de pont fixe avec la gencive. Il montre que dans les cas de grande hauteur d'occlusion il est possible d'utiliser pour un pont supérieur antérieur, des couronnes de porcelaine complètes dont la transparence offre un si grand avantage esthétique, tout en plaçant au contact de la gencive une base de porcelaine comme dans les pontics. La poutre de résistance métallique, support de ces porcelaines, présente une disposition particulière qu'il décrit.

Il aborde ensuite la question des gencives artificielles, celles qui sont fixes ou attenantes à la porcelaine coronaire ne résolvent pas tous les problèmes. L'auteur montre le grand intérêt des gencives amovibles, en porcelaine ou en matière plastique synthétique, qui sont placées sous l'armature du pont. Celle-ci présente une forme qui assure la stabilité de la gencive artificielle. L'action des muscles *jugaux et labiaux* empêchant le déplacement horizontal. La rétention d'ordre musculaire peut, dans certains cas, être complétée par un dispositif tubulaire simple. Cette gencive amovible convient non seulement dans les cas de grandes résorptions osseuses, mais aussi dans ceux où il faut combler le vide formé par la résection d'une ou de plusieurs racines. D'autres cas, atypiques, sont décrits.

La parole est ensuite donnée à M. le D^r RAISON, stomatologiste des Hôpitaux de Paris, pour sa communication : *Réflexions sur les stomatites et les paradentoses*.

L'auteur essaie de montrer la symétrie qui existe entre l'évolution clinique des stomatites et des paradentoses.

Il insiste sur la phase initiale congestive de ces deux infections qui est due à un trouble circulatoire capillaire.

Il rend compte des résultats obtenus par le traitement de certaines stomatites par des antihistaminiques et conclut à la nécessité de reprendre le problème des lésions du périodonte d'une façon plus large.

La séance est levée à 21 h. 50. Le Secrétaire des Séances : Jacques CRÉTENET.

Séance du 24 octobre 1944

La séance est ouverte à 20 h. 30, sous la présidence de M. André BOUCHER.

La parole est donnée à M. DUBOIS-PRÉVOST, chirurgien-dentiste, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris, pour sa communication : *Le terrain dentaire, sa vitalité ; ses dérivations évolutives et pathologiques* (projections). M. DUBOIS-PRÉVOST met en évi-

dence la vitalité de l'organe dentaire et insiste sur le fait que les différents tissus de cet organe sont intimement liés les uns aux autres et qu'ils ne doivent pas être soignés séparément. Il prouve que les lésions profondes précédaient les lésions apparentes et que l'invasion microbienne se faisait toujours après une décalcification du tissu ; c'est-à-dire dans un terrain affaibli, où les microbes viennent se fixer et de là ressort l'importance que présente le terrain dentaire.

De magnifiques microphotographies nous montrent que l'histologie dentaire est devenue une science exacte, apportant à l'édification des théories nouvelles, des méthodes de traitement les plus précises.

La parole est ensuite donnée à M. le D^r DUFOURMENTEL, membre de l'Académie de Chirurgie, pour sa communication : *Les soins immédiats des grandes blessures faciales* (Projection d'un film).

Le D^r DUFOURMENTEL, en un exposé écourté par les nécessités de l'heure, précise le rôle du médecin et du chirurgien-dentiste dans le traitement des blessures de la face.

Trois préoccupations principales : 1^o Eviter l'infection ; 2^o Eviter l'hémorragie ; 3^o Permettre les fonctions de respiration et d'alimentation.

En ce qui concerne l'infection, la toilette de la plaie suffira.

Le film qui nous est présenté par l'auteur nous démontre : que l'on peut arrêter l'hémorragie, soit en ligaturant les vaisseaux coupés, soit en comprimant la plaie jusqu'à ce qu'il y ait coagulation du sang, qu'il est assez facile d'éviter la gastrostomie en se servant d'une sonde de Nélaton et que les risques d'asphyxie sont écartés si on traverse la langue du patient par un fil qui servira à la tirer au dehors.

Enfin, grâce à une canule nasale les blessés pourraient facilement s'alimenter.

La séance est levée à 22 h. 30.

Le Secrétaire des Séances : Jacques CRÉTENET.

Séance du mardi 23 janvier 1945

La séance est ouverte à 20 h. 30, sous la présidence de M. André BOUCHER.

Le président donne la parole à M. CRÉTENET pour la lecture du procès-verbal de la séance d'octobre qui est mis aux voix et adopté. Le Secrétaire général fait connaître les noms des 40 nouveaux confrères ayant posé leur candidature comme membres actifs de la S. O. F. Ces candidatures sont acceptées à l'unanimité. Puis la parole est donnée au D^r Gérard MAUREL, stomatologiste des Hôpitaux de Paris, pour sa communication : *Fractures de l'os malaire et de l'arcade zygomatique.*

L'auteur présente une étude originale, fruit de son expérience clinique appuyée sur un grand nombre de cas qu'il a pu observer personnellement.

Il étudie spécialement les fractures isolées, fractures partielles de l'os malaire et du zygoma. Après un rappel anatomique au cours duquel il insiste sur les insertions des muscles masticateurs et sur les nerfs passant au voisinage de la région antéro-postérieure pour l'os malaire, de dehors en dedans pour le zygoma, l'auteur aborde l'étude clinique. Etiologiquement, il s'agit de fractures de cause directe, la direction du traumatisme et la violence du choc considérable pour l'os malaire, quelquefois minime pour le zygoma. Cliniquement, le signe patho-gnomonique des fractures du zygoma habituellement doubles est la dépression rétro-malaire accompagnée de trismus, pas de signes nerveux ou oculaires concomitants. Pour ce qui concerne les fractures de l'os malaire, il s'agit d'un enfoncement de la pommette également accompagné de trismus. Les signes concomitants, tels que duplopie, l'anesthésie du territoire du nerf maxillaire supérieur sont fréquents. Dans toutes ces fractures, il ne faut compter ni mobilité anormale, ni crépitation ; les autres signes, tuméfaction, douleurs locales, sont moins importants. La radio d'une lecture difficile pour l'os malaire est plus explicite pour le zygoma dont certaines positions montrent les lésions.

Dans l'étude thérapeutique, l'auteur distingue le traitement des fractures du zygoma de celles de l'os malaire. Dans le premier cas, le procédé de choix consiste dans la réduction chirurgicale pratiquée par une incision à distance dans la région temporale avec suture immédiate des téguments ; la réduction sera maintenue par une mise en bouche bloquée provisoirement mise en place. Pour l'os malaire, après avoir rappelé le procédé de réduction de Duchange, l'auteur indique sa propre technique : réduction avec le davier de Farabœuf avec prise dans la région au-dessus du rebord orbitaire inférieur d'une part et dans le sillon vestibulaire d'autre part, réduction qu'il n'est pas nécessaire de faire suivre de contention. Il rappelle d'autres procédés, crochet de Freydel, ostéo-synthèse.

Dans les fractures anciennes, une intervention chirurgicale avec libération plus complète de l'os peut être nécessaire.

Après cette étude complète des fractures partielles, l'auteur rappelle les fractures de l'os malaire et du zygoma, les fractures zygomato-malaires associées aux grandes

fractures du maxillaire supérieur (disjonction cranio-faciale). Il termine par quelques notions sur les fractures comminutives de la région (fractures de guerre, plaies des parties molles, perles de substance) nécessitant ultérieurement des plasties plus ou moins complexes.

Le Président remercie le Dr Gérard MAUREL de cette intéressante communication et cette courte séance précédant l'assemblée générale est levée à 21 h. 30.

Le Secrétaire général : Robert DUPONT.

Assemblée générale du 23 janvier 1945

Séance ouverte à 21 h. 30, sous la présidence de M. André BOUCHER.

Il ne peut être statué sur une proposition de modification de l'article 3 des Statuts, le quorum n'étant pas atteint. Elle est remise à une séance ultérieure.

Rapports de MM. DUPONT, secrétaire général ; Dr MAUREL-GÉRARD, directeur de la *Revue Odontologique de France* et de M. BLAISOT, trésorier.

Attribution à l'unanimité de la médaille d'argent de la S. O. F. à M^{lle} Yvonne NEVEU.

Le Bureau pour l'année 1945 est élu comme suit : *Président* : M. DELARRAS ; *premier Vice-Président* : Dr RACHET ; *deuxième Vice-Président* : M. P. FOUQUES ; *Secrétaires généraux adjoints* : M^{lle} Y. NEVEU et M. ROLLAND ; *Trésorier adjoint* : M. PUGIN ; *Secrétaire des séances* : M. CRÉTENET.

La séance est levée à 22 h. 40. *Le Secrétaire général : Robert DUPONT.*

Séance du 27 février 1945

Président : M. Georges DELARRAS.

Le nouveau Président, M. DELARRAS, au cours de son allocution, rend hommage à ses collègues du Bureau : M. le Dr RACHET et M. Pierre FOUQUES, pour le geste qu'ils ont eu à son égard, honorant ainsi la totalité des Confrères prisonniers en Allemagne. Il présente ses Collègues du Bureau et développe le programme qu'il désire appliquer pour le rayonnement de notre Société. Puis M. J. FILDERMAN, professeur à l'Ecole Odontotechnique, montre au cours de sa conférence : *La paradentose est-elle guérissable*, que tous les individus sauf de rares exceptions doivent perdre leurs dents avec l'âge. A la base de l'étiologie de la paradentose, il y a toujours un phénomène physiologique qui n'existe pas lors d'une véritable maladie. Dès qu'une dent disparaît, il y a immédiatement commencement de résorption des tissus périodontaires des dents voisines. Lorsque l'état général est en cause il se manifeste par des phénomènes précis qui n'échappent ni au médecin, ni au malade. En revanche, les causes locales jouent un rôle primordial d'une étiologie de la paradentose. Elles sont mécaniques, infectieuses, chimiques et biologiques. En agissant sur ces causes locales on peut retarder l'apparition de la paradentose, ou en ralentir l'évolution, mais sans jamais la supprimer complètement, c'est-à-dire en obtenir la guérison, la paradentose étant essentiellement et par définition un phénomène physiologique et, par conséquent, inévitable et inguérissable.

Au cours de la discussion qui suit cette intéressante communication, prennent successivement la parole : M. FOURQUET, M. le Dr ROY, M. le Dr RACHET, Dr GOLDSTEIN.

Le Président remercie le Conférencier et les argumentateurs et donne la parole à M. CLAUDEL pour sa communication : *L'Analgésie et l'Anesthésie au protoxyde d'azote*.

Dans cette intéressante causerie, l'auteur démontre que le protoxyde d'azote est l'anesthésique général de choix pour le cabinet dentaire. Son innocuité est à peu près absolue, son action et son élimination sont rapides.

La découverte de nouvelles techniques d'administration et les perfectionnements apportés aux appareils ont étendu considérablement le champ d'utilisation de cet anesthésique en Art dentaire : anesthésie de courte et de longue durée et l'analgésie pour prévenir la douleur dans les cas de fraisages, meulage des dents, etc...

L'analgésie, dont les principes fondamentaux sont : 1° de supprimer la douleur ; 2° de laisser le patient éveillé, s'obtient et se maintient par l'addition d'air et d'oxygène au protoxyde d'azote dans les proportions de 15 à 30 % suivant le patient. Son contrôle est réalisé par la conversation du patient et ses réactions au travail opératoire.

Le Président remercie M. CLAUDEL de cette intéressante communication et regrette que l'heure tardive empêche toute discussion.

La séance est levée à 22 h. 40. *Le Secrétaire général : Robert DUPONT.*

Séance du 23 mars 1945

Président : M. Georges DELARRAS.

La séance est ouverte à 20 h. 45.

Sont admis à l'unanimité comme nouveaux membres de la S. O. F. : M^{me} RÉGENT MM. DELAMARRE et P. FOURNIER.

Le Président donne ensuite la parole au D^r BARRI, qui traite de : *L'anesthésie du nerf maxillaire inférieur au trou ovale par voie intra-buccale.*

L'auteur, après avoir donné les indications de l'anesthésie régionale du nerf maxillaire inférieur au trou ovale expose sa technique.

Cette anesthésie se fait avec une solution de novocaïne à 5 %, une seringue de Luer et une aiguille de Pauchet de 6 centimètres de longueur qui présente une petite boule soudée à 4 cm. 5 de l'extrémité. On enfonce cette aiguille au niveau de l'apex distal de la deuxième grosse molaire supérieure en direction du bord supérieur du conduit auditif externe et en dedans vers la protubérance occipitale externe. Elle forme un angle de 20° avec le plan de Camper et rencontre le nerf à la profondeur de 4 cm. 5. A ce moment, on peut presser la solution anesthésique.

Le D^r CAMENA D'ALMEIDA prend part à la discussion.

Le Président après avoir remercié le D^r BARRI donne la parole au D^r BAUDOUIN qui montre que : *Les hémorragies en stomatologie par troubles de la coagulation sanguine peuvent être* : spontanées (ecchymoses buccales, hématoses, gingivorragie) les plus importantes sont provoquées par trauma, le plus souvent à la suite d'interventions chirurgicales.

Elles ont comme caractères de survenir d'emblée, hémorragies en nappe bavant, envahissant toute la plaie opératoire, durables parfois incoercibles, résistant aux moyens habituels d'hémostase, récidivantes et pouvant amener la mort du sujet, même lorsqu'il s'agit d'une simple extraction dentaire. Leur cause réside dans l'insuffisance ou l'imperfection des éléments de coagulation que renferme normalement le sang. Ils appartiennent à l'hémophilie, à l'hémogénie ou à une diathèse hémogénio-hémophilie, d'où moyen de dépistage par l'interrogatoire du passé familial et personne au point de vue hémorragipare du sujet et par l'examen sanguin (temps de coagulation, temps de saignement) qui peuvent être corrigés par un traitement général aussi bien que curatif. Cependant le traitement local sera de mise (nettoyage de la plaie, application d'hémostatiques biologiques).

Prennent part à la discussion : MM. le D^r BARRI, le D^r RACHET, M. COTTAREL.

Le Président remercie le D^r BAUDOUIN et donne la parole au D^r Pierre ROLLAND qui expose les principales étapes de la découverte de la pénicilline depuis la fameuse observation de Flemming sur le *penicillium notatum*.

Il décrit de façon magistrale les propriétés et les principales indications de ce corps nouveau qui dépasse de beaucoup comme efficacité les sulfamides et il souligne l'évolution de la thérapeutique antiseptique qui, au cours des années, depuis l'époque Lystérienne, a progressivement abandonné les fortes concentrations pour les doses homéopatiques utilisées avec la pénicilline.

S'associant aux félicitations adressées par M. FOURQUET au Conférencier, le Président remercie le D^r ROLLAND de cette intéressante communication et déclare la séance levée à 23 heures.

Le Secrétaire des séances : Jacques CRETENET.

Assemblée générale extraordinaire du 27 mars 1945

Séance ouverte à 20 h. 30, sous la présidence de M. Georges DELARRAS.

M. Robert DUPONT, secrétaire général, expose les raisons qui ont motivé le changement à apporter à l'article 3 des Statuts. Il demande à l'Assemblée de voter cette modification qui est acceptée à l'unanimité.

Il propose que la cotisation soit portée de 80 à 100 francs. Cette augmentation, mise aux voix, est acceptée à l'unanimité.

La séance est levée à 21 h. 10.

Le Secrétaire général : Robert DUPONT.

VARIÉTÉS

L'ARMÉE DEMANDE DES DENTISTES

Dans le *Figaro* du 23 février 1945, M. Georges Duhamel, de l'Académie Française, donnait une chronique sous le titre : *Entretien dans le bruit des armes*.

A la fin de cette très intéressante chronique, M. Duhamel relatait une interview du général de Lattre de Tassigny :

« Je voudrais aussi, dit-il, pendant que je les tiens, faire quelque chose de supramément utile pour leur santé, pour leur corps, pour leur vie temporelle. Je voudrais avoir, par exemple, de bonnes équipes de dentistes et faire soigner à fond la bouche de tous mes hommes. C'est vraiment une chance que nous avons là de leur rendre un grand service... »

Et M. Georges Duhamel qui, chacun le sait, est non seulement écrivain de grand talent, mais également Docteur en Médecine, termine ainsi son article :

« Je songe à ces deux blessés que j'ai traités autrefois. Ils avaient tous deux la cuisse fracturée, avec de grands délabrements. L'un possédait une bonne denture et il s'est tiré d'affaire. L'autre avait la mâchoire gâtée et nous n'avons pu l'empêcher de mourir... Le général de Lattre de Tassigny se prend à faire des projets. Et je commence à chercher en pensée, comment on pourrait seconder de tout cœur cet homme qui veut se lancer dans une œuvre si raisonnable. »

Voici enfin les services rendus par les chirurgiens-dentistes reconnus par l'un des plus vaillants chefs de l'Armée Française et soutenus par l'une des plus grandes figures des Lettres Françaises.

Remercions au nom de la Profession dentaire tout entière ces deux apôtres qui nous consolent de la triste réponse que nous fit un jour un haut dignitaire de la troisième République : « En temps de guerre, les dentistes ne seraient que gêne et embarras pour le Service de Santé. »

Puisse l'appel du Général de Lattre de Tassigny être entendu pour le plus grand bien de nos glorieux soldats.

Henri VILLAIN,

Président de la Fédération Dentaire Nationale.

CENTENAIRE D'HORACE WELLS

Nous ne voudrions pas laisser disparaître ce premier numéro de *L'Odontologie* sans parler, avec un peu de retard il est vrai, de la sympathique manifestation qui s'est déroulée au mois de décembre dernier sous l'égide de la Fédération Dentaire Nationale.

C'était, en effet, pour fêter le Centenaire de la découverte de l'Anesthésie au protoxyde d'azote par le dentiste américain, Horace WELLS, qui eut lieu le 10 décembre 1844, à Hartford, Connecticut, que la Fédération Dentaire Nationale organisa deux journées commémoratives.

Le samedi 9, en matinée, eurent lieu des démonstrations pratiques à l'Ecole Odontotechnique. L'après-midi, M. Henri VILLAIN présida la séance inaugurale dans le Grand Amphithéâtre ; après une minute de silence, il ouvrit la séance par l'Apologie d'Horace WELLS, puis le Colonel RYDER, représentant les dentistes américains, prit la parole ; ensuite, ce fut le tour de M. HALLY SMITH, au nom de l'*American Dental Club of Paris*. Un ordre du jour de sympathie fut alors voté à l'*American Dental Association*. Le Professeur BÉNARD, membre de l'Académie de Médecine, fit ensuite une très savante conférence sur le Protoxyde d'azote, sa préparation, sa technique, etc..., il termina sur cette belle pensée que nous tenons à reproduire : « A l'époque où le monde frémit d'horreur devant l'accumulation des deuils et des ruines que nous vaut la folie d'un peuple, à l'époque où l'on pourrait soutenir avec une apparente vraisemblance que les progrès de la science sont faits pour le malheur de l'homme, il est réconfortant de penser que certains ont consacré et consacrent encore tous leurs efforts et toute leur vie à se pencher sur la souffrance d'autrui, à chercher à soulager ou à guérir. Là s'affirme, depuis l'ère hippocratique, la mission sacrée de notre médecine et, forts de son exemple, nous pouvons dire avec fierté que de beaux jours restent encore à la pensée et à l'action humaines si on sait les maintenir dans la tradition du devoir et dans le culte de

la bonté ». Après l'allocution du Dr SANTERS, le Major DAVIES présenta un très beau film sur l'administration du protoxyde d'azote par voie intra-trachéale.

Le dimanche 10, en matinée, les démonstrations eurent lieu à l'Ecole Dentaire de Paris. Puis, à 11 heures, les confrères se rendirent place des Etats-Unis où une palme fut apposée sur la statue d'Horace WELLS et le Président de la Fédération Dentaire Nationale prononça une courte allocution. Une gerbe fut également posée au nom de l'*American Dental Club of Paris*.

Cette célébration se termina l'après-midi dans le Grand Amphithéâtre de l'Ecole Dentaire de Paris où, sous les auspices de la Société Odontologique de France, la Société d'Odontologie de Paris et l'Association des Chirurgiens-Dentistes Indépendants, des conférences extrêmement intéressantes furent faites par les Drs Marc MAROGER, AMIOT et LAVOINE.

Le Président leva la séance en remerciant les conférenciers et les Sociétés scientifiques et en glorifiant une fois encore la mémoire du grand bienfaiteur que fut Horace WELLS.

BULLETIN

de l'Association Générale des Dentistes de France

LÉGISLATION

NOMINATIONS ET PROMOTIONS PENDANT LA DURÉE DE LA GUERRE DES CHIRURGIENS-DENTISTES ET DES ÉTUDIANTS EN ART DENTAIRE

Le Ministre de la Guerre ;

Vu, etc..... Arrête :

Article premier. — Pendant la durée des hostilités, les chirurgiens-dentistes diplômés, engagés volontaires pour la durée de la guerre, pourront être nommés au grade de dentiste sous-lieutenant dès la signature de leur engagement.

Art. 2. — Pendant la durée des hostilités, les étudiants en art dentaire, engagés volontaires pour la durée de la guerre et titulaires s'au moins quatre inscriptions validées, pourront être nommés dentistes auxiliaires dès qu'ils auront subi avec succès l'examen d'aptitude prévu par le décret du 21 novembre 1925.

Ils pourront être promus dentistes aspirants dès qu'ils auront plus de six mois d'ancienneté dans le grade de dentiste auxiliaire.

Fait à Paris, le 21 mars 1945.

Signé : A. DIETHELM.

ORDONNANCE N° 45-319 DU 3 MARS 1945 RELATIVE A LA FIXATION DES TARIFS DES ASSURANCES SOCIALES POUR LES RISQUES MALADIE ET MATERNITÉ

(*Journal Officiel* du 4 mars 1945).

EXPOSÉ DES MOTIFS

La législation des assurances sociales est muette sur les rapports entre les praticiens et les assurés sociaux pour la fixation des honoraires.

Mais si la loi n'a prévu aucune disposition relative aux honoraires des praticiens, par contre, elle a précisé les obligations des caisses à l'occasion de chaque acte professionnel. L'article 6 (§ 5) du décret-loi du 28 octobre 1935 dispose, en effet, que « la part garantie par les caisses dans le prix de l'acte médical est établie par les caisses compte tenu des tarifs médicaux syndicaux minima pratiqués dans la région ». Il ajoute que cette part « est inscrite dans les conventions à passer entre les caisses et les syndicats professionnels ». En outre, le paragraphe 7 du même article stipule que « la participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité visée ci-dessus est fixée à 20 % ».

Les textes précités n'obligent pas les caisses à établir leur tarif de responsabilité au montant du tarif médical syndical minimum. Mais le législateur espérait certainement que cette identité pourrait être réalisée de façon que l'assuré ne conservât à sa charge qu'une somme égale à 20 % des honoraires versés au praticien. La réalité fut tout autre, surtout au cours des dernières années. La hausse des tarifs d'honoraires, bien que modérée par rapport à la hausse générale du coût de la vie, ne fut pas suivie par une hausse parallèle des tarifs de remboursement. Les caisses, dont la situation financière devenait de plus en plus critique, ne furent pas en mesure d'augmenter leur participation de façon à faire coïncider leur tarif de responsabilité avec celui des honoraires réclamés à l'assuré. Dans certains cas même, l'écart entre les deux tarifs était si élevé que les assurés sociaux étaient fondés à croire que l'assurance sociale devenait sans utilité puisqu'elle était incapable de les couvrir d'une façon normale contre les risques sociaux.

Il apparaît en conséquence indispensable et urgent de modifier les textes actuellement en vigueur.

L'objet général de la présente ordonnance est de déterminer un mode de fixation des honoraires médicaux tel que l'assuré social n'ait effectivement à supporter que la participation laissée à sa charge par la loi sur les assurances sociales, tout en respectant les principes traditionnels de l'exercice de la médecine.

Elle dispose que les tarifs d'honoraires applicables aux assurés sociaux seront désormais établis, pour chaque département, par les syndicats reconstitués des catégories professionnelles de praticiens intéressés. Toutefois, la mise en vigueur de ces tarifs est subordonnée à une homologation par le ministre du travail et de la sécurité sociale, le ministre de la santé publique et le ministre de l'économie nationale. Ces trois ministres peuvent, en cas de refus d'homologation ou si aucun tarif n'a été établi dans le délai d'un mois après mise en demeure, fixer par arrêté le tarif applicable dans le département considéré. En cas de désaccord, il serait statué sur l'homologation ou sur la fixation du nouveau tarif par décret rendu en Conseil d'État.

La réforme ainsi envisagée paraît de nature à concilier les légitimes intérêts du corps médical et ceux des organismes d'assurances sociales. En effet, les principes essentiels du libre choix du praticien et de l'entente directe en matière d'honoraires ne sont pas modifiés. Le nouveau texte tend seulement à faire disparaître les abus injustifiés qui peuvent naître de l'application de l'entente directe entre l'assuré social malade et le praticien. Il prévoit à cet effet, en son paragraphe 6, qu'une commission paritaire, composée en nombre égal de représentants des praticiens et des représentants des organismes d'assurances sociales, peut être appelée, à la requête de l'assuré ou d'un service ou organisme d'assurances sociales, à apprécier dans le cadre départemental ou régional, les motifs de dépassement de tarifs qui pourraient être constatés. Les praticiens seront invités à produire dans ce cas toutes les justifications nécessaires, telles que la situation de fortune de l'assuré, l'importance des services rendus, la notoriété du praticien ou toutes autres circonstances particulières.

L'ordonnance confie à un règlement d'administration publique le soin de déterminer les modalités de son application, particulièrement en ce qui concerne la procédure d'homologation ou de fixation des tarifs. Dans l'établissement de ces modalités, il sera possible de donner à la fois aux praticiens et aux organismes d'assurances sociales toutes garanties complémentaires utiles en prévoyant notamment, et préalablement à l'homologation ou à la fixation du tarif, la consultation par le ministre du travail et de la sécurité sociale, d'une part, des unions régionales de caisses primaires d'assurances maladie, maternité lorsqu'il s'agira de tarifs établis par les syndicats médicaux ou de ces syndicats eux-mêmes en ce qui concerne les tarifs conventionnels applicables dans les établissements hospitaliers publics ou privés ou dans des dispensaires, d'autre part, d'une commission permanente (syndicats médicaux, organismes d'assurances sociales et pouvoirs publics) instituée auprès du conseil supérieur des assurances sociales qui sera appelé à présenter aux ministres intéressés toutes propositions qu'elle jugera opportunes sur l'homologation ou la fixation desdits tarifs.

Dans leur ensemble, les dispositions qui viennent d'être analysées paraissent susceptibles d'apporter tous apaisements aux inquiétudes du corps médical et toutes garanties aux organismes d'assurances sociales. Il importe de souligner, à cet égard, que cette réforme a été rendue possible par le nouvel aménagement financier des assurances sociales, qui, en apportant aux caisses d'assurances sociales des ressources nouvelles, leur permettra désormais d'appliquer les tarifs normaux, et que ces tarifs pourront suivre au plus près les variations de ces ressources qui sont elles-mêmes fonction des salaires. Il convient également de noter qu'en raison de l'identité ainsi pratiquement réalisée des tarifs des caisses et de ceux des praticiens, le paiement des honoraires dus par l'assuré social au praticien se trouvera facilité, l'assuré étant remboursé de la quasi totalité et, dans certains cas, de la totalité des frais qu'il aura exposés. Une disposition du projet prévoit la possibilité de réduire ou de supprimer, dans certains cas, le ticket modérateur de 20 %.

En conclusion, tout en assurant le corps médical de la plus complète impartialité dans la fixation des honoraires, en respectant le principe fondamental du libre choix et en modifiant au minimum les rapports entre les praticiens et les assurés, le projet donnera aux assurés sociaux les garanties essentielles auxquelles ils ont indiscutablement droit, qu'ils réclament depuis le début de l'application de la loi et qui constituent l'une des plus importantes contre-parties aux sacrifices nouveaux que l'ordonnance du 30 décembre 1944 leur a demandés en relevant le taux des cotisations.

Le Gouvernement provisoire de la République française,
Sur le rapport du ministre du travail et de la sécurité sociale, du ministre de la santé publique et du ministre de l'économie nationale,
Vu l'ordonnance du 3 juin 1943 portant institution du Comité français de la libération nationale, ensemble les ordonnances des 3 juin et 4 septembre 1944 ;
Vu l'ordonnance du 9 août 1944, relative au rétablissement de la légalité républicaine sur le territoire continental ;
Vu le décret-loi du 28 octobre 1935 sur les assurances sociales ;
Le comité juridique entendu,

Ordonne :

Article premier. — Les paragraphes 5, 6 et 7 de l'article 6 du décret du 28 octobre 1935 sont modifiés comme suit :

« § 5. — Les tarifs des honoraires et frais accessoires dus aux praticiens et aux auxiliaires médicaux par les assurés sociaux à l'occasion des *soins de toute nature* sont établis, pour chaque département, par les syndicats reconstitués de chaque catégorie professionnelle intéressée.

« S'il s'agit de soins donnés dans un établissement hospitalier public ou privé ou dans un dispensaire, les tarifs sont fixés par des conventions conclues entre l'union régionale et la commission administrative ou le second conseil d'administration de l'établissement ou du dispensaire.

« Les tarifs n'entrent en vigueur qu'après avoir été homologués par les ministres du travail et de la sécurité sociale, de la santé publique et de l'économie nationale. Sont considérés comme homologués les tarifs qui n'ont fait l'objet d'opposition de la part d'aucun des trois ministres dans le délai de deux mois à compter de leur transmission.

« Si les tarifs établis dans les conditions prévues aux premier et deuxième alinéas ci-dessus ne sont pas homologués ou si aucun tarif n'est établi dans le délai d'un mois après mise en demeure adressée par le ministre du travail et de la sécurité sociale aux organisations intéressées, le tarif applicable est fixé par arrêté du ministre du travail et de la sécurité sociale, du ministre de la santé publique et du ministre de l'économie nationale. En cas de désaccord entre les ministres, il est statué par décret en conseil d'État.

« Un règlement d'administration publique détermine les modalités d'application du présent paragraphe et, notamment, la procédure suivant laquelle sont pris les arrêtés ou le décret ci-dessus prévus.

« § 5 bis. — Les tarifs prévus au paragraphe précédent sont établis d'après une nomenclature générale des actes professionnels fixée par un arrêté du ministre de la santé publique et du ministre du travail et de la sécurité sociale. Cet arrêté détermine les modalités d'application de la nomenclature générale dans les rapports entre les praticiens, d'une part, les organismes d'assurances sociales et les assurés, d'autre part.

« La nomenclature générale peut comporter des majorations pour les actes accomplis dans des circonstances spéciales ou par certaines catégories de praticiens en raison de leurs titres, de leur valeur scientifique, de leurs travaux ou de leur spécialisation. Elle détermine, en pareil cas, les conditions d'application de ces majorations.

« § 6. — Tout praticien ou auxiliaire médical qui demande à un assuré social des honoraires supérieurs à ceux résultant du tarif fixé en conformité des dispositions précédentes, peut, à la requête de l'assuré ou d'un service ou organisme d'assurances sociales, être invité à justifier des motifs de ce dépassement, tels que la situation de fortune de l'assuré, l'importance du service rendu, la notoriété du praticien ou autres circonstances particulières. Ces justifications sont soumises à une commission départementale ou interdépartementale dont l'organisation et le fonctionnement sont fixés par arrêté du ministre du travail et de la sécurité sociale, du ministre de la santé publique et qui est composée en nombre égal de représentants de praticiens et de médecins-conseils des organismes des assurances sociales. Si la commission estime que les justifications fournies ne sont pas suffisantes, elle peut provoquer l'application de la procédure prévue par l'article 8 (§ 5).

« § 7. — La part garantie par les caisses dans les honoraires et frais prévus au

paragraphe 5 est fixée à 80 % des tarifs établis par application dudit paragraphe. Toutefois, la participation de l'assuré est réduite ou supprimée dans les cas fixés par arrêté du ministre du travail et de la sécurité sociale ».

Art. 2. — Le deuxième alinéa du paragraphe 15 de l'article 6 du décret-loi du 28 octobre 1935 est modifié comme suit :

« La part à supporter par les caisses dans les frais d'hospitalisation est fixée par le tarif de responsabilité des caisses qui ne peut être inférieur à un tarif fixé par un arrêté du ministre du travail et de la sécurité sociale après avis du ministre de la santé publique. »

Art. 3. — Le paragraphe 1^{er} de l'article 9 du décret-loi du 28 octobre 1935 est modifié comme suit :

« § 1^{er}. — En cas de maternité, le tarif des honoraires et frais accessoires dus aux praticiens et aux auxiliaires médicaux par les assurés sociaux est fixé dans les conditions prévues au paragraphe 5 de l'article 6 ci-dessus.

« L'assurée ou la femme de l'assuré reçoit, en outre du remboursement desdits honoraires, des prestations forfaitaires représentant l'ensemble des frais autres que ceux prévus à l'alinéa précédent, relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites. Ces prestations sont fixées par le tarif de responsabilité de la caisse, lequel peut comprendre des prestations spéciales pour le cas d'hospitalisation.

« Les bénéficiaires ne supportent aucune participation dans les prestations prévues au présent paragraphe, elles ont la liberté de choix du praticien. »

Art. 4. — Est expressément constatée, en ce qui concerne les dispositions contenues dans les articles 1^{er}, 2 et 3, la nullité de l'acte dit loi du 29 mai 1941 portant modification des tarifs des assurances maladie-maternité.

Echappent toutefois à la nullité les effets résultant de l'application des articles de cet acte antérieurement à la mise en vigueur de la présente ordonnance.

Art. 5. — La présente ordonnance sera publiée au *Journal Officiel* de la République française et exécutée comme loi.

Fait à Paris, le 3 mars 1945.

C. DE GAULLE.

Par le Gouvernement provisoire de la République française :

Le ministre du travail et de la sécurité sociale, Alexandre PARODI.

Le ministre de la santé publique, François BILLOUX.

Le ministre de l'économie nationale, Pierre MENDÈS-FRANCE.

AVIS TRÈS IMPORTANT

En raison des gros sacrifices que les circonstances présentes imposent à notre journal (augmentation considérable du prix de revient) le Comité de Rédaction et d'Administration de *L'Odontologie* serait reconnaissant à tous les **Membres du Groupement de l'Ecole Dentaire de Paris et de l'Association générale des Dentistes de France** d'une part et aux **Abonnés** d'autre part, de vouloir bien faire parvenir à la Trésorerie le montant de leur **cotisation ou abonnement pour 1945, soit : 100 francs.**

Nous prions instamment les Membres du Groupement qui restent débiteurs de plusieurs cotisations de faire un effort et de se mettre en règle. Nous les remercions par avance.

Afin d'éviter les frais de recouvrement actuellement très élevés, il est recommandé de faire les envois directement, soit par chèque bancaire, soit par un mandat-poste ou virement au **Compte Chèques postaux : Ecole Dentaire de Paris, N° 307.72.**

Après la parution du deuxième numéro (mai-juin 1945), nous nous considérerons autorisés à faire présenter, par la poste, les quittances majorées de 15 fr. (*quinze francs*) pour frais de recouvrement à ceux qui auraient négligé cette recommandation.

NÉCROLOGIE

HALOUA (1868-1945)

Notre bon ami HALOUA, le dévoué administrateur-gérant de *L'Odontologie*, vient de s'éteindre au Pecq, où il vivait depuis ces dernières années, après une longue et pénible maladie ; c'est avec un bien profond chagrin que je viens rappeler ici la carrière de cet excellent confrère qui, depuis plus de 30 ans, s'est prodigué sans compter dans les différentes branches de notre groupement où il a rendu les plus grands services et où il laisse les plus vifs regrets.

D'origine algérienne, il était né à Oran en 1868, il fut d'abord instituteur, et ce n'est que tardivement qu'il vint à Paris et aborda les études dentaires. Diplômé de l'École Dentaire de Paris et de la Faculté de Médecine en 1911, il prit très rapidement une part active dans l'enseignement et dans l'administration de l'École et de l'Association Générale où, se tenant toujours volontairement à un rang modeste, ne recherchant aucune satisfaction d'amour-propre, il n'eut toujours dans toutes nos administrations qu'un seul but : servir, être utile et pas une seule fois on ne fit en vain appel à son concours dans l'organisation de nos diverses manifestations professionnelles, dans lesquelles il joua un rôle prépondérant, quoique volontairement effacé.



Secrétaire général administratif du 8^e Congrès Dentaire International de Paris en 1931, il fut un collaborateur des plus précieux de Georges Villain dans l'organisation matérielle de ce Congrès dont le grand succès est encore présent à toutes les mémoires, de même qu'il fut la cheville ouvrière des *Semaines Odontologiques* que la F. D. N. organisait au Grand Palais, chaque année avant la

guerre. En 1938, la *Fédération Dentaire Internationale* se réunissait à Paris ; je devais, par suite de la mort de Georges Villain et en ma qualité de Vice-Président, préparer cette réunion ; je m'adressai aussitôt à lui et je ne saurais oublier ce que je lui dois pour ce qu'il a fait en vue d'assurer la parfaite tenue de cette réunion internationale.

Non seulement il organisait ces réunions, mais encore il assurait la publication de leurs comptes rendus n'épargnant, là encore, ni son temps ni sa peine pour en donner un tableau fidèle.

C'est de 1914 que date ma liaison tout à fait intime avec HALOUA. Ayant, dès les premiers jours de la guerre, accepté la direction du Comité de Secours aux Blessés des Maxillaires et de la face de l'École Dentaire de Paris, je devais, en même temps, assurer mon service de l'Hôpital de la Pitié dont les collaborateurs que j'avais, avaient été pris par la mobilisation ; c'est à ce moment qu'il vint se mettre à ma disposition pour m'aider dans cet important service. Il fut pour moi, pendant toute la guerre et dans les années qui suivirent, un collaborateur incomparable. Je ne puis me reporter à cette époque sans une grande pensée de reconnaissance pour l'ami si cher qu'il fut pour moi et pour le dévouement si grand qu'il prodigua aux malades de mon service ; je suis sûr aussi du souvenir reconnaissant que lui gardent tous les élèves de mon service pour lesquels il se montrait si simplement le maître et le conseiller le plus parfait, continuant à l'hôpital ce rôle d'excellent pédagogue qu'il devait à sa formation première et qu'il ne cessa d'exercer à l'École Dentaire de Paris pendant 25 ans dans les modestes fonctions de démonstrateur, sans vouloir briguer, bien qu'on l'en pria, d'autres postes plus élevés dans la hiérarchie de notre Corps Enseignant.

Membre du Comité de Rédaction de *L'Odontologie* depuis 1924, il voulut bien, en 1927, à la mort du regretté Miègeville, accepter les fonctions d'administrateur-gérant du journal parce que, là encore, il y avait à fournir un travail utile à l'intérêt du Groupement. J'ai le devoir de dire ici avec quel zèle, quel dévouement il se prodigua pour assurer et développer la vie matérielle de ce journal dont devait l'arracher les abomi-

nables ordonnances raciales. Une de ses dernières joies fut d'apprendre, lors de la Libération, sa réintégration dans ses fonctions d'administrateur-gérant. *L'Odontologie*, par ma voix, adresse ici à sa mémoire un particulier hommage de reconnaissance.

En dehors des nombreux comptes rendus de Congrès qu'on lui doit, HALOUA avait publié quelques travaux sur les accidents de dent de sagesse et sur l'hygiène dentaire scolaire ; cette dernière question l'intéressait particulièrement et il l'appliquait de façon pratique et avec tout son cœur dans son service de dentiste du lycée Louis-le-Grand. En vue de montrer aux profanes le développement de l'art dentaire et l'importance sociale du dentiste, il avait publié dans la *Nouvelle Revue* une étude très remarquée sur *l'Histoire de l'art dentaire en France*.

Officier de l'Instruction publique, Médaille de bronze (1924) puis Médaille d'or (1935) de l'Assistance publique, l'École Dentaire de Paris, en reconnaissance de ses services, lui avait attribué sa Médaille d'or en 1937. Il avait été, en 1936, nommé Chevalier de la Légion d'Honneur.

Au nom du Groupement de l'École Dentaire de Paris et de l'Association Générale des Dentistes de France, j'exprime à notre cher collègue et ami disparu toute la reconnaissance que nous lui devons pour les très grands services qu'il a rendus à nos institutions ; il fut un homme de devoir, profondément désintéressé, inspiré toute sa vie par le plus pur altruisme. Je joins à cet hommage collectif, l'expression personnelle de la peine profonde que me cause la perte de cet ami très cher qui, en tant de circonstances m'a donné, à moi et aux miens, de si touchants témoignages d'affection.

HALOUA laisse deux filles, toutes deux chirurgiens-dentistes. Madame le Docteur Lucette Albeck-Haloua, démonstrateur à l'École Dentaire de Paris et Madame Jacqueline Jugnet, à Marrakech ; nous leur adressons à toutes deux l'expression de nos bien vives et bien sincères condoléances et les assurons que nous garderons toujours bien fidèlement le souvenir de leur cher père.

Maurice Roy.

André ROBINE (1882-1945)

Nous avons le vif regret d'annoncer la mort de notre excellent confrère André ROBINE, décédé subitement le 25 novembre 1944.

André ROBINE, après de bonnes études en Amérique, fut membre du Corps Enseignant de l'École Dentaire de Paris, de 1911 à 1926. Ancien examinateur à la Faculté de Médecine de Paris, il était membre honoraire de notre Groupement.

Bon et généreux, il s'était attaché particulièrement à l'organisation des secours donnés par l'*Aide Confraternelle aux Dentistes Français et Belges victimes de la Guerre*, dont il fut le Secrétaire général de 1915 jusqu'à sa disparition. Pendant la période de 1915 à 1927, qui fût la plus active de cette guerre, son dévouement fut inlassable ; il fit l'impossible pour assurer des ressources aux Orphelins de la Profession.

Nous renouvelons ici à M^{me} André ROBINE nos bien sincères condoléances et l'expression de notre vive sympathie dans le deuil cruel qui l'a frappée.

En dernière heure, nous apprenons avec une grande tristesse le décès de notre confrère Georges André, de Versailles. — Un article nécrologique lui sera consacré dans notre prochain numéro.

M^{me} veuve Joseph Roche, chirurgien-dentiste, ancienne élève de l'École Dentaire de Paris, a eu la douleur de perdre son fils, Clément Roche, fusillé à l'Isle-Adam, par les Allemands, le 23 août 1944, à l'âge de 22 ans.

M^{me} André Finkel, nous a fait part du décès de son mari, M. André Finkel, chirurgien-dentiste, ancien élève de l'École Dentaire de Paris, mort au Champ d'Honneur, le 17 août 1944, à Lyon, à l'âge de 26 ans.

M. Georges Baudet, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, a été éprouvé par la mort de sa femme, née Eugénie Auvray, décédé le 14 août 1944.

M^{me} M. Joullié, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, a eu la douleur de perdre son fils, Louis, décédé le 20 novembre 1944, à l'âge d'un an.

Nous avons appris le décès du Dr Maurice Ponroy, médecin-chef du Centre maxillo-facial. Les obsèques ont eu lieu le 13 décembre 1944, à Paris.

M. P. Frinault, chirurgien-dentiste, membre du Corps enseignant et du Conseil d'Administration de l'Ecole Dentaire de Paris, a été éprouvé par la perte de sa sœur M^{lle} Suzanne Frinault, directrice honoraire des Ecoles, décédée accidentellement le 5 janvier 1945.

Nous avons appris le décès de M. Lambert Fernand, chirurgien-dentiste à Valence, membre de notre Groupement, survenu le 6 janvier 1945.

M^{me} Loyer et son fils André, étudiant à l'Ecole Dentaire de Paris, nous ont fait part du décès de M. René Loyer, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, leur mari et père, décédé le 20 janvier 1945, à Paris.

M^{me} Martin-Voillot, chirurgien-dentiste, membre du Corps Enseignant de l'Ecole Dentaire de Paris, a eu la douleur de perdre son père, M. Marcel Voillot, décédé le 13 mars 1945, à Paris.

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M^{me} Dorchie, née Denise Faure, chirurgien-dentiste, membre du Corps Enseignant de l'Ecole Dentaire de Paris, décédée le 17 mars 1945, à l'âge de 30 ans, à Colombes (Seine).

Nous prions nos confrères et leurs familles de trouver ici l'expression de nos sincères condoléances et de toute notre sympathie.

NOUVELLES

Nous sommes heureux de porter à la connaissance de nos lecteurs les fiançailles, mariages et naissances qui ont eu lieu depuis la parution de notre numéro de juillet-août 1944.

Fiançailles. — M. Gauzeran, chirurgien-dentiste, membre du Corps enseignant de l'Ecole Dentaire de Paris, et Madame, nous ont fait part des fiançailles de leur fils Jean, étudiant en médecine, avec M^{lle} Jacqueline Hervé.

M. et M^{me} Firmin, chirurgien-dentiste, chef de clinique à l'Ecole Dentaire de Paris, nous ont annoncé les fiançailles de leur fille Micheline, avec M. Bernard Henry, le 25 décembre 1944.

Nos sincères félicitations.

Mariages. — Le mariage de M^{lle} Lemoine avec M. Dirheimer, tous deux chirurgiens-dentistes, membres de notre Groupement, a eu lieu le 9 septembre 1944, à Saint-Valérien (Yonne).

M^{me} Andrieux, chirurgien-dentiste, membre du Corps Enseignant de l'Ecole Dentaire de Paris, nous a fait part de son mariage avec M. Félix Colin, le 13 novembre 1944.

Le mariage de M. Hary, chirurgien-dentiste à Lézignan, membre de notre Groupement, avec M^{lle} Marie-Thérèse Comet, a eu lieu le 7 décembre 1944, à Perpignan.

Le mariage de M. Henri Pailliotin, étudiant en chirurgie dentaire, fils de M. J. Pailliotin, chirurgien-dentiste, membre du Corps enseignant de l'Ecole Dentaire de Paris, avec M^{lle} Simone Serras, a eu lieu à Paris, le 19 décembre 1944.

Le mariage de M. Max Giovanelli, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, avec M^{lle} Janine Communier, a été célébré à Saint-Brieuc, le 19 décembre 1944.

Le mariage de M^{lle} Simone Laporte, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, avec M. Pierre Graillon, Docteur en Médecine, a eu lieu à Paris, le 11 janvier 1945.

A tous nous renouvelons nos sincères vœux de bonheur.

Naissances. — M. le Dr Nicole, chirurgien-dentiste à Dijon, membre de notre Groupement, et Madame, nous ont fait part de la naissance de leur fille Marie-Louise, le 17 juillet 1944.

M. Henri Raynaud, chirurgien-dentiste à Cosne-d'Allier, membre de notre Groupement, et Madame, nous ont annoncé la naissance de leur fille Marie-Claude, le 12 septembre 1944.

M. Géo Nida, chirurgien-dentiste à Nogent-sur-Seine, ancien élève de l'E.D.P. et Madame nous ont fait part de la naissance de leur quatrième enfant, Alain, le 18 septembre 1944.

M. Pignolet, chirurgien-dentiste à Cosqueville, membre de notre Groupement, et Madame nous ont annoncé la naissance de leur fille Marie-Hélène, le 25 février 1945.

M. Ninin, chirurgien-dentiste à Argentan, membre de notre Groupement, et Madame nous ont annoncé la naissance de leur fille Odile, le 27 février 1945.

Nos sincères félicitations à tous.

On nous communique. — A céder, après décès, cab. dent. à Versailles, bien situé, cl'ent. anc. et sér. — S'adresser à M^{me} ANDRÉ, 81, boulevard de la Reine, Versailles.

LEMAIRE & BEAUVAIS

ANCIENNE MAISON LEMAIRE

4, Passage Choiseul — 40, rue des Petits-Champs

Téléphone : OPÉRA 45-25

Toute la Fourniture Dentaire des meilleures Marques
Grand choix de DENTS

CARTE DE PRIORITÉ PHARMACEUTIQUE

Spécialisés depuis plus de vingt ans dans la fabrication et la vente de tous les produits de thérapeutique dentaire, les LABORATOIRES du Docteur Pierre ROLLAND informent leur clientèle de Paris et de Province qu'ils sont à sa disposition pour lui assurer la fourniture des produits contingentés de la CARTE DE PRIORITÉ 1945. — Pour tous renseignements, s'adresser aux Laboratoires du Docteur Pierre ROLLAND, 127, boulevard Saint-Michel, PARIS (5^e) (Odéon : 22-01).

PRATICIENS DE LA ZONE SUD

Comme suite au rétablissement des relations postales, les Laboratoires du Dr Pierre ROLLAND vous informent que vous pouvez leur adresser directement comme avant la guerre,

CARTES DE PRIORITÉ, COMMANDES, CORRESPONDANCE,

au besoin par lettre recommandée, à leur dépôt 127, boulevard Saint-Michel, PARIS (5^e).

Leur représentant, M. RONDELET, continuera à vous visiter régulièrement.

TRAVAUX ORIGINAUX

LA DISJONCTION DES MAXILLAIRES SUPÉRIEURS ET SES RÉSULTATS

Par le Dr Maurice Roy
Professeur à l'École Dentaire de Paris
Stomatologiste des Hôpitaux

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le 6 mars 1945).

616.716.1 089.23

Je n'ai pas la prétention, dans les observations que je vous présente, d'apporter quelque chose de nouveau ; la disjonction des maxillaires en effet, surtout depuis la communication que fit en 1935 mon si regretté ami Emile HUET, de Bruxelles, à notre Société d'Orthopédie dento-faciale est un procédé bien connu. Cependant, j'ai l'impression que cette méthode de traitement n'a pas reçu tout le développement qu'elle mériterait de la part des orthodontistes et, de plus, certains d'entre eux ont émis à son encontre, des critiques que la pratique que j'en ai m'a montré n'être justifiées en aucune manière.

Or, j'ai sur cette question une expérience assez ancienne, puisque j'ai commencé à pratiquer la méthode de disjonction symphysaire dès 1926, c'est-à-dire dès que je l'ai connue par les travaux de Huet et, bien que l'orthodontie soit une partie restreinte de ma pratique professionnelle, je puis, parmi les cas que j'ai traités, vous présenter dix de ceux-ci avec leur documentation complète de moulages et de radiographies qui permettra à ceux d'entre vous qui ne sont pas familiarisés avec cette méthode de se former un jugement sur ses résultats.

..

Sans vouloir faire l'historique complet de la question, il vous intéressera peut-être de savoir que la disjonction des maxillaires a été pratiquée pour la première fois et tout à fait involontairement par ANGELL (de San Francisco) qui, en 1860, a publié son observation dans laquelle, ayant placé un vérin au niveau des prémolaires supérieures pour les écarter, en confiant à son patient le soin de faire mouvoir progressivement le dit vérin, il s'aperçut au bout de deux semaines qu'il s'était produit un écartement très notable entre les deux incisives centrales bien que le dispositif employé n'intéressât en aucune manière ces deux dents. Il en conclut que le vérin avait amené une disjonction de la symphyse médiane des maxillaires supérieurs.

Cette opinion ne fut pas admise sans conteste et le rédacteur en chef du *Dental Cosmos*, qui publia l'observation de Angell, ainsi que Mac Quillin, autre rédacteur de ce journal, tinrent à faire des réserves quant à l'explication fournie par cet observateur.

On n'entendit plus parler de cette question jusqu'en 1893 où C. L. GODDART publia, dans le *Dental Cosmos*, quelques observations dans lesquelles, comme ANGELL, 33 ans auparavant, il avait, d'une façon toute fortuite, en écartant des prémolaires avec un vérin, obtenu un écartement notable des incisives centrales supérieures qu'il attribua, lui aussi, à une disjonction de la symphyse des maxillaires et dont il tira des déductions favorables au point de vue orthodontique.

(1) C'est ce même G. V. I. BROWN qui, en 1914, devait établir des règles précises pour pratiquer cette disjonction de la symphyse.

Dix ans après (1903), G. V. I. BROWN, toujours dans le *Dental Cosmos*, insistait sur l'importance de la disjonction ainsi obtenue pour l'amélioration de la respiration nasale et des troubles de développement des enfants résultant du fonctionnement défectueux de celle-ci (1). R. OTTOLENGUI, en 1904, insistait dans le même sens, signalant les modifications apportées par cette opération dans la position du vomer et il concluait que cette opération était particulièrement intéressante pour les enfants chez lesquels le vomer recourbé obstruait plus ou moins les fosses nasales.

Dans les années qui suivirent, les travaux sur la disjonction se firent plus nombreux, aux États-Unis et en Allemagne, tous vantant les bons résultats de cette opération tant au point de vue de l'état général des enfants qu'au point de vue orthodontique ; en France, NOGUÉ, en 1911, publia une revue sur cette question dans les *Archives de Stomatologie*.

J'ai déjà signalé que, lors de la première observation présentée par ANGELL en 1860, de très expresses réserves furent faites sur la réalité de la disjonction symphysaire ; mais, beaucoup plus tard, d'autres auteurs comme un anatomiste de la valeur de CRYER, nièrent la possibilité de cette disjonction, attribuant l'écartement observé au niveau des incisives centrales à un mécanisme très différent ; en 1913 encore, MARTIN DEWEY, ayant fait des expériences sur des animaux, n'admettait la possibilité de la disjonction qu'avec réserve. Aujourd'hui, la radiographie ne permet plus d'avoir le moindre doute à ce sujet.

Sans poursuivre plus loin ce petit historique, il me faut enfin faire mention de la communication présentée par HUET, en 1925, à la Société d'Orthopédie dento-faciale, communication que j'ai déjà signalée tout à l'heure, véritable *plaidoyer*, comme il l'avait intitulé lui-même, *en faveur de la disjonction de la symphyse*, car ce fut particulièrement ce travail et les observations personnelles présentées par l'auteur qui nous firent connaître cette méthode de traitement et contribuèrent à sa vulgarisation (1).

* * *

La disjonction des maxillaires supérieurs peut être obtenue par divers dispositifs, mais, comme dans la technique employée par les premiers observateurs, un vérin appliqué transversalement au palais est de beaucoup le moyen le plus efficace et le plus rapide de tous.

Les règles d'application de cette méthode ont été très excellemment fixées par HUET : il relie par des bagues solidarisées entre elles et solidement renforcées, toutes les dents de côté en laissant les dents antérieures en dehors de l'action exercée ; sur ce dispositif, il soude une vis de Jack très puissante, perpendiculairement à la ligne médiane aussi bas que possible et au niveau des premières prémolaires.

C'est cet appareillage que j'ai employé au début, mais, par la suite, j'ai substitué des gouttières en argent coulé aux bagues, ce qui présente à mon avis des avantages notables.

Avec cet appareil, en effet, il n'est pas nécessaire que deux épaisseurs de bagues soient passées entre les dents souvent très serrées, les manœuvres en bouche sont réduites au minimum et l'appareil est beaucoup plus robuste. De plus, les gouttières recouvrant largement le bord alvéolaire de chaque côté, l'action d'écartement du vérin s'exerce donc directement sur les maxillaires, les dents le suivent automatiquement dans leur déplacement, tandis que, avec les bagues, l'action s'exerçant sur les dents elles-mêmes, ce sont celles-ci, seules, qui entraînent l'os pour son écartement en sorte que l'action sur les maxillaires est indirecte et partant moins puissante.

L'appareil étant solidement scellé, je fais prendre une radiographie afin d'avoir un terme de comparaison bien précis avec les radios ultérieures. Vous pouvez voir ainsi, pour chacun de ces cas, trois radiographies : une

(1) Emile HUET. Traitement de l'insuffisance de développement frontal du maxillaire supérieur par la disjonction de la symphyse (*L'Odontologie*, 1926, p. 207).

OBSERVATION N° 144

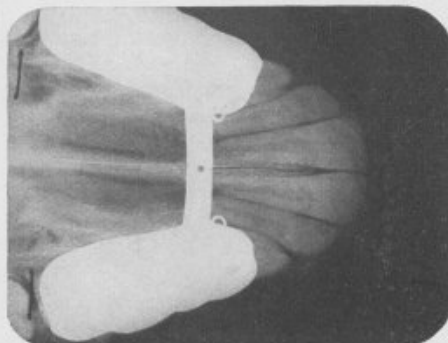
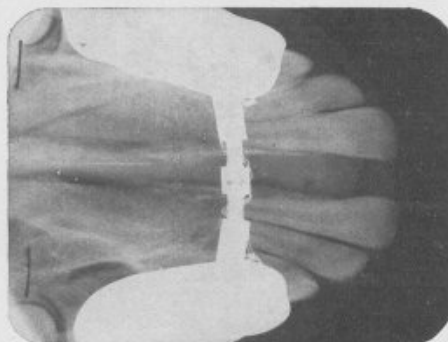
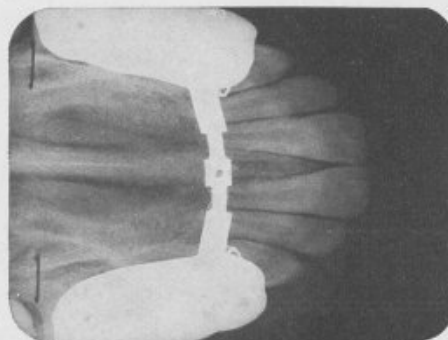
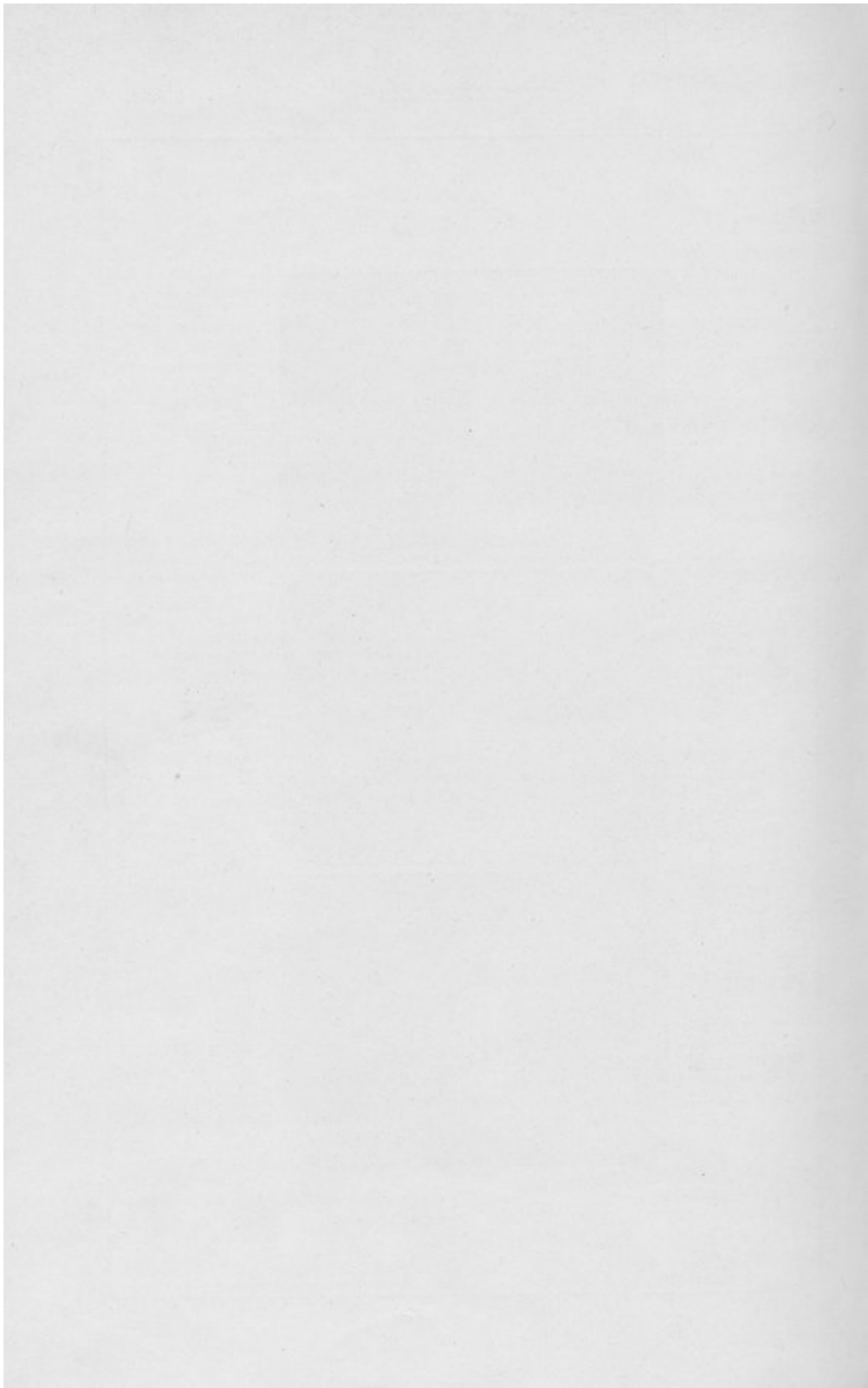
9 mai 1934.
(a)18 mai 1934.
(b)25 octobre 1934.
(c)

Fig. 1.



avant que la disjonction soit commencée, une prise aussitôt l'écartement désiré obtenu et enfin une troisième, prise trois mois après montrant la consolidation de la symphyse (1).

24 heures après le scellement de l'appareil, je commence l'écartement. Pour cela, je fais venir chez moi les enfants deux fois par jour et je donne chaque fois au vérin le nombre de tours nécessaires en suivant les règles très judicieusement indiquées par HUET dont je vous rappelle les principes : « L'action doit être lente, progressive et n'occasionner aucune sensibilité.

« On sent nettement au bout de quelques instants une légère résistance qui doit s'accompagner d'une sensation de pression que l'enfant localise sous le nez, à la symphyse. Il est indispensable d'obtenir cette localisation de la pression. Le succès n'est certain que si cet effet est obtenu et qu'aucune pression ne se révèle aux dents sur lesquelles on agit.

Une attente de quelques minutes permet de serrer encore davantage, mais toujours sans éveiller de sensibilité. »

Après le désengrènement obtenu, HUET confiait à l'enfant lui-même l'écartement ultérieur ; pour ma part, j'ai toujours préféré poursuivre celui-ci moi-même, toujours deux fois par jour.

Je signale que, dans cette seconde période, la sensibilité tend à passer de la région incisive à la région zygomatique, la dilatation portant alors sur le massif facial dans sa totalité.

Le délai nécessaire pour obtenir le désengrènement symphysaire est variable suivant l'âge des enfants, il ne dépasse généralement pas 48 heures ; la durée de l'écartement consécutif est variable suivant le résultat que l'on veut obtenir, l'étendue de cet écartement est limité du reste par les possibilités qu'offre à cet égard la longueur du filetage du vérin, elle ne peut dépasser 7 millimètres qui est l'écartement que j'ai obtenu dans la plupart des cas que je vous présente ici.

Pour obtenir ce résultat, il m'a fallu :

- 4 jours chez 3 enfants de 9, 10 et 11 ans,
- 5 jours chez 3 enfants de 9, 10 et 12 ans,
- 7 jours chez 2 enfants de 11 et 13 ans,
- 10 jours chez une jeune fille de 16 ans, de développement physique très retardé,
- 11 jours chez un jeune homme de 15 ans (résultat retardé par la fracture du vérin en cours de disjonction).

Une radiographie prise à ce moment montre d'une façon très nette le désengrènement et la séparation des deux maxillaires supérieurs ; la symphyse dans sa totalité est ouverte en V, sa plus grande ouverture étant à la partie antérieure (fig. 1, b).

Dès que le désengrènement de la symphyse est obtenu, on voit s'écarter progressivement les incisives centrales d'une distance correspondant à l'étendue de la disjonction symphysaire, en sorte que, à la fin de celle-ci, cet écartement est considérable, comme on peut le constater sur les radiographies de tous les cas présentés.

Mais ce qui est très curieux et que HUET signalait dans son travail, c'est que, la mâchoire étant immobilisée dans sa nouvelle position d'écartement, les incisives centrales se rapprochent progressivement d'elles-mêmes jusqu'à venir se retrouver en contact six semaines environ après la disjonction et cela sans qu'il soit nécessaire de faire quoi que ce soit pour obtenir ce résultat (fig. 1, c).

La disjonction étant obtenue à la grandeur désirée, j'immobilise le vérin ; pour cela, je n'emploie pas de contre-écrous, susceptibles de se desserrer par la suite ; j'ai, à cet effet, soudé à l'avance sur l'appareil, à

(1) Les très belles radiographies de ces différents cas sont dues au D^r Jacques PETIT, l'excellent radiographe, que je ne saurais trop remercier pour le montage qu'il a bien voulu m'en faire en vue de cette présentation.

chaque extrémité du vérin, un petit anneau ; au travers de celui-ci je passe un fil de laiton qui passe d'autre part dans les trous du vérin et qui, tordu ensuite, assure une immobilisation certaine dans la position obtenue, quels que soient les mouvements de la langue ou de toute autre nature qui peuvent être effectués par l'enfant.

Je laisse cet appareil ainsi immobilisé en place trois mois.

Comme je l'ai dit, on voit bientôt les deux incisives centrales se rapprocher progressivement et, six semaines à deux mois après, elles sont spontanément revenues en contact l'une avec l'autre.

Ces trois mois écoulés, je fais prendre une nouvelle radiographie ; celle-ci montre, dans tous les cas, l'ossification complète de la symphyse, l'os alvéolaire s'étant également complètement reconstitué au niveau des racines des incisives centrales alors revenues sur la ligne médiane.

A ce moment, j'enlève l'appareil et je procède aux interventions orthodontiques complémentaires indiquées pour chaque cas particulier.

...

Dans tous les cas que j'ai traités, trois d'entre eux seulement ont présenté quelques particularités intéressantes à signaler.

Chez Manuel F. (N° 162) le vérin s'est fracturé au cours de la disjonction ; il s'agissait d'un jeune homme de 15 ans dont le maxillaire présentait une résistance qui a dépassé celle du vérin simple que j'avais employé et qui, avant de casser, s'était légèrement incurvé sous la pression. J'ai enlevé immédiatement l'appareil et j'ai remplacé ce vérin par un autre avec guide de renfort, c'est l'appareil que je vous présente. L'appareil rescélé dès la réparation faite, la disjonction s'est poursuivie sans incident, il en est résulté une durée un peu plus prolongée de celle-ci et aussi un ennui opératoire pour moi et pour mon patient, complication que je n'avais jamais observée jusqu'ici (c'est justement mon dernier cas traité), mais qu'il est facile d'éviter en employant un vérin avec guide de renfort comme je l'ai fait secondairement.

Dans le cas N° 130 (Cécile B.) dans lequel j'ai pratiqué la disjonction avec succès en 1934, alors que l'enfant avait 11 ans, j'avais voulu appliquer ce traitement deux ans auparavant, alors qu'elle avait 9 ans, et j'avais posé un appareil à cet effet ; mais, deux jours après avoir commencé la disjonction, l'appareil se descella. Rescélé immédiatement dans des conditions aussi satisfaisantes que possible, de même que la première fois du reste, il se descella à nouveau au deuxième jour. Je me rendis compte alors que, chez cet enfant, les dents, et notamment celles de six ans, étaient trop courtes et n'offraient pas, particulièrement à leur partie distale, émergeant à peine de la gencive, une prise suffisante pour assurer la rétention de l'appareil sous la pression exercée par la mise en action du vérin. Je décidai donc de surseoir à l'opération jusqu'à ce que les dents de cette enfant aient subi une elongation suffisante ; c'est ce que je fis deux ans après sans aucun incident.

Enfin, je signale un autre incident qui, celui-là, n'est pas relatif à l'appareillage ; c'est celui que j'ai noté chez la jeune Bernadette L. (N° 120). Cette enfant était âgée de 9 ans, je lui posai son appareil le 11 février 1930 et le lendemain je commençai à agir sur le vérin, deux séances par jour, et avec toute la douceur possible, comme il faut toujours le faire ; or, je fus fort surpris de voir cette enfant, dès le deuxième jour, manifester une douleur tout à fait inhabituelle, surtout à ce moment, la plus grosse sensibilité se manifestant d'ordinaire dans la période terminale, alors que la pression, par l'intermédiaire des maxillaires, s'exerce sur tout le massif facial.

J'attribuai ces manifestations douloureuses à une nervosité excessive de ma jeune patiente, qui, cependant, pour les soins que je lui avais donnés antérieurement, s'était toujours montrée très raisonnable, et je continuai la disjonction que j'arrêtai cinq jours après, l'élargissement désirable étant obtenu. Je fis faire alors une radiographie et celle-ci me donna l'expli-

cation des douleurs anormales que l'enfant avait accusées au cours de la disjonction.

En effet, alors que dans tous les autres cas que j'ai traités et même chez des jeunes gens de 15 et 16 ans comme dans les cas N° 162 (Manuel F. et Hélène S.), la disjonction s'est toujours faite par désengrènement de la symphyse, chez cette enfant de 9 ans, dont l'ossification ne semblait pas particulièrement avancée par ailleurs, la disjonction ne s'est pas faite par désengrènement, mais par déchirure osseuse, comme vous pourrez le voir sur la radiographie, d'où l'intensité des douleurs anormales ressenties par ma petite opérée. Cette particularité n'eut du reste aucune influence sur le résultat final et, quatre mois après, la radiographie montrait que la consolidation osseuse était parfaite.

..

Les résultats de la disjonction des maxillaires sont toujours excellents tant au point de vue nasal qu'au point de vue orthodontique.

Au point de vue nasal : ainsi que tous les auteurs, dentistes ou rhinologistes, l'ont signalé, on observe une amélioration immédiate de la respiration nasale, non seulement par élargissement du plancher nasal, point le plus notable sans doute, mais aussi par dilatation de l'ensemble de la cavité nasale et de la face, comme le montre, à la période terminale de la disjonction, la sensibilité accusée par les enfants au niveau des arcades zygomatiques.

Tous les procédés orthodontiques visant à obtenir la dilatation de l'arcade dentaire supérieure ont pour effet d'élargir le plancher des fosses nasales, mais, à cet égard, la disjonction symphysaire est de beaucoup supérieure aux autres procédés qui agissent surtout sur les dents et, par leur intermédiaire, sur les bords alvéolaires, n'élargissant le plancher nasal que par voie en quelque sorte indirecte, en sorte que, pour un élargissement donné de l'arcade dentaire, on obtient un élargissement infiniment moindre du plancher nasal ; quant à la rapidité de cet élargissement, par la disjonction, comparée aux autres procédés, elle ne peut se discuter.

Il est important de noter, de plus, que cet élargissement palato-nasal est *absolument définitif* une fois l'ossification de la symphyse obtenue et qu'il n'est pas susceptible de régression comme cela s'observe si fréquemment dans le traitement de l'endognathie par dilatation des arcades dentaires lorsque celles-ci ne sont pas immobilisées assez longtemps ou si elles se trouvent à nouveau soumises aux forces qui ont amené leur irrégularité.

Cette amélioration immédiate de la respiration nasale a les plus heureux effets sur la santé des enfants et leur développement, je l'ai constaté chaque fois comme tous ceux qui ont eu l'occasion de pratiquer cette intervention.

Au point de vue orthodontique : l'élargissement de l'arcade supérieure est obtenu avec une rapidité qu'aucun autre procédé ne peut donner et sans aucun dommage possible sur les dents et sur leurs attaches ligamentaires, surtout si, comme je le fais, on pratique la disjonction au moyen de gouttières métalliques recouvrant entièrement les bords alvéolaires ; ce sont là des avantages qui ont leur importance.

Je n'ai pas la prétention de dire qu'il faut recourir à la disjonction dans tous les cas d'endognathie, loin de là et, malgré les observations que je vous présente, je suis loin d'en faire une pratique générale, mais cependant, je crois devoir, et c'est ce que je me propose par cette communication, appeler l'attention des orthodontistes, après mon ami Huet et ceux qui l'ont suivi, sur ce procédé de traitement si remarquable tant au point de vue nasal qu'au point de vue orthodontique dont les avantages me semblent encore insuffisamment appréciés.

..

Mais pour ne pas laisser de doutes quant à l'excellence de ce procédé, au point de vue orthodontique (au point de vue nasal je crois qu'il n'est

pas discuté) il me faut répondre à certaines critiques qui ont été formulées à son sujet et que mon expérience relativement étendue me permet de juger en connaissance de cause.

Je ne m'arrêterai pas longuement sur l'objection soulevée par IZARD relativement à la réduction de l'écartement des incisives centrales produit par la disjonction qui, d'après lui, ne se ferait pas toujours spontanément et nécessiterait alors des dispositifs spéciaux.

Dans toute la littérature que j'ai dépouillée au sujet de cette méthode de traitement, je dois dire que chez aucun auteur ayant pratiqué la disjonction par vérin transversal au palais, je n'ai vu cette éventualité signalée et, comme vous pouvez le constater sur les documents radiographiques des dix cas que je vous présente, la réduction parfaite des incisives centrales s'est toujours faite spontanément et *dans tous les cas sans exception*.

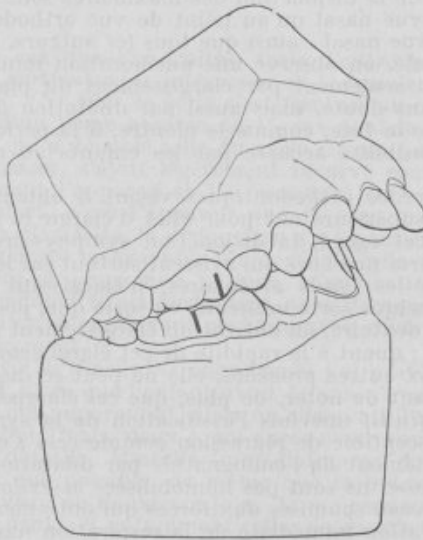


FIG. 2. — Moulage avant tout traitement du cas n° 144 dont la radiographie est reproduite fig. 1 a, avant la disjonction.

Cette absence de réduction ne me paraît possible que si, comme certains auteurs l'ont fait en Amérique, la disjonction est pratiquée avec un arc agissant sur les incisives centrales et qui, fixé sur ces dents, s'oppose tout naturellement à leur réduction spontanée vers la ligne médiane. Si, au contraire, les six dents antérieures ne sont pas intéressées par l'appareil, comme dans la technique indiquée par HUET et généralement suivie, je crois pouvoir affirmer que *toujours* la réduction des incisives centrales distalées par la disjonction se fait spontanément en quelques semaines et de façon parfaite.

Une autre critique me retiendra un peu plus longuement parce qu'elle a des bases qui, *a priori*, semblent avoir une certaine importance : c'est, comme le dit IZARD, que cette méthode a pour résultat de troubler fortement l'articulé pour une période de temps plus ou moins longue, puisque le maxillaire inférieur ne peut pas être disjoint.

Cette conséquence est en effet habituelle, mais, comme le montrent les moulages que vous avez sous les yeux, c'est là un trouble tout momentané

et qui n'a, en réalité, aucune importance quant au résultat final du travail orthodontique poursuivi (fig. 2 et 3).

Sans doute on peut bien, ainsi que l'a signalé HUET, voir « les molaires inférieures, au bout de quelques semaines, venir se vestibuler pour recouvrer l'engrènement normal avec les molaires supérieures », mais cela ne peut guère s'observer que dans les cas d'élargissement de faible étendue, ce qui n'est généralement pas le cas ; dans les autres, incontestablement, l'articulé est fortement modifié, les molaires inférieures se trouvant plus ou moins lingualées par rapport aux molaires supérieures. Mais, ainsi que je viens de le dire, cette modification d'occlusion n'a aucune importance, elle se trouve rapidement corrigée par la suite du traitement orthodontique. La disjonction, il ne faut pas l'oublier, ne constitue qu'une partie seulement d'un traitement orthodontique qu'elle ne saurait en aucune façon représenter à elle seule.

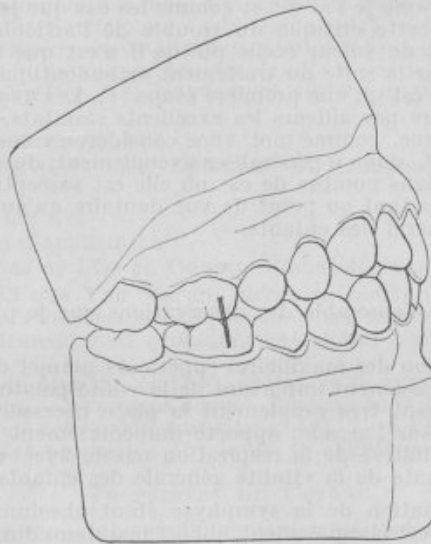


FIG. 3. — Moulage à la fin du traitement. (Voir la radiographie fig. 1-c qui montre la symphyse consolidée et les incisives centrales revenues spontanément en contact l'une avec l'autre). On peut voir que la disjonction ne s'oppose en rien au rétablissement de l'occlusion normale par les moyens habituels. Il en est de même dans tous les cas présentés que je ne puis, faute de place, reproduire ici.

Ceci dit, deux éventualités peuvent se présenter. Dans un premier cas, il s'agit d'un cas d'atrésie limité à la mâchoire supérieure et la mâchoire inférieure, de diamètre normal, est en rétrogression plus ou moins marquée ; dans ce cas, la disjonction ayant permis d'amener la mâchoire supérieure à son diamètre normal, la mâchoire inférieure, dès qu'elle est mise en rapport régulier avec la supérieure par propulsion de la mandibule, voit ses dents s'engrèner de façon absolument correcte avec les dents de la mâchoire opposée ; il suffit donc, dans ce cas, de corriger la distogression mandibulaire par l'ancrage intermaxillaire pour que l'occlusion soit rétablie correctement. Vous pouvez voir un exemple très concluant de ce cas dans les moulages N° 144 (Jean-Pierre D.) (fig. 2 et 3).

Dans le second cas, l'atrésie porte sur les deux mâchoires sans modification des rapports disto-mésio des mâchoires ; la disjonction étant faite à la mâchoire supérieure, on fera alors la dilatation de l'arcade inférieure

au moyen d'un arc vestibulaire ou lingual suivant le cas, de même que l'on doit corriger, par le même moyen, les malpositions dentaires existantes sur l'arcade supérieure élargie et on rétablira ainsi l'occlusion normale. Les moulages N° 162 (Manuel F.) sont un exemple probant de ce que j'avance. Le deuxième moulage de ce cas représente l'occlusion très fortement linguale, quant aux molaires inférieures, lorsque, la disjonction faite et consolidée, l'appareil a été enlevé ; le troisième moulage pris récemment, quatre mois après avoir commencé la dilatation de l'arcade inférieure par un arc vestibulaire, montre que l'occlusion est maintenant tout à fait correcte.

Il resterait à envisager les cas mixtes d'atrésie de l'arcade inférieure avec rétrogression mandibulaire ; il y a lieu dans ces cas de combiner le traitement de ces deux anomalies pour restituer là encore une occlusion correcte.

Ainsi donc, comme je l'ai dit et comme les cas que je présente en sont la démonstration, cette critique du trouble de l'articulé apporté par la disjonction n'a pas de valeur réelle puisqu'il n'est que momentané et se corrige aisément par la suite du traitement orthodontique dont la disjonction symphysaire n'est qu'une première étape (1). Les avantages de celle-ci dont je vous montre par ailleurs les excellents résultats, restent donc entiers et je pense que, comme moi, vous considérerez que c'est là une méthode de traitement, sinon à généraliser aveuglément, du moins à employer avantageusement dans nombre de cas où elle est susceptible de rendre les plus grands services tant au point de vue dentaire qu'au point de vue du développement général des enfants.

..

En résumé, de l'ensemble des observations que je présente, il résulte que :

1° La disjonction des maxillaires supérieurs permet d'obtenir en quelques jours un élargissement important de la voûte palatine et du plancher nasal qui, en donnant très rapidement la place nécessaire au bon arrangement des dents sur l'arcade, apporte immédiatement une amélioration très notable et définitive de la respiration nasale avec une amélioration corrélatrice importante de la vitalité générale des enfants ;

2° La consolidation de la symphyse étant absolument complète au bout de trois mois, cet élargissement, s'il est maintenu durant cette période, est donc définitif sans aucune possibilité de régression ultérieure ;

3° Ainsi que je l'ai montré dans mon exposé et comme en font foi les moulages et radiographies que je présente, les critiques qui ont été formulées au point de vue orthodontique contre la disjonction sont sans aucun fondement, mais il est entendu que cette opération, qui vise à corriger l'endognathie supérieure, qu'elle supprime en quelques jours, n'est qu'une étape du traitement orthodontique ; elle ne dispense pas des autres interventions complémentaires qui peuvent être indiquées dans chaque cas considéré.

(1) Si l'on se laissait arrêter en orthodontie par un trouble momentané de l'articulé, nombre d'interventions devraient être proscrites, ne serait-ce que la simple correction d'une incisive supérieure en rétro-version qui, pour se faire, apporte aussi un trouble momentané à l'occlusion.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'OZONE EN ODONTO-STOMATOLOGIE

Par R. GABRIEL,

Professeur suppléant à l'École Dentaire de Paris.

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le 6 février 1945).

615.7

Qu'il me soit permis, avant d'aborder très brièvement cette étude de l'Ozone, de remercier la Société d'Odontologie qui nous accueille ce soir. Notre Président a souhaité le mois dernier voir à cette tribune le plus grand nombre d'entre-nous participer à l'activité de notre Société pour y apporter un peu de notre expérience de clinicien. C'est dans cet esprit que nous vous présentons ce soir un travail qui laissera de côté la partie théorique de l'étude de ce gaz pour s'arrêter plus longuement sur ses applications dans notre spécialité.

Nous envisagerons donc :

Les propriétés physiques, chimiques et thérapeutiques de l'Ozone.

Son usage.

Les générateurs d'O₃.

La technique d'application.

Les indications de l'O₃ en Odonto-Stomatologie.

C'est en 1783 que Van Marun, physicien hollandais, constata qu'en faisant passer des étincelles électriques dans un tube contenant de l'oxygène, celui-ci se transformait profondément et son pouvoir oxydant devenait intense.

Schœnbein, de Munich, en 1840, obtint ce nouveau gaz, lui donna le nom d'Ozone (Ozon = avoir une odeur). Il pensa qu'il devait être considéré comme de l'oxygène actif polarisé négativement. C'est à Berthelot qu'on doit la connaissance des propriétés physiques et chimiques de l'Ozone.

PROPRIÉTÉS DE L'OZONE

I. — PHYSIQUES. — Il semble incolore, mais il est, en réalité, de couleur bleu ciel considéré sous une certaine épaisseur.

Sa densité est de 1,658. Poids moléculaire = 48.

Hautefeuille et Chapuis ont pu le liquéfier.

Il bout à 125° et explose violemment. Il se décompose lentement à la température ordinaire. Sa décomposition est d'autant plus rapide que le gaz est plus sec.

Il est différemment soluble dans l'eau.

II. — CHIMIQUES. — L'O₃ est un allotrope triatomique de l'oxygène.

Il est produit avec une absorption de chaleur de 30°7. Il en résulte que l'O₃ a un pouvoir oxydant plus considérable que l'oxygène puisqu'il dégage dans les oxydations 30°7 de plus.

Il agit à la façon de l'oxygène naissant.

Il est décomposé par la chaleur.

C'est un oxydant puissant. L'instabilité de l'Ozone provoque la combinaison de son atome libre d'oxygène avec les corps qui en sont avides, d'où son pouvoir oxydant intense.

Lorsqu'on traite un corps oxydable par de l'O₃, on constate que le corps est oxydé sans que le volume du gaz change ; on en conclut que l'O₃ agit selon la formule :

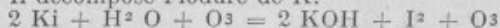
$A + O_3 = O_2 + AO$ où A représente le corps.

La molécule d'ozone faite de 3 atomes d'oxygène se sépare donc en 2 atomes formant un molécule d'oxygène libre et un atome fixé sur la matière oxydable.

Il n'y a pas de changement de volume.

L'O₃ oxyde à froid l'iode, le mercure et l'argent.

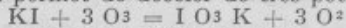
Il décompose l'iodure de K.



mettant l'iode en liberté.

(I² forme avec l'amidon de l'iode amidonné de couleur bleue-violette.

Ceci permet de déceler de très petites quantités d'O₃).



donnant de l'iodate de K.

La première réaction est utilisée pour caractériser l'O₃ et aussi pour titrer les mélanges d'Ozone thérapeutique. Nous n'insisterons pas sur cette méthode de titrage.

L'O₃ déplace le brome et le chlore.

Il détruit les matières organiques et altère le liège et le caoutchouc. Il forme des composés d'addition avec les corps à liaison éthyléniques. C'est ainsi que l'huile de thérebentine, les résines, les graisses, les caoutchoucs ont la propriété de se changer au contact de l'air ou de l'oxygène ozonisé pour former des corps labiles : les ozonides.

Ce sont des corps caustiques et certains sont des explosifs dans certaines conditions (ozonides du caoutchouc).

III. — PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES. — Dans ses applications médicales l'O₃ n'est jamais employé pur. C'est un mélange d'oxygène et d'ozone entre 0,1 et 5% de concentration. Ce mélange aura donc les propriétés de l'oxygène d'une part et de l'O₃ d'autre part.

a) Propriétés thérapeutiques de l'oxygène.

Action mécanique. Mobilisation des exsudats. Fonte des cellulites.

Action oxydante.

Action sur les plexus sympathiques.

Action sur les anaérobies.

Action générale crée un état d'euphorie.

b) Propriétés thérapeutiques de l'Ozone.

Action microbicide.

Pouvoir désodorisant.

Pouvoir antiparasitaire.

Pouvoir revivifiant - trophique.

Pouvoir cicatrisant.

Pouvoir analgésique.

Action microbicide. — Mise en évidence par Mathis et Wullemoz (*in vitro*).

Plusieurs tubes de gélose nutritive ont étéensemencés avec une culture pure de staphylocoques.

Dès que le développement des colonies bactériennes a été apparent, on a fait agir dans chaque tube un courant de gaz sous faible pression.

Pour le premier tube on a fait passer le gaz pendant deux minutes.

Pour le deuxième tube on a fait passer le gaz pendant quatre minutes.

Et ainsi de suite pendant des temps croissants.

Un tube a été conservé comme témoin.

Tous les tubes ont été remis à l'étuve à 37° et examinés au bout de 48 heures.

Les colonies dans le tube témoin se sont considérablement développées.

Les colonies du tube N° 1 se sont développées de façon semblable.

On a observé dans le tube N° 2 une diminution nette du nombre et de l'importance des colonies.

Le tube N° 3 ne présente plus de colonies.

Il semble donc qu'un courant d'O₃ à faible débit agissant pendant au

moins cinq minutes sur une culture de staphylocoques suffit à arrêter le développement de cette culture.

Mathis contrôla également l'action de l'O₃ sur les plaies en traitement en prélevant les produits de sécrétion de ces plaies avant et après le passage du gaz. Il constata une lyse microbienne intéressante.

Les bacilles sont tués entre deux et vingt minutes.

La destruction des anaérobies nécessite un temps plus long, quinze minutes et plus.

L'O₃ a une action directe sur les microbes qu'il détruit. Morton a émis l'hypothèse que l'O₃ forme un coagulum protecteur et isolant autour des microbes.

Beaufils, d'autre part, aurait constaté un renforcement du pouvoir bactéricide de l'O₃ en présence de la salive.

Pouvoir désodorisant (Expérience de l'Hôpital de Metz). — Utilisation de l'air ozonisé pour désodoriser et assainir les salles de spectacles.

Pouvoir antiparasitaire. — Lavements à l'O₃ contre les oxyures, les ascaris et les trichocéphales (Dr Aubuy).

Pouvoir analgésique (constaté régulièrement). — Périn a pensé que ce pouvoir analgésique serait dû à une production d'ondes courtes au lieu d'émission du gaz.

Ajoutons à toutes ces propriétés que l'Ozone favorise la résolution des œdèmes péri-inflammatoires, active la circulation et la phagocytose.

On pense que la présence d'électrons donne au gaz une activité ionique. Le gaz ainsi électrisé apporte à la cellule vivante l'oxygène polymérisé et en plus un élément physique : les électrons.

Signalons enfin que les ozonides terpéniques ont à peu près les propriétés de l'ozone.

APPAREILLAGE

Il existe des appareils divers. Un mélange gazeux aussi pur que possible doit être utilisé, on préférera par conséquent utiliser l'oxygène à l'air comme produit de base.

L'avantage est d'éliminer ainsi les produits nitreux.

Un autre avantage de partir de l'oxygène est qu'il faudra cinq fois moins de temps pour obtenir la même concentration ou encore dans le même temps on obtiendra une concentration cinq fois plus grande.

Le générateur d'oxygène est une bouteille d'acier (type air liquide) dans laquelle le gaz est comprimé.

L'effluveur à basse fréquence est fait d'une chambre d'effluation dont les parois sont traversées par des courants basse fréquence.

L'oxygène traverse cet effluveur et sort partiellement transformé en Ozone.

La tuyauterie allant de l'effluveur à la canule est en caoutchouc synthétique car l'O₃ attaque le caoutchouc.

L'utilisation d'aiguilles hypodermiques en nickel est très pratique pour insuffler les canaux radiculaires.

La concentration s'obtient de différentes manières, soit par la variation de l'effluation, soit en variant le débit d'oxygène. En principe, les appareils générateurs d'O₃ sont équipés de manomètres et de détendeurs munis de débitres. Connaissant la quantité d'oxygène débitée et la valeur de l'effluation il est facile alors, de faire varier les concentrations. Les constructeurs donnent d'ailleurs un tableau d'étalonnage.

Nous dirons quelques mots des doses dans un autre chapitre.

TECHNIQUE D'APPLICATION

1° Description du matériel.

2° Durée des insufflations, une à deux minutes environ. On fait une insufflation d'une minute dans chaque canal et l'on pratique une ou deux séances.

L'action bactéricide ne se révèle pas immédiatement, elle n'est contrôlable qu'après quinze à vingt minutes environ.

Le malade doit demeurer durant l'insufflation en apnée inspiratoire pour éviter les suffocations, et lorsqu'il respirera de nouveau, éviter l'aspiration buccale.

Enfin, pour éviter ce risque de toux et de suffocation, on peut modifier le gaz excédentaire en entourant la canule d'un tampon de coton imbibé d'hyposulfite de Na à saturation.

Il faut insuffler à pression faible en général.

3° Emploi des ozonides terpéniques. Le plus souvent en bains de bouche, les ozonides terpéniques restituent leur oxygène à la température du corps. On prescrit des bains de bouche à raison d'une cuillère à café par verre d'eau tiède ; 3 à 4 par jour.

On observe une coloration rouge lie de vin sur la langue, les dents et certaines obturations au silicate ; celle-ci est due aux dérivés terpéniques.

Cette précipitation ne se fait qu'en milieu acide ; on l'évitera en faisant rincer la bouche avec une solution de bicarbonate de Na.

INDICATIONS ET EMPLOI DE L'OZONE EN ODONTO-STOMATOLOGIE

Nous distinguerons :

A) La thérapeutique dentaire proprement dite.

B) La thérapeutique stomatologique.

A) *Thérapeutique dentaire*. — 1° Traitement de l'hyperesthésie dentinaire. Fraisage indolore des cavités (collets, caries superficielles).

Il suffit d'insuffler une ou deux minutes la surface douloureuse puis, après quelques minutes d'attente, on peut exciser la dentine douloureuse.

Dès la réapparition de la sensibilité, faire une nouvelle application. Concentration forte (3%).

2° Traitement des pulpites. Après amputation aseptique de la pulpe et de ses annexes, insufflation d'ozone et mise en place de la pâte à canaux préalablement ozonisée (concentration 1,3 à 2%).

3° Traitement des dents infectées. Il s'agit dans la plupart des cas de mono-arthrites apicales aiguës ou chroniques, fistulisées ou non.

Il faut alors une préparation minutieuse de la dent. Exérèse très large de la dentine infiltrée, recherche des canaux, alésage de ceux-ci avec le jeu des broches de Kerr et, si une radiographie a révélé une lésion apicale, il y a intérêt à passer l'apex pour permettre une diffusion certaine du gaz. On se heurte parfois en pratique à des canaux coudés ou presque imperméables et dont le cathétérisme est impossible ; il nous a été permis de constater assez souvent que l'Ozone réussit cependant à diffuser. Il faudra alors recourir à des pressions plus fortes pour favoriser le transit gazeux.

Une technique minutieuse est malgré tout recommandable et nous ne devons pas compter sur la diffusion facile de l'O₃ pour nous dispenser d'une préparation rigoureuse. Le traitement par l'Ozone des infections dentaires permet un gain de temps suffisamment appréciable pour qu'une séance préparatoire puisse être faite avec tous les soins nécessaires. On isole ensuite la dent, on insuffle chaque canal durant 1'. Il y a intérêt à utiliser de fortes concentrations 3% et plus.

Nous avons, dans une expérimentation, panaché la thérapeutique, laissant entre les deux séances soit un tampon de coton stérile, soit un tampon imbibé d'un médicament à base de formol, ou de formaline, soit encore en plaçant dans les canaux des mèches imprégnées ou non de médicaments.

Les résultats obtenus en utilisant *strictement* l'Ozone sans aucun adjuvant, se sont montrés constants et satisfaisants.

Nous avons, en effet, pratiqué des prélèvements dans les canaux des dents infectées *avant*, puis 20' après l'insufflation d'Ozone.

Après ensemencement sur gélose inclinée, l'examen bactériologique a révélé :

Avant l'insufflation : nombreuses colonies de streptocoques et de staphylocoques, quelques B coli ;

Vingt minutes après l'insufflation : diminution notable des colonies les plus abondantes.

Les malades, revus huit jours après, nous avons désobturé les dents aseptiquement et un nouveau prélèvement est fait *in dente*. Ensuite un nouveau prélèvement est fait après la deuxième insufflation et une attente de 20'.

Résultats des deux derniers prélèvements. Le premier révèle encore quelques streptocoques et staphylocoques isolés.

Disparition des germes septiques avec le dernier prélèvement.

Ces contrôles bactériologiques prouvent que l'action de l'O₃ n'est pas immédiate et que l'on aura toujours avantage à faire deux insufflations.

Il est donc permis de se demander si la technique d'une insufflation unique suivie immédiatement de l'obturation offre des garanties suffisantes quant à la stérilisation des canaux.

L'action de l'O₃ a-t-elle eu le temps de se faire et ne faut-il pas attribuer le succès à la pâte antiseptique des canaux ?

Certains auteurs, en effet, utilisent la pâte de Robin pour l'obturation des canaux. Il semble dès lors difficile de départager l'action de l'O₃ de celle du trioxyméthylène contenu dans la pâte, ou encore d'un autre agent médicamenteux contenu dans la pâte.

Dans toutes nos expérimentations, ainsi d'ailleurs que dans notre pratique habituelle, nous obturons avec une simple pâte à l'eugénate de Zn.

On ne saurait, par conséquent, reporter sur la pâte le mérite du succès.

Une troisième séance semble exceptionnelle. La dent obturée, on constate quelquefois des phénomènes transitoires d'intolérance et qui cèdent au bout de 48 heures environ. Il ne faut en aucun cas désobturer, mais aider le malade à supporter des phénomènes d'arthrite au moyen d'analgésiques.

Dans les cas de monoarthrite aiguë, alors que la dent est très douloureuse à l'occlusion, voire même au seul contact de la langue, on constate après l'insufflation d'Ozone la régression très rapide des phénomènes douloureux spontanés et, quelques heures après, le malade peut même appuyer sur sa dent.

Lorsqu'il y a fistule, on en constate la disparition après la première insufflation en règle générale. Quelquefois même, pendant cette insufflation, le gaz s'échappe par l'orifice muqueux ou cutané de la fistule. Dans certains cas (multiradiculées) le cathétérisme de la racine causale n'ayant pu être fait, voire même la recherche du canal s'étant avérée impossible, on doit alors insuffler le gaz dans la fistule elle-même.

Le trajet fistuleux est asséché dans la plupart des cas après la première insufflation.

4° Traitement des alvéolites. On fera chaque jour des insufflations dans l'alvéole avec une canule de grosse section, sans trop de pression et avec des concentrations moyennes, 1,30 à 2%.

On pourra encore faire un lavage ozonisé si l'on possède un générateur d'Ozone suffisamment puissant.

B) *Thérapeutique stomatologique.* — Nous entendons par là, le traitement des suppurations péri-maxillaires, des ostéites et des ostéomyélites, la désinfection des foyers de fractures.

Il est entendu qu'un ostéophlegmon d'origine dentaire doit toujours être traité selon les règles classiques : drainage du foyer, extraction de la dent causale. Mais après l'avulsion, on pratique une insufflation très étendue tant dans l'alvéole qu'au travers du trajet de drainage. La guérison se trouve hâtée et la cicatrice cutanée du drainage plus vite obtenue.

Dans les ostéomyélites, l'Ozone n'est qu'un adjuvant local. Le diagnostic étiologique guidant toujours la thérapeutique, celle-ci sera antisiphilitique dans le cas d'un BW positif. L'anatoxine antistaphylococcique sera indiquée dans le cas de suppurations à staphylocoques.

Dans le cas d'ostéite banale, l'O₃ trouve une indication de choix.

Fractures des maxillaires. Là encore, l'O₃ n'est qu'un adjuvant local,

permettant une désinfection du foyer de fracture et sa désodorisation (avantage apprécié du malade).

Kystes d'origine dentaire. Contre les lésions organisées, l'Ozone semble sans action et la cure chirurgicale nous paraît demeurer la thérapeutique de choix. Cependant, au cours d'une résection apicale, nous ne manquons jamais d'insuffler de l'O₃ dans le canal radiculaire avant son obturation ainsi que dans la poche granulomateuse ou kystique du maxillaire.

Nous avons constaté dans tous les cas une cicatrisation beaucoup plus rapide et des douleurs post-opératoires insignifiantes.

DOSSES

Doit-on parler de doses ?

Certains auteurs semblent utiliser un Ozone à très faible concentration, alors que d'autres aussi unicistes l'emploient à des concentrations élevées. Chacun apporte des résultats thérapeutiques satisfaisants.

On peut alors se demander s'il est bien nécessaire de tenir compte du facteur concentration.

Il nous semble pourtant qu'il a son importance.

En effet, la diffusibilité du gaz n'est pas aussi grande qu'il est permis de le penser. Nous avons réalisé une série d'expériences sur des monoradiculées et nous avons constaté que l'Ozone ne diffusait pas dans certains cas au delà des deux tiers de la racine, laissant le premier tiers apical, le plus intéressant cependant à atteindre, absolument exempt d'une imprégnation gazeuse, nous avons donc pensé qu'une pression plus grande que celle utilisée habituellement était nécessaire, mais nous rappelant que, d'autre part, la concentration pour un débit d'Ozone constant de l'effluveur était inversement proportionnelle à la pression, nous souhaitons voir réaliser des appareils capables de fournir des concentrations un peu plus fortes pour des débits plus grands.

Il semble que les fortes concentrations doivent être utilisées contre les lésions chroniques ou aiguës douloureuses, toutefois rappelons-nous que les compressions gazeuses sont difficilement supportées par les dents atteintes de monoarthrite aiguë.

Une faible concentration convient bien au traitement de l'hyperesthésie dentinaire (1,8 à 2,5 %).

Nous réserverons les concentrations de 3 % et au delà jusqu'à 5 % au traitement des dents infectées et des lésions périapicales.

CONCLUSIONS

Une nouvelle place semble accordée à l'Ozone dans la thérapeutique odonto-stomatologique.

Remis à l'honneur par Fisch en 1935, après de longues années d'oubli, l'Ozone a retenu l'attention de nombreux auteurs qui depuis, se sont attachés à son étude (Dechaume, Rialland, Beaufils, Mathis, etc...).

La désinfection des dents demeure une de ses grandes indications. La rapidité des résultats obtenus, la facilité relative de son emploi ne doivent pas en faire une panacée universelle.

N'oublions pas qu'une préparation minutieuse de la dent est indispensable avant toute insufflation d'Ozone, et que ce procédé thérapeutique doit trouver ses indications bien posées près de cliniciens avertis.

BIBLIOGRAPHIE

- BEAUFILS. — *Ozonothérapie en Stomatologie*. — Thèse, Lyon 1938.
 DECHAUME, GIRAudeau, RABINOVITCH. — *Revue de stomatologie*, 1936.
 FISCH. — *L'Ozone en médecine dentaire*. 1936.
 LACRONIQUE, M^e CHAPUT, MALINGRE. — *Revue de Stomatologie*, 1942.
 MATHIS. — Thèse Paris, 1941.
 RIALLAND. — Paris 1937, *Ozone et Ozonides terpéniques*.
 WULLIEMOZ. — *Du pouvoir bactéricide de l'Ozone* (*Revue médicale de la Suisse Romande*, 1938).

REVUE ANALYTIQUE

ROCHETTE (M.). — **Traitement de la névralgie faciale par l'électro-coagulation du ganglion de Gasser.** (*L'Information Dentaire*, 24 décembre 1944).

Le Dr Rochette, dans une étude sur les névralgies essentielles du trijumeau, passe en revue les divers traitements de cette affection : médicamenteux, physiothérapiques, alcoolisation des branches de troncs du trijumeau et arrive à cette conclusion que le plus souvent, après avoir obtenu des rémissions de quelques mois, voire même quelquefois de plusieurs années, on est amené à conseiller aux malades la section chirurgicale de tout ou partie de la racine sensitive du trijumeau par voie temporale (Frazier) ou occipitale (Daudy), opérations non sans certains inconvénients et réservées aux neuro-chirurgiens expérimentés. Aussi l'auteur préconise-t-il de tenter d'abord une nouvelle méthode thérapeutique signalée et pratiquée par Grinda, de Nice. Ce procédé, préconisé par Kirschner, est précis, sans danger et paraît donner d'excellents résultats, c'est l'électro-coagulation des cellules ganglionnaires, du ganglion de Gasser par ponction transcutanée.

Pour les détails de cette opération on voudra bien se reporter à l'article de Grinda dans le livre de Zeuker sur l'électro-coagulation, édité chez Masson, en 1942, et à l'article paru dans la *Presse Médicale* du 3 juin 1944.

Voici les principes de cette opération :

Sur une radiographie de la base du crâne, exécutée avec l'étrier de direction, il est facile de déterminer avec exactitude le siège des trous ovales à X millimètres de la ligne médiane et à X millimètres en avant de l'axe des conduits auditifs. Ainsi quelles que soient l'épaisseur des parties molles et les variations individuelles du crâne, le centre du trou ovale est déterminé avec exactitude dans les trois plans de l'espace. L'étrier viseur qui tourne comme une visière autour de l'axe des trous ovales, conduira automatiquement l'aiguille à ponction au centre du trou ovale et de là dans le ganglion de Gasser.

Suivant l'incidence choisie l'aiguille atteindra soit le tiers externe, siège des névralgies du maxillaire inférieur, soit le tiers moyen, siège des névralgies du nerf maxillaire supérieur.

En aucun cas, elle ne peut atteindre le tiers interne ophtalmique du ganglion. En aucun cas non plus elle ne peut dépasser son but et perforer le cavum de Meckel, grâce au curseur de frein qui limite la profondeur de pénétration de l'aiguille au delà du trou ovale. Sous anesthésie générale légère à l'évipan, l'aiguille munie de son trocart est introduite par ponction cutanée, puis remplacée par la sonde électro-coagulante. Un variomètre et un milliampèremètre de précision offrent le choix de coagulation faible, moyenne ou forte suivant le résultat recherché.

Ainsi, grâce à des variations d'incidence et de profondeur de l'aiguille et d'intensité du courant, l'opérateur peut détruire d'une façon élective les cellules ganglionnaires du ganglion de Gasser, siège de la névralgie du trijumeau. Toute l'intervention demande quelques minutes. Dès leur réveil, les malades sont guéris de leur effroyable infirmité. On doit noter la simplicité, la rapidité et la précision très grande de cette intervention. Grinda et Kirschner insistent sur le fait que dans aucun cas il n'y eut d'incidents.

P V

SUAREZ DEL VILLAR (D.). — **Les avitaminoses en Odontologie.** (*Anales Espanoles de Odontostomat.*, n° 12, décembre 1943).

L'auteur fait un exposé des lésions bucco-dentaires produites par les diverses avitaminoses :

La carence de vitamine A donne des troubles du développement de l'épithélium gingival dont résultent l'hyperplasie et l'infection.

La carence de vitamine B1 qui découle parfois d'une alimentation trop riche en hydrocarbonés, donnerait des troubles de la dentition et de la carie dentaire ; celle-ci aurait peut-être pour cause une altération chimique de la salive.

La carence de vitamine B2 donnerait des altérations muqueuses.

La carence en vitamine PP rendrait la muqueuse particulièrement sensible au fuso-spirochète de Vincent.

La carence de vitamine D donne des troubles d'éruption dentaire et de l'hypoplasie.

La carence en vitamine C donne le scorbut.

La carence en vitamine K favorise les hémorragies.

P.V.

GREGOR et LONG. — Les pastilles de Pénicilline dans le traitement des gingivo-stomatites ulcéreuses aiguës (type Vincent). (*British Dental Journ.*, 19 janv. 1945 ; *In Information Dentaire*, 18 mars 1945).

Les auteurs étudient tout d'abord la question de l'étiologie de cette affection. Deux facteurs principaux interviennent dans l'apparition de ces gingivo-stomatites :

1° La prédisposition due à l'affaiblissement de la résistance des tissus gingivaux et qui a pour origine des conditions locales ou générales : infections générales, carences vitaminiques, stomatites ;

2° L'invasion des tissus, soit par un agent ou virus non encore connu qui crée des conditions favorables au développement du spirochète et du bacille fusiforme, soit par les micro-organismes eux-mêmes. Il est de notoriété courante que la présence de l'association fuso-spirillaire est constante dans cette affection.

Le traitement habituel (vitaminothérapie, traitements arsénicaux, nettoyage mécanique de la denture, cautérisations chimiques) ne donne pas, en général, de résultat appréciable. Aussi, le fait que la plupart des anaérobies sont sensibles à la pénicilline, incitèrent les auteurs à expérimenter ce produit dans ces cas pathologiques. Employée d'abord en pulvérisations, la pénicilline ne donna pas de résultats satisfaisants, probablement en raison du fait que son action sous cette forme était trop fugace ; il apparaissait donc qu'il fallait trouver le moyen de maintenir une concentration suffisante du produit dans le milieu buccal. Les auteurs essayèrent alors l'effet de la pénicilline sous forme de pastilles et les résultats obtenus furent alors excellents.

Expérimentalement il a été prouvé que la pénicilline restait active sous cette forme, qu'une concentration efficiente pouvait être obtenue et que les pastilles se conservaient actives pendant au moins trois mois. La dose standard employée fut de cinq cents unités ; cependant des pastilles ne contenant que deux cent cinquante unités ont donné de très bons résultats.

Un nombre important de malades a déjà été traité et avec succès. Pas de récurrences depuis six mois. Tous les symptômes disparurent rapidement en quelques jours et sans qu'aucun autre des traitements habituels fût employé concurremment.

En conclusion, on peut donc dire que les gingivo-stomatites ulcéreuses peuvent être traitées avec les pastilles de pénicilline plus simplement et plus rapidement que par toute autre méthode. P.V.

ROCHETTE (M.). — Anesthésie du nerf maxillaire supérieur par la voie sus-zygomato-malaire. (*L'Information Dentaire*, 25 février 1945).

L'auteur commence par rappeler les trois voies d'accès classique pour anesthésier le nerf maxillaire supérieur dans la fosse ptérygo-maxillaire :

- 1° La voie buccale par le canal palatin postérieur ;
- 2° La voie sous-zygomatique lorsque la précédente n'est pas possible ;
- 3° La voie orbitaire lorsque les deux voies précédentes sont contre-indiquées.

Il existe une quatrième voie d'accès, la voie sus-zygomato-malaire qui, pour M. Rochette, est la voie la plus simple et la plus sûre et qui, cependant, n'est ni très souvent décrite, ni très souvent utilisée.

Après un succinct rappel anatomique de la région, l'auteur décrit la technique de l'intervention.

Le patient ayant la tête droite, le point où l'on doit enfoncer l'aiguille est sur la perpendiculaire à l'arcade zygomatique menée par l'articulation temporo-malaire, c'est-à-dire à un centimètre en arrière de l'angle formée par le zygoma et l'apophyse orbitaire externe du malaire au-dessus et au ras du zygoma.

Ces points de repère étant établis, après une anesthésie cutanée avec la solution de novocaïne à 2 %, on pousse l'aiguille horizontalement et perpendiculairement au plan tégumentaire, à une profondeur de 4 centimètres et demi environ. On pénètre ainsi dans le sommet de la fosse ptérygo-maxillaire au niveau du trou grand rond ; on injecte alors deux centimètres cubes de solution de novocaïne à 5 %.

Ce procédé simple et sûr a l'avantage de présenter la plus courte distance à parcourir des téguments jusqu'au nerf et en plus, le fait d'aborder la fosse ptérygo-maxillaire à son plafond, diminue les chances de blesser la maxillaire interne et le plexus veineux ptérygoïdien.

Il faut cependant signaler qu'une crête temporale anormalement basse peut être un léger obstacle au cheminement de l'aiguille. Dans ce cas, il suffit, pour contourner l'obstacle, d'abaisser très légèrement la pointe de l'aiguille qui pénétrera alors dans l'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire. Trois schémas illustrent cette note, et éclairent parfaitement la technique de ce procédé d'anesthésie. P.V.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 16 janvier 1945.

ALLOCUTION INAUGURALE DU PRÉSIDENT

Mesdames, Messieurs, Mes Chers Collègues,

Des circonstances exceptionnelles, nées des jours glorieux que nous venons de vivre, font que vous m'avez appelé prématurément à la Présidence de votre Société. J'en conçois une fierté légitime, en même temps qu'une émotion véritable.

Me trouver à cette place, tant enviée, et après tant de confrères illustres, appelé par vos suffrages unanimes, à la présidence de la plus ancienne société scientifique de notre corporation, voilà qui, certes, suffirait à faire de ce jour l'un des plus beaux de ma vie professionnelle, et le plus propre aussi à me remplir de confusion.

Pour m'accabler, et pour rendre plus difficile le lourd tribut de gratitude dont je vous suis redevable, il faut encore qu'un fait de notre vie nationale vienne s'en mêler, un fait qui tient au cœur de chacun de nous :

Ce soir, pour la première fois depuis quatre ans, la Société d'Odontologie de Paris, tient sa première séance dans un Paris Libre.

Ne vous est-il point parfois arrivé de rêver, et de vous croire au spectacle, d'être porté soudain de la salle sur la scène, changé de spectateur en acteur, et contraint d'y tenir un rôle ?

Alors notre voix expire, et l'angoisse nous éveille.

En ce moment, j'ai comme une crainte de m'éveiller.

J'ai le sentiment de n'être pas à ma place habituelle qui est sur les bancs de cet amphithéâtre, où, hier (c'était il y a vingt ans), je n'étais encore qu'un élève turbulent et frondeur.

Et, lorsque, levant les yeux vers vous, mon regard se pose sur ces visages connus depuis si longtemps pour être ceux de mes maîtres, lorsque j'aperçois telle personnalité plus marquante, lorsque je reconnais tant de confrères dont la valeur est unanimement admise, j'ai le sentiment alors d'une énorme et inhumaine mystification à mon égard....

Mais il faut bien que je me rende à l'évidence, et, si je ne puis m'empêcher de penser que mon acceptation à la charge que vous m'avez confiée, est de ma part d'une intolérable fatuité, du moins suis-je bien obligé de me résigner devant tant d'honneur et de responsabilité, et de me pénétrer de ce mot de Duhamel :

« Qu'un homme raisonnable qui se trouve recevoir un titre, se doit d'exercer la fonction avec loyauté, avec exactitude. »

Je vous fais la promesse, Messieurs, de ne jamais m'écarter de cette proposition, de faire tous mes efforts pour m'y tenir, et ces efforts seront louables, puisqu'ils viseront à atteindre ce que fut la présidence de mon éminent prédécesseur, M. PIERSON, chez lequel vous avez su, dès longtemps, discerner les hautes qualités scientifiques, l'autorité et le tact dans des circonstances particulièrement délicates.

J'ai la triste mission, Messieurs, d'évoquer devant vous la disparition de quelques-uns de nos confrères. Notre société a été particulièrement éprouvée durant cette année 1944.

Mon collègue et ami LAURIAN, a été touché dans son affection la plus vive, celle d'un père qui avait été son premier maître.

M. HUET, l'un des représentants les plus appréciés de l'Odontologie Belge, est également décédé. Ancien élève de cette école, il dirigea pendant 40 ans le service Dentaire de l'hôpital d'Ixelle, et fut l'un des fondateurs du Centre Documentaire Dentaire.

Notre confrère ROBINE, nous a quittés, dont la philosophie douce, aimable, souriante, faisait de lui l'une des personnalités les plus pittoresques de la profession.

Enfin, M. Charles HEMARDINQUER, auquel j'étais lié par une profonde amitié, est mort subitement dans les bras du meilleur et du plus fidèle de ses amis, P. A. CANNIVET, ancien membre du corps enseignant de cette école.

J'étais loin de me douter, en 1924, lorsqu'il me conseillait d'entreprendre mes études dans cette maison, qu'un jour je lui dirais un trop bref et suprême adieu du haut de cette tribune.

Charles HEMARDINQUER, qui avait été le collaborateur de M. CURIE, avait abandonné les joies de la recherche pure, pour se consacrer à l'œuvre ingrate d'enseigner la physique, il y excellait, tant à la faculté des sciences que dans cette école où il était profondément aimé.

Au nom de la Société d'Odontologie, j'adresse aux familles éplorées mes condoléances attristées.

Dans la conjecture présente, si nous avons la joie de retrouver parmi nous certains confrères que des lois d'exception les plus injustes avaient écartés un temps de nos travaux, c'est douloureusement que nous tournons nos regards sur ceux qui sont absents ce soir.

Ceux d'abord qui ont donné leur vie pour la plus noble des causes, pour que vivent nos libertés.

Ceux, qui, au nom de la plus effroyable aberration du sens humain, sont tenus dans l'exil le plus atroce.

Pour ces derniers, quels vœux pouvons-nous légitimement former dans l'angoisse où nous sommes, hélas trop justifiée, de ne jamais les revoir ?

Pour les premiers, Messieurs, il n'est point de paroles qui puissent glorifier leur sacrifice.

Sachons nous souvenir d'eux, de leur noblesse, sachons recueillir et précieusement conserver la leçon qu'ils nous donnent au delà du tombeau....

Je vous demande, Messieurs, de vous recueillir pendant une minute dans le silence, qui, seul, peut les honorer comme il convient.

X Sur l'organisation de nos séances de travail, Messieurs, je n'aurai que peu de choses à vous dire.

Je ne suis pas spécialement traditionaliste, mais depuis 1880, date qui marque la fondation de notre Société, l'évolution naturelle s'est chargée de donner une forme à nos réunions mensuelles. Je n'aurai garde d'y toucher.

Je voudrais toutefois vous faire part d'un désir bien modeste, relatif à certaine rubrique de nos ordres du jour, je veux parler de ces « faits de pratique courante ».

Cette rubrique morte-née me désole, et je voudrais m'employer avec vous à la faire revivre. M. BERNARD avait exprimé la même intention en 1938, M. BEAUREGARDT en 1940, et M. PIERSON l'année dernière.

Il ne semble pas qu'ils aient été suivis, mais les circonstances ne se prêtaient guère alors, à charger nos séances, limitées que nous étions par le temps.

Il s'agit pour vous de nous rapporter, très succinctement, très brièvement, tel fait d'observation, telle constatation expérimentale, tel incident opératoire, tel accident imprévisible, qu'il est donné à chacun de nous de rencontrer au cours de ses actes professionnels.

C'est une très courte note que nous vous demandons de rédiger, et de bien vouloir nous envoyer afin que nous puissions la faire figurer à l'ordre du jour de la séance suivante.

Nous suivrons en cela l'exemple d'une des sociétés médicales les plus importantes, la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, qui est certainement la société la plus vivante qui soit.

Je compte sur vous, Messieurs, car je sais bien qu'on ne fait jamais appel en vain à votre bonne volonté.

Laissez-moi cependant vous faire un appel pressant.

Cet appel est d'ailleurs de tradition dans l'allocution inaugurale du président, celui de vous demander de collaborer, d'abord par votre présence assidue à nos réunions, ensuite par l'apport de vos travaux personnels, enfin par la communication de vos réflexions. Dois-je vous redire ce que tant de fois on vous a dit, que vous devez à la grandeur de votre Institution.

Vous savez trop bien quelle place elle occupe dans notre profession, tant sur le plan national qu'international.

Vous vous devez de perpétuer la réputation qu'elle a acquise, tant à l'intérieur qu'en dehors de nos frontières, sous l'impulsion de maîtres aujourd'hui disparus, mais dont les noms demeurent des exemples : FREY, MARTINIER, Georges VIAU, Georges VILLAIN, CHENET.

Cette réputation, elle ne peut faiblir, bien sûr, puisque nous avons parmi nous les dignes descendants de cette pléiade magnifique, puisque nous pouvons nous reposer sur l'autorité d'hommes tels que : MM. BLATTER, BEAUREGARDT, ROY, BONNET-ROY, HOUSSET, LEBLAN, SOLAS, H. VILLAIN.

Cet appel je ne me permettrai pas de le faire à ceux-là même qui ont donné, et qui donnent encore le meilleur de leur temps, de leur intelligence, de leur foi, à la cause qui nous est chère.

C'est aux plus jeunes que je m'adresse, ils se doivent de soulager, d'aider de toute l'ardeur dont ils sont capables, leurs grands aînés.

Ils ne manqueront pas de le faire, « ayant appris à les respecter, et à ne diminuer jamais rien de l'estime qui leur est due » ainsi que l'écrivait en 1757, M. BOURDET, dentiste, reçu au collège Royal de chirurgie,

Il y a quelques jours, en lisant le message que le Général DE GAULLE adressait aux Français à l'occasion du nouvel an, je fus arrêté par cette phrase assez propre à donner à chacun de nous une leçon d'humilité.

« Il n'est que trop facile, disait-il, de découvrir les erreurs et les fautes des autres ».

C'était une invitation implicite, faite à chacun de nous, à nous replier sur nous-mêmes, à faire en quelque sorte notre examen de conscience.

Il m'apparut qu'à la veille d'occuper la place d'où je vous parle, j'avais le devoir de faire, honnêtement, sur le plan professionnel, cet examen de conscience, de le faire en Odontologiste.

Les Odontologistes, me disais-je, prétendent avoir été les premiers à concevoir et à organiser les études dentaires en France... cette assertion n'est-elle pas une prétention inadmissible ? est-il possible, dans un état comme la France, que l'on ait laissé cette profession sans statut ?

Et je dus me répondre que nul doute n'était possible à cet égard, qu'effectivement c'était une notion historique, à laquelle d'ailleurs, nul ne contredisait.

Je me demandais encore si les Odontologistes avaient pris le soin réel de faire nos études ce qu'elles devaient être, s'ils ne les avaient pas laissées s'embourber dans une routine paresseuse, s'ils avaient eu vraiment le désir de les perfectionner....

Et, la longue histoire des multiples réformes de notre enseignement, se déroulait devant mes yeux....

Trois modestes années d'études d'abord, puis cinq ans un peu plus tard, tant il s'avérait que la matière était complexe. Enfin, le relèvement du diplôme de base, qui plaçait l'étudiant en chirurgie dentaire sur le même plan d'évolution culturelle que l'étudiant en médecine.

Ces améliorations substantielles acquises, et bien acquises, étaient-elles de nature à satisfaire ceux qui ont la charge de régler dans un ordre meilleur notre enseignement ?

Ne le croyez pas, puisque, tout récemment, sous le long et patient effort de mon maître Housset, l'étude de l'anatomie dès le stage, de la biologie, de la mécanique, de la métallotechnie, venait encore combler une lacune regrettable.

Ainsi donc, sur ce point encore, il n'y a pas à en douter, cette volonté de mieux faire n'a pas quitté l'esprit de notre confrérie.

Mais, pensais-je, ces « autonomistes » n'ont eu peut-être que le souci d'eux-mêmes, un farouche égoïsme était le seul mobile de leurs actions. Ils n'ont sans doute jamais considéré le problème que sous l'angle de leur intérêt propre, sans plus se soucier du bien public.

Et, parcourant l'un des nombreux rapports chargés d'éveiller l'attention endormie des pouvoirs publics, j'appris que les huit mille dentistes exerçant en France, voulaient être 50.000, afin d'établir une parité entre la France et les États-Unis d'Amérique, pays, où, nul ne l'ignore, les qualités des professionnels de l'art dentaire, et partant, l'hygiène de la bouche, sont parvenus à des sommets difficiles à atteindre.

Il me serait possible, vous le savez, Messieurs, de multiplier les réponses édifiantes aux questions que se pose ma conscience.

Je m'en abstiendrai, comme je m'abstiendrai de conclure.

Une conclusion m'entraînerait peut-être à « découvrir chez les autres des erreurs ».

Sans contester, nous avons beaucoup à travailler pour parfaire la grande œuvre commencée. Nous avons des lacunes, de graves lacunes à combler, nous ne le savons que trop.

Sachons élever sans cesse notre moralité : on ne fait rien de grand sans cela.

Sachons nous faire estimer dans notre tâche de chaque jour.

Sachons élever nos cœurs.

Sachons faire taire nos égoïsmes.

Sachons nous dominer.

Sachons enfin travailler dans l'union, non point celle que l'on proclame sans cesse, mais celle que l'on pratique effectivement.

C'est le vœu ardent et le plus cher que je forme, je le livre à vos méditations.

D^r J. DELIBÉROS.

Séance du 10 avril 1945

La séance est ouverte à 20 h. 45, sous la présidence du D^r DELIBÉROS qui donne la parole à M. POCHARD, pour sa communication : *Considérations générales sur l'acupuncture en art dentaire*.

Plaçant sa conférence sous l'égide de l'esprit homéopathique, M. POCHARD nous entretient d'abord des rapports de l'Homme avec le Cosmos, de la continuité d'organisation de l'Univers sous l'action de deux forces : positive centripète ou de condensation d'une part, négative centrifuge ou de rayonnement d'autre part, et dont l'un des systèmes humains de réception forme un système de double solénoïde dans lequel circule un courant ionique, et dont certains points reliés au sympathique, constituent des centres de répercussion des altérations fonctionnelles et surtout, sous le nom de « point chinois d'acupuncture », des points de rétablissement de ces altérations : causes primitives des douleurs et des troubles lésionnels.

Etudiant les « zones de Head », il en montre la parfaite identité avec ces points

et signale l'importance d'une synthèse sous cette anatomie sympathique cyclométrique de tous les troubles sympathiques.

Prendent part à la discussion : le D^r ROY et le D^r DELIBÉROS.

La parole est ensuite donnée à M. MAZARS qui nous présente sa communication : *Perforation palatine post-opératoire*.

L'auteur nous présente un cas de kyste suppuré de la voûte palatine en rapport avec D2, présentant une mortification pulpaire sans carie. Après examen radiographique, l'enucléation kystique et la résection de D2 sont décidées. La question se pose de savoir si l'intervention dans un cas semblable est préférable par la voie vestibulaire, le foyer septique étant du côté palatin, ou par la voie palatine pour éviter une perte de substance préjudiciable à l'esthétique.

L'enucléation kystique fut pratiquée par voie palatine. Le malade ne revint que cinq jours après l'intervention ; ayant négligé tout soin post-opératoire, même le plus élémentaire, il présentait une perforation naso-palatine...

A la suite de cette observation clinique le D^r BONNET-ROY prend la parole et indique que les interventions sont toujours contre-indiquées par la voie palatine et que, même si l'évolution kystique intéresse cette région, l'opération doit toujours être pratiquée par la voie vestibulaire.

Le D^r ROY, ainsi que le D^r DELIBÉROS partagent l'opinion du D^r BONNET-ROY et insistent sur la nécessité de bien respecter ce principe fondamental.

M. NEUENSCHWANDER prend également part à la discussion.

MM. D^r AYE et MAZARS nous présentent ensuite des images fixes destinées à illustrer les conférences faites par les Dentistes du Comité National d'Hygiène Dentaire.

A la suite de la présentation de ce film, le D^r ROY revient sur l'intérêt de donner les indications précises sur le brossage des dents.

MM. CECONI et RIVAUT prennent part à la discussion.

Le Secrétaire général : M. RIVAUT.

Séance du 1^{er} mai 1945

La séance est ouverte à 20 h. 30, sous la présidence du D^r DELIBÉROS, qui donne la parole au D^r CLAOUÉ, pour sa communication : *Transport des lambeaux tubulés par inclusion dermique ou procédé de la sangsue*.

Dans tous les cas de réparation des difformités physiques par perte de substance, l'auteur attire l'attention des chirurgiens sur l'intérêt de prélever le matériel nécessaire dans les lieux cachés et à distance, pour éviter qu'à la difformité principale ne s'ajoutent de nouvelles difformités secondaires. A cet égard, la région abdominale est la région de choix pour un prélèvement cutané puisqu'elle présente, chez l'homme, une réserve considérable de matière plastique en graisse et en peau.

Si la méthode, par transport antébrachial, facilite le problème du transport des lambeaux et paraît plus pratique que la méthode par enjambements successifs, il n'en reste pas moins vrai que la plus grande difficulté à vaincre réside dans la prise de l'extrémité libre du lambeau, aux différents relais de la migration. L'auteur insiste surtout sur l'intérêt qu'il y a à utiliser les propriétés vasculaires du derme, en conseillant l'inclusion dermique de l'extrémité du lambeau.

Le lambeau se nourrit ainsi par contact dermo-dermique, selon une très petite surface d'implantation, d'où le nom de « procédé de la sangsue » donné par l'auteur à sa technique. De plus, il ne reste ensuite qu'une cicatrice très minime de ce passage.

Après description de cette technique, l'auteur insiste sur l'inopportunité de faire naître de trop grands espoirs chez les mutilés, risquant ensuite, en cas d'échec, d'aggraver leur cas psychologique par la présence de nouvelles cicatrices s'ajoutant à une mutilation trop souvent mal réparée.

Une discussion s'ensuit à laquelle prend part notamment M. PIERSON.

La parole est ensuite donnée au D^r DREYFUS qui nous expose : *Un cas d'Hémotripsie hémorragipare*.

De cette observation, nous pouvons conclure que devant un échec de l'hémostase non expliqué par une cause locale, il y a lieu de chercher immédiatement ailleurs la raison de l'échec. D'autre part, notre attention est attirée sur une affection particulière très curieuse dans ses manifestations, et qui cadre très exactement avec ce que l'on sait depuis une vingtaine d'années, d'un syndrome auquel le D^r Paul CHEVALLIER a donné le nom d'hémotripsie hémorragipare.

Quant au mécanisme intime de cette affection on en est réduit aux hypothèses ; on semble admettre que l'hémorragie première agirait comme un antigène en déterminant des modifications sanguines capables d'aboutir à réaliser, sur un terrain spécial, un état hémorragique. La transfusion sanguine est la méthode de choix.

Le D^r ROY argumente cette communication et indique qu'avec le sérum de Roux, plus facile à se procurer, on obtient des résultats immédiats.

Prendent part à la discussion : MM. le D^r DELIBÉROS et CECONI.

Le Président donne la parole à M. WALTER pour sa communication : *Procédé de métallisation des porcelaines dentaires permettant leur fixation sur les plaques de prothèse métallique.*

Etudiant ce procédé pour les porcelaines en général, l'auteur signale que c'est M. PIERSON qui attira son attention sur l'intérêt de l'utilisation de sa méthode dans la profession dentaire. Nous sommes donc au stade expérimental mais cependant plein de promesses.

Le conférencier insiste sur la nouveauté de sa métallisation. Il utilise des argentes et des dorures dont la composition chimique est : 50 % de métal à l'état colloïdal et 2 à 5 % de fondants minéraux. Ce pourcentage comporte également une petite proportion de métaux à bas point de fusion tel que le bismuth, susceptible de donner des alliages binaires, voire même ternaires, dans certains cas d'un très bas point de fusion et permettant la formation et la combinaison de la silice et du métal noble employé. Ces produits contiennent également des matières organiques à base d'essences.

L'auteur présente quelques spécimens de dents métallisées et indique qu'il utilise deux fours respectivement à 800 et 750° où les porcelaines sont successivement placées un quart d'heure. Pour augmenter la couche, l'opération peut être répétée plusieurs fois.

Dans sa deuxième communication, M. WALTER propose une amélioration de fonte à haute température : un contrôle rigoureux de la température du dit four à 2 ou 3° près, pour 1.300° environ, et le contrôle également de l'atmosphère de ce four, qui peut être oxydante ou réductrice ou correspondant à tel gaz ou à plusieurs gaz, en utilisant un mélange-doseur de gaz.

Ces deux dernières communications sont argumentées par MM. NEUENSCHWAN-DEK, RIGOLET, CECCONI, DUPONT et RIVAUT.

Le Secrétaire général : M. RIVAUT.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 24 avril 1945

Président : M. Georges DELARRAS.

La Séance est ouverte à 20 h. 30.

M. CORNIU, Professeur à l'École Odontotechnique, représentant le Comité d'Hygiène Bucco-Dentaire, présente et commente deux films à images fixes, destinés à être projetés dans les écoles primaires au cours de conférences d'hygiène bucco-dentaire.

Le premier film rappelle les notions élémentaires d'anatomie et de physiologie et se propose de démontrer que la bouche est la principale porte d'entrée des maladies.

Le second film a trait plus spécialement à la pathologie bucco-dentaire et montre la nécessité des soins exécutés précocement.

Le Dr DÉLIBEROS argumente cette projection.

Puis le Dr BÉAL, stomatologiste assistant des hôpitaux, à propos des fractures maxillaires expose une méthode de traitement original en pratiquant une hypercorrection au moyen de coin élastique.

Après avoir rappelé un travail antérieur qu'il fit sur ce sujet en 1944, l'auteur présente l'observation d'une disjonction cranio-faciale avec gros déplacement latéral et torsion du massif facial, dont la contention fut obtenue par blocage bi-maxillaire au moyen de ligature d'Ivy et complétée par le procédé de coin élastique, c'est-à-dire l'interposition d'une lame de caoutchouc prise dans la manchette d'un vieux gant de Chaput pouvant être pliée, cousue et taillée à la demande. Cette lame rend la traction inter-maxillaire plus souple et réalise temporairement une hypercorrection, très utile pour vaincre les résistances diverses qui s'opposent à la réduction.

Le Dr Gérard MAUREL argumente le Dr BÉAL, puis le Président donne la parole à M. ROHNER, au sujet d'une proposition d'entraide et de secours aux confrères sinistrés prisonniers et déportés, puis d'entraide sociale dont tous les prisonniers et déportés pourraient bénéficier.

Cette proposition émane du Secours Dentaire International, dont M. ROHNER est le représentant ; celui-ci sollicite de tous les Confrères des suggestions pour organiser d'une manière effective cette œuvre d'entraide.

Le Prof. J. LEVEUF, au cours d'une conférence magistrale, expose le rôle de l'arthrographie dans le traitement des luxations congénitales de la hanche.

Après avoir défini les luxations congénitales et les sub-luxations, tracé le rappel anatomique de l'articulation, le Prof. LEVEUF, faisant l'historique des méthodes de traitement, montre les résultats déplorables obtenus par la méthode orthopédique : 1/5 seulement des luxations étant convenablement réduites, dans les autres, des lésions graves sont occasionnées par les manœuvres de réduction violentes.

Pour éviter ces échecs, il faut par le principe de l'arthrographie savoir si les luxations sont réductibles ou irréductibles et dans ce cas les réduire chirurgicalement, après avoir enlevé les obstacles. L'arthrographie consiste à injecter dans l'articulation une substance de contraste visible aux rayons X.

Dans les cas de réduction sanglante le pourcentage de mortalité était énorme, dû au choc opératoire, le Professeur décrit sa technique pour supprimer l'effet du choc opératoire qui consiste à injecter dans une veine du sérum goutte à goutte contenant de l'adrénaline pour corriger les oscillations artérielles, jusqu'à ce qu'elles redevennent normales.

Le Professeur décrit ensuite la technique opératoire qu'il illustre de nombreuses projections et montre les magnifiques résultats que l'on peut obtenir grâce à l'arthrographie.

Il insiste enfin sur l'importance sociale de cette intervention.

Le Dr Gérard MAUREL commente cette communication magistrale et le Président remercie et félicite les conférenciers et argumentateurs.

La séance est levée à 23 heures.

Le Secrétaire Général : Robert DUPONT.

BULLETIN

de l'Association Générale des Dentistes de France

LÉGISLATION

MINISTÈRE DES PRISONNIERS, DÉPORTÉS ET RÉFUGIÉS

Décret n° 45-808 du 20 avril 1945 relatif à la réquisition des médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes

Article premier. — A dater de la promulgation du présent décret et jusqu'à une date qui sera fixée par décret, les médecins non mobilisés et les femmes médecins de nationalité française ou ressortissants français sont tenus, sans ordre spécial, de continuer sur place l'exercice de leur profession.

En outre, tous les docteurs en médecine et étudiants en médecine des deux sexes peuvent être requis par le ministère de la santé publique soit pour donner des soins à la population civile, soit pour être affectés à un service public, notamment le contrôle médical des prisonniers et déportés après leur rapatriement.

Ces dispositions s'appliquent également aux médecins étrangers autorisés à exercer la médecine en France.

Art. 2. — Les médecins affectés hors de leur résidence habituelle ont droit au logement.

Art. 3. — Les médecins et les étudiants en médecine ayant au moins vingt inscriptions et seize s'ils sont internes des hôpitaux de villes de faculté chargés de soigner la population civile hospitalisée ou non sont rémunérés dans les conditions habituelles ; ils continuent notamment à recevoir les honoraires de la clientèle ainsi que des collectivités publiques pour le traitement des malades à la charge de ces collectivités.

Art. 4. — Les médecins peuvent être requis pour assurer un service de façon intermittente ou à temps partiel. En dehors des obligations qui leur sont imposées, ils continuent l'exercice normal de leur profession.

Art. 5. — Les médecins, nés après le 1^{er} janvier 1900, les médecins volontaires et les étudiants en médecine, peuvent être affectés hors de leur résidence habituelle : ils sont alors chargés d'un service permanent.

Art. 6. — Les médecins affectés hors de leur résidence habituelle sont, en principe, maintenus à l'intérieur de la région sanitaire où ils exercent habituellement leur profession.

Les affectations sont prononcées par le commissaire de la République sur proposition du directeur régional de la santé et de l'assistance.

Art. 7. — Toutefois, si, dans une région, le nombre de médecins ou de spécialistes est insuffisant pour assurer l'exécution du contrôle médical des rapatriés ou de tout

autre service public, des demandes de personnel complémentaire sont adressées au ministère de la santé publique.

Art. 8. — Les médecins chargés, de façon intermittente ou à temps partiel, du contrôle médical des rapatriés ou de tout autre service public, reçoivent une rémunération calculée sur la base de vacations dont le montant est fixé par arrêté du ministre de la santé publique et du ministre des finances.

Art. 9. — Les médecins et les internes des hôpitaux de villes de faculté chargés de façon permanente de ce contrôle médical ou de tout autre service public, à l'exclusion de tout exercice de clientèle, ont droit à un traitement égal au traitement de début de médecins adjoints de sanatoriums publics.

Art. 10. — Les étudiants en médecine chargés de façon permanente de ce contrôle médical ou de tout autre service public reçoivent un traitement fixé par arrêté du ministre de la santé publique et du ministre des finances.

Art. 11. — Les médecins et les étudiants en médecine requis ont droit au remboursement de leurs frais de déplacement suivant les tarifs fixés par les arrêtés en vigueur du ministre des finances.

Art. 12. — Les médecins et les étudiants en médecine visés à l'article premier ci-dessus, doivent notifier immédiatement tout changement de domicile à la préfecture de leur ancienne résidence.

Art. 13. — Le décret du 28 novembre 1938 sur les réquisitions est applicable pour toutes les questions qui n'ont pas été réglées par les dispositions qui précèdent.

Art. 14. — Sauf accord avec le ou les médecins de la localité, les médecins déplacés par ordre dans les conditions prévues à l'article 4 ne pourront, pendant un délai de cinq ans à compter de la date de cessation des hostilités, exercer leur art dans la localité où ils ont été envoyés et dans un rayon de 20 km. autour de cette localité. Des dispositions spéciales pour les villes ou les agglomérations de plus de 500.000 habitants seront prises par arrêté.

Art. 15. — Les dispositions de l'article 3 sont applicables aux pharmaciens et aux chirurgiens-dentistes.

Les dispositions prévues pour les étudiants en médecine sont applicables aux étudiants en pharmacie et en art dentaire des deux sexes.

Art. 16. — Les infractions aux dispositions du présent décret sont passibles des sanctions prévues à l'article 31 de la loi du 11 juillet 1938.

Art. 17. — Sont abrogées toutes dispositions contraires au présent décret.

Art. 18. — Le ministre de l'intérieur, le ministre de l'économie nationale et des finances, le ministre des prisonniers, déportés et réfugiés et le ministre de la santé publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal Officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 20 avril 1945,

G. DE GAULLE.

AVIS TRÈS IMPORTANT

En raison des gros sacrifices que les circonstances présentes imposent à notre journal (augmentation considérable du prix de revient) le Comité de Rédaction et d'administration de *L'Odontologie* serait reconnaissant à tous les **Membres du Groupement de l'Ecole Dentaire de Paris et de l'Association générale des Dentistes de France** d'une part et aux **Abonnés** d'autre part, de vouloir bien faire parvenir à la Trésorerie le montant de leur **cotisation ou abonnement pour 1945**, soit : **100 francs**.

Nous prions instamment les Membres du Groupement qui restent débiteurs de plusieurs cotisations de faire un effort et de se mettre en règle. Nous les remercions par avance.

Afin d'éviter les frais de recouvrement actuellement très élevés, il est recommandé de faire les envois directement, soit par chèque bancaire, soit par un mandat-poste ou virement au **Compte Chèques postaux : Ecole Dentaire de Paris N° 307.72**.

Après la parution du présent numéro (mai-juin 1945), nous nous considérerons autorisés à faire présenter, par la poste, les quittances majorées de 15 fr. (*quinze francs*) pour frais de recouvrement à ceux qui auraient négligé cette recommandation.

NÉCROLOGIE

Georges ANDRÉ (1876-1945)

C'est avec une grande tristesse que nous annonçons à nos lecteurs la mort de notre bon confrère Georges ANDRÉ, l'un des plus anciens membres du Conseil d'Administration de l'École Dentaire de Paris dont il faisait partie depuis 37 ans.

Diplômé de l'École en 1897, de la Faculté de Médecine en 1900, G. ANDRÉ fut pendant 28 ans, de 1906 à 1924, démonstrateur à l'École qui, en reconnaissance de ses services lui attribua, en 1910, sa Médaille d'argent, puis sa Médaille d'or en 1931. Il était depuis 30 ans Dentiste-inspecteur de l'École Normale d'Instituteurs de Versailles.

Membre du Conseil de Direction de l'École Dentaire de Paris depuis 1908, il fut pendant longtemps Conservateur du Musée de l'École et contribua de façon très active au classement et à l'organisation de nos importantes collections. Nature franche et loyale, parlant peu, mais toujours judicieusement, sa disparition laisse un profond regret chez tous ses collègues du Conseil d'Administration de l'E. D. P. Il s'intéressait aux questions encore obscures de la réflexothérapie et avait sur ce sujet apporté des vues intéressantes dans quelques écrits.

Très sportif, ancien champion cycliste, de bobsleigh, il semblait appelé à défier les années et voilà qu'une rechute de congestion pulmonaire l'enlève en quelques jours à l'affection des siens et de ses amis qui l'estimaient tous pour la droiture de son caractère.

Le 22 mars 1945, après un service au temple protestant de Versailles où le pasteur a parlé en termes émus de notre cher confrère, il a été inhumé au cimetière de Montreuil où, au nom de l'École Dentaire de Paris et de l'Association Générale, j'ai prononcé quelques paroles d'adieu sur la tombe de notre regretté collègue et ami ANDRÉ.

Le Conseil de l'École Dentaire et tous nos confrères renouvellent ici à Madame Georges ANDRÉ et à ses enfants leurs bien vives condoléances et l'expression de leur profonde affliction pour la perte cruelle qu'ils viennent de faire. Maurice Roy.



MADAME I. RÉGIS

C'est avec le plus vif regret que nous avons appris la mort de M^{me} I. RÉGIS, depuis de longues années membre du Groupement et du Corps enseignant de l'École Dentaire de Paris.

M^{me} RÉGIS, qui était Présidente de l'Association *L'Algérienne*, avait, dès la guerre de 1914-1918, consacré son activité bienfaisante aux œuvres d'entraide et de réconfort moral des Troupes de l'Afrique du Nord. Au cours de la guerre qui vient de se terminer, elle avait également soutenu de sa foi agissante les œuvres franco-musulmanes destinées au soutien des Nord-Africains, ainsi que tout ce qui pouvait hâter la renaissance nationale. Son dévouement était apprécié à sa valeur par les services Métropolitains du Gouvernement général de l'Algérie, et la Croix de la Légion d'Honneur lui avait été décernée il y a quelques années.

Aux heures sombres de juin 1940, dès les premiers jours de l'occupation, nous l'avons vue, affligée, angoissée, mais ne désespérant pourtant pas des destinées de la Patrie, apporter spontanément au Dispensaire de l'École un concours précieux et efficace pour assurer les soins de la population nécessiteuse. C'est une femme au grand cœur, aux sentiments généreux et altruistes qui disparaît, accompagnée des regrets de tous ceux qui l'ont approchée.

Nous adressons nos sentiments de sympathie à sa famille et particulièrement à son frère, le D^r Louis RÉGIS. H. D.

Nous avons le regret de devoir annoncer la mort de M. Jean ANQUETIL de BEAUREGARD, chirurgien-dentiste, membre du Corps enseignant de l'École Dentaire de Paris et du Conseil d'Administration de l'Association Générale des Dentistes de France, décédé le 30 mars 1945 à La Robertie-Dussac (Dordogne).

Nous prions la famille de notre confrère de trouver ici l'expression de nos sincères condoléances.

A l'occasion de la mort du Président Roosevelt, la *Fédération Dentaire Nationale* a adressé à l'*American Dental Association*, Washington Street, Chicago (Illinois), le télégramme suivant : *Fédération Dentaire Nationale Française* adresse ses condoléances émues à l'*American Dental Association* à l'occasion de la mort du grand Président F. D. ROOSEVELT, qui fut un sincère ami de notre pays.

Le Président : H. VILLAIN.

NOUVELLES

INAUGURATION DU BUSTE DU DOCTEUR PONT

à l'École Dentaire de Lyon.

Les circonstances ne nous ont pas permis de rendre compte en son temps, de l'inauguration à l'École Dentaire de Lyon, du buste du D^r PONT, œuvre du sculpteur lyonnais Chorel.

Dû à une souscription limitée à l'École et au Corps enseignant, ce buste a été inauguré au cours d'une cérémonie qui a réuni une assistance volontairement restreinte, ce qui a souligné le caractère touchant de cette manifestation.

En plus du Corps enseignant, du personnel et d'une délégation des étudiants, on remarquait la présence de notabilités officielles, le D^r BERTRAND, maire de Lyon, le Prof. HERMANN, Doyen de la Faculté de Médecine, le D^r CLAVELIN, Directeur régional à la Santé, le Médecin général BERCHER. Priront successivement la parole, le D^r GRENIER, Directeur adjoint de l'École, le D^r DUCLOS, Directeur de l'École et Président du Conseil d'Administration, le Prof. HARMANN et le D^r BERTRAND.

Tous les orateurs ont rendu hommage au D^r PONT, et évoqué son œuvre scientifique si importante. Ils ont souligné la volonté et la ténacité dont il a eu à faire preuve pour fonder l'École Dentaire de Lyon et la faire prospérer en sachant attirer, grouper et retenir les collaborateurs nécessaires. Ils ont rappelé son action de premier plan dans l'organisation, dès septembre 1914, au Centre maxillo-facial de la XIV^e Région, et aussi le rôle qu'il a joué au cours de sa carrière dans l'Odonto-Stomatologie française.

Le D^r PONT, prenant le dernier la parole, fit un intéressant historique de l'École, qui depuis ses débuts, qui furent modestes, n'a cessé de prospérer et de voir grandir son influence, grâce à une sage gestion, appuyée sur l'esprit de bonne confraternité qui a toujours animé ses dirigeants.

L'Odontologie pour qui le D^r PONT fut longtemps un assidu collaborateur, lui adresse, à l'occasion de la manifestation de sympathie dont il a été l'objet, ses affectueuses félicitations.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE. — Le Conseil d'Administration de l'A. G. D. F. a décidé, dans sa réunion du 14 mai 1945, qu'il y aurait intérêt à remettre vers la fin de la présente année ou le début de l'année prochaine la réunion d'une Assemblée Générale de l'Association, dans l'espoir que d'ici là les moyens de transports se seront améliorés et que nous pourrions compter sur la présence d'un grand nombre de confrères de province.

COMMUNIQUÉ. — M. VERDY, 2, Place Vauban, Avallon (Yonne), membre du Conseil d'Administration de l'A. G. D. F., fait part de son intention de prendre un jeune enfant de confrère sinistré, pour les vacances ou toute autre période indéterminée, étant donné les conditions climatiques et de ravitaillement très favorables dans sa région.

Se mettre en rapport directement avec lui.

Nous souhaitons que cet exemple soit suivi par de nombreux confrères de province placés dans les mêmes conditions.

BIBLIOTHÈQUE DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS. — La révision de la bibliothèque de l'École Dentaire de Paris a permis de constater qu'un certain nombre d'ouvrages sont dépareillés. Des tomes sont manquants dans les livres en plusieurs volumes.

Nous prions tous nos lecteurs de bien vouloir vérifier dans leurs bibliothèques pour y rechercher s'ils ne seraient pas en possession de certains ouvrages empruntés depuis longtemps et que les préoccupations de ces dernières années ont fait passer tout naturellement dans un oubli bien compréhensible.

Tous les dons de livres et brochures seront naturellement les bienvenus.

LE CONGRÈS DES XIX^{es} JOURNÉES DENTAIRES DE PARIS aura lieu du 22 au 25 novembre 1945, dans les locaux de l'École Odontotechnique, 5, rue Garancière, Paris.

Les confrères désirant y présenter des travaux peuvent dès à présent le faire connaître à M. Robert DUPONT, 29, Boulevard Malesherbes, Paris.

NOMINATION. — En vertu de la décision ministérielle du 20 février 1945 et sur proposition de M. le Doyen de la Faculté de Médecine, M. le Recteur de l'Académie de Paris, en date du 1^{er} mars 1945, a nommé M. le D^r Marcel Rachet, chef de travaux de chirurgie maxillo-faciale à la chaire de clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté de Médecine de Paris.

Nous sommes heureux de cette nomination et adressons nos sincères félicitations à notre confrère.

MARIAGE. — Le mariage de M. Jean Gauzeran, médecin auxiliaire, fils de M. Marcel Gauzeran, chirurgien-dentiste, membre du Corps enseignant de l'École Dentaire de Paris, avec M^{lle} Jacqueline Hervé, a eu lieu le 5 juin à Colombes.

Nos sincères félicitations et vœux de bonheur.

NAISSANCE. — M. Steinberg, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, et M^{me}, nous ont fait part de la naissance de leur fils Yves-Jean-Marie, le 14 mai 1945. Nos sincères félicitations.

LEMAIRE & BEAUVAIS

ANCIENNE MAISON LEMAIRE

4, Passage Choiseul — 40, rue des Petits-Champs

Téléphone : OPÉRA 45-25

Toute la Fourniture Dentaire des meilleures Marques
Grand choix de DENTS

CARTE DE PRIORITÉ PHARMACEUTIQUE

Spécialisés depuis plus de vingt ans dans la fabrication et la vente de tous les produits de thérapeutique dentaire, les **LABORATOIRES** du Docteur Pierre ROLLAND informent leur clientèle de Paris et de Province qu'ils sont à sa disposition pour lui assurer la fourniture des produits contingentés de la CARTE DE PRIORITÉ 1945. — Pour tous renseignements, s'adresser aux Laboratoires du Docteur Pierre ROLLAND, 127, boulevard Saint-Michel, PARIS (5^e) (Odéon : 22-01).

PRATICIENS DE LA ZONE SUD

Comme suite au rétablissement des relations postales, les Laboratoires du D^r Pierre ROLLAND vous informent que vous pouvez leur adresser directement comme avant la guerre.

CARTES DE PRIORITÉ, COMMANDES, CORRESPONDANCE,
au besoin par lettre recommandée, à leur dépôt 127, boulevard Saint-Michel, PARIS (5^e).
Leur représentant, M. RONDELET, continuera à vous visiter régulièrement.

TRAVAUX ORIGINAUX

LA GROSSESSE N'EST PAS UNE CAUSE DE CARIE DENTAIRE

Par le Docteur Maurice ROY

Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris,
Stomatologiste des Hôpitaux

616.314 003.845

Un petit nombre de faits rigoureusement observés ont plus de force probante que des milliers d'autres acceptés sans contrôle.

Chaque enfant coûte une dent ; quelle est la valeur réelle de ce propos si fréquemment répété par les femmes et qui, par elles, s'est répandu parmi les médecins pour lesquels il est presque universellement admis que la grossesse est une cause provocatrice de carie dentaire. Tous les traités d'obstétrique enregistrent cette affirmation comme un fait acquis et consécutif à une décalcification des dents corrélative des soustractions calciques qui se produisent chez la femme gravide aux dépens de son système osseux pour la formation du squelette du fœtus.

Cette question a été étudiée par un certain nombre d'auteurs, mais presque tous, tant cette idée est profondément ancrée dans les esprits, ont abordé cette étude avec l'idée préconçue de l'exactitude du fait, se bornant à en expliquer le mécanisme par des hypothèses diverses, sans qu'aucun d'eux, jusqu'ici, ait apporté un ensemble de faits susceptibles de confirmer ou d'infirmer de façon indubitable l'exactitude de cette influence de la grossesse sur le développement de la carie dentaire.

Toutefois, l'un des plus distingués de ces auteurs, Julien TELLIER, sans avoir osé prendre position nette sur cette question qu'il considère comme « un axiome plutôt que comme un théorème démontré » et qu'il admet cependant, a bien montré la faiblesse des argumentations développées à son appui et il a très excellemment exposé les desiderata de la seule enquête susceptible d'apporter la solution définitive à cette question (1) :

« En un mot, dit-il, ces observations montrent bien qu'il y a des caries chez les femmes enceintes, qu'elles peuvent devenir douloureuses pendant la période de gestation, ce qui n'a rien d'étonnant, mais *nullement* que la marche en est accélérée par le fait de la grossesse elle-même ou que les caries sont plus nombreuses à ce moment, ce qui est le point important de la question (2). Et d'ailleurs, il ne pouvait en être autrement avec les faits recueillis dans la clientèle hospitalière chez des femmes vues seulement au moment de la rédaction de l'observation. Le dentiste seul, dans la clientèle de la ville, peut suivre les patientes assez longuement pour être certain que, chez des sujets auxquels il donne des soins depuis longtemps, des caries se sont, à l'occasion de la grossesse, développées en plus grand nombre que dans une période antérieure de même durée, ou ont marché, à ce moment, avec une

(1) Julien TELLIER. — Grossesse et affections gingivo-dentaires. — 1^{er} Congrès, français de Stomatologie, Paris, 1907, p. 114.

(2) C'est moi qui souligne ce passage.

rapidité plus grande, toutes choses égales d'ailleurs ; et des observations de ce genre prises avec soin, nous le répétons, nous n'en connaissons point qui aient été publiées. »

Or, cette enquête que Julien TELLIER souhaitait pour éclairer le débat, j'ai pu la réaliser au cours d'une longue carrière professionnelle sur une clientèle très fidèle et très régulièrement surveillée, souvent depuis l'enfance. C'est le résultat de mes observations que j'apporte dans ce travail, après avoir fait préalablement justice des diverses hypothèses abusivement émises par la plupart des auteurs qui se sont occupés de la question relative à l'influence de la grossesse sur la carie dentaire.

..

Il est incontestable qu'il se produit au cours de la gestation d'importants échanges calciques chez la femme, mais je ne m'étendrai pas longuement sur ce point puisque, ainsi que je le montrerai plus loin, ces échanges ne jouent aucun rôle dans la question qui fait l'objet de ce travail ; j'en dirai néanmoins quelques mots empruntés à l'excellent article publié par Henri VIGNES sur *Métabolisme du calcium et gestation* dans le *Progrès Médical* (mars 1928).

Les tissus d'un enfant né à terme contiennent 40 à 50 gr. de chaux, soit 15 gr. par kg., inférieur à celui de l'adulte qui est de 170 gr. pour 60 kgs.

Le taux calcique augmente d'autant plus que la gestation est plus proche du terme : au 3^e mois, 7 à 20 milligrammes *pro die*, à terme, 70 milligrammes *pro die*.

Deux hypothèses sont envisagées quant à l'origine du calcium foetal :

1^{re} *Hypothèse* : Il n'est pas impossible que le fœtus ne prenne ce dont il a besoin dans la chaux assimilée chaque jour par sa mère. Celle-ci n'a besoin pour elle que de 1 gramme qu'elle trouve dans son alimentation habituelle et elle peut en trouver davantage. Elle peut donc, en principe du moins, faire face aux besoins du fœtus.

2^e *Hypothèse* : Le fœtus puise dans les réserves de sa mère la chaux dont il a besoin (KIRK).

Des expériences de BAR sur les chiennes, il résulte qu'il y a chez la mère un déficit sur le bilan alimentaire et appel aux réserves. Cette chaux proviendrait du squelette ou, disent les auteurs, des dents (?) et pour assurer l'utilisation des réserves maternelles il se produirait une mobilisation de ces réserves que traduirait l'augmentation de chaux dans le sang ; la calcémie durant la gravidité serait double de la teneur normale (BAR et DAUNAY).

Partant alors du fait, admis par eux comme incontestable, que la carie dentaire est une des conséquences de la gestation, la plupart des auteurs qui ont étudié la question en tirent la conclusion que les dents, comme les os, participeraient à cette mobilisation gravidique de la chaux d'où résulterait la fréquence de la carie dentaire au cours de la gestation.

..

Avant de poursuivre cette étude plus avant, je tiens à m'élever immédiatement contre une erreur fondamentale extrêmement répandue lorsque l'on discute du problème de la calcification ou de la décalcification des dents et qui fausse absolument la question, c'est l'assimilation complètement abusive que l'on fait entre les dents et les os alors que l'embryologie, comme l'histologie et la physiologie montrent qu'il s'agit d'organes et de tissus complètement différents. Sauf leur constitution chimique, qui les en rapprochent, les dents n'ont, en effet, rien de commun avec les os, aussi bien dans leur structure que dans leur développement.

Je ne veux pas refaire ici l'embryologie, l'histologie et la physiologie de la dent, il me suffira je pense de rappeler que les os, en outre du travail

de croissance qui marque l'enfance et la jeunesse, sont, comme tous les tissus de l'organisme, soumis durant toute la vie à un travail de rénovation cellulaire constant d'où il résulte que, au bout d'une période assez courte de la vie, le système osseux se trouve entièrement renouvelé, cellulièrement parlant.

Tout au contraire, les dents sont des organes essentiellement stables, physiologiquement parlant. A partir du moment où elles sont entièrement formées, couronne et racine (ce qui suit de quelques mois leur éruption) elles ne subissent chez l'homme aucun travail de rénovation cellulaire analogue à celui de l'os ; les seules modifications physiologiques qu'elles présentent se bornent à une diminution de volume de la cavité pulpaire au cours des années par calcification progressive de la pulpe. Et c'est ainsi que, à peu près seuls de tous les tissus de l'organisme, les dents échappent complètement au travail constant de rénovation cellulaire qui se produit au niveau de ceux-ci et que le vieillard qui, depuis longtemps, ne possède plus aucun des autres éléments cellulaires de son enfance, possède encore à peu près inchangés (en dehors des troubles pathologiques bien entendu) les éléments cellulaires qui constituaient ses dents au moment où celles-ci se sont formées dans son enfance et c'est ainsi également que les dents restent ensuite les derniers vestiges des organismes animaux alors que leur squelette lui-même est tombé en poussière.

Les échanges calciques constants qui, par l'intermédiaire de la circulation, se produisent au niveau des os et qui peuvent se traduire par des apports ou des soustractions effectués en des périodes de quelques semaines ou de quelques mois, n'ont donc rien de comparable aux modifications constitutionnelles de la dent qui sont infimes, même observées sur un grand nombre d'années. Il paraît en outre évident que les centres régulateurs de la calcification des dents, qui ne nous sont pas encore connus, sont différents de ceux qui président à la calcification osseuse sur lesquels nous possédons déjà, au contraire, des notions beaucoup plus précises et qu'il n'y a pas synergie entre ces deux centres régulateurs ; je n'en veux pour preuve que ce fait, qui se rencontre fréquemment, d'individus ayant un squelette d'une forte densité et présentant néanmoins de très nombreuses caries par calcification congénitale imparfaite de leurs dents et d'autres qui, au contraire, comme j'en ai rencontré des exemples, ayant fait dans leur existence de multiples fractures osseuses, en rapport avec une fragilité squelettique particulière, présentent une denture parfaite et exempte de toute carie.

Cette différenciation si profonde entre les os et les dents est particulièrement mise en lumière par ce que l'on observe au cours de l'ostéomalacie, affection qui se rencontre surtout au cours de la gestation. En effet, dans cette décalcification suraiguë et totale de tout le système osseux de l'individu, tous les auteurs s'accordent pour constater que, alors que tout le squelette se trouve ramolli par perte de ses sels calcaires, les dents restent avec leur forme et leur dureté naturelles.

Morand le fils, en 1753, présentait à l'Académie des Sciences la *description anatomique de l'état dans lequel se sont trouvés les os ramollis d'une femme*. Rapportant l'observation de la malade, ses déformations osseuses, puis son autopsie, il note : « De tous les os de la face, ceux de la pommette avaient le plus de consistance ; les sutures harmoniques ne se distinguent point.

« La mâchoire inférieure était fort aplatie à la symphyse du menton et l'os dont elle était composée était amolli à peu près au même point que ceux du crâne.

« Les dents étaient branlantes parce que la substance alvéolaire était molle, cependant leurs racines étaient très adhérentes aux alvéoles et au surplus, elles avaient conservé leur dureté naturelle (1) . »

(1) Cas de la femme Supiot du musée Dupuytren, cité par HOUPERT (Thèse de Bordeaux, 1903).

Eug. VINCENT, dans l'*Encyclopédie internationale de chirurgie*, cité par SANLAY dans sa thèse inaugurale (1), fait des constatations analogues : « Les os de la face peuvent être envahis par le processus et notamment le maxillaire inférieur. Les dents ne sont jamais envahies, parce que, ajoute-t-il très judicieusement, elles n'ont pas la même origine embryonnaire ».

Ainsi donc aucune assimilation à faire au point de vue calcification et décalcification entre les os et les dents.

...

En vue de vérifier l'influence de l'état grévise sur la carie dentaire, les auteurs qui ont conclu à la réalité de cette action nocive ont basé surtout leur opinion sur l'interrogatoire des femmes enceintes, se renseignant sur leurs pertes de dents, leurs odontalgies et, parce que la grande majorité des femmes interrogées accusaient des troubles de cet ordre, ils en ont déduit que c'était la grossesse qui était la cause de leurs caries dentaires. Mais si l'on veut bien considérer qu'il s'agit d'une affection aussi universellement répandue que la carie dentaire, qui frappe la grande majorité des individus, hommes ou femmes, on conviendra qu'un tel critérium est totalement dépourvu de valeur.

Partant de cette idée préconçue et faisant une assimilation abusive entre l'os et la dent, que certains même (TERRIER), n'hésitent pas à déclarer être un os ! Ces auteurs ont considéré que la cause de ces caries dentaires était une décalcification des dents due à l'état grévise.

La calcification plus ou moins parfaite des dents étant correspondante à leur plus ou moins grande densité et la vulnérabilité de ces organes à la carie dentaire étant, d'après GALIPPE, en rapport avec un faible coefficient de densité ; certains auteurs, en vue de démontrer cette décalcification, ont recherché la densité de quelques dents enlevées à des femmes enceintes et parce qu'ils ont trouvé à celles-ci une densité de 2,09 au lieu de 2,24 chiffre normal, ils en ont conclu que c'était l'état grévise qui était la cause de cette diminution alors qu'ils n'avaient aucun renseignement sur la densité de ces dents avant la grossesse et alors que des coefficients semblables se rencontrent couramment, en dehors de la gestation, chez des hommes comme chez des femmes à mauvaises dents.

De même et pour les mêmes raisons, sont dépourvues de toute valeur, les analyses des quelques dents de femmes enceintes faites par GAUTRELET, puisque l'on n'a aucun renseignement, ce qui serait indispensable, sur la composition chimique des dents de ces mêmes femmes avant leur état de grossesse. Du reste, G. V. BLACK, bien que, ainsi qu'il le reconnaît, il ne puisse se baser que sur des éléments de probabilité, mais dont les recherches portent sur un nombre important de dents, n'hésite pas à conclure : « Qu'il n'y a pas de diminution de densité ou de pourcentage de sels minéraux dans les dents des femmes enceintes (2). »

(1) SANLAY. — Contribution à l'étude de l'ostéomalacie essentielle (Thèse de Lyon 1891).

(2) G. V. BLACK. — *Physical Characters of the Human Teeth in Relation to their Diseases*. (Dental Cosmos 1895, p. 394). — Il constate que la densité des dents s'accroît assez régulièrement avec l'âge en même temps que leur accroissement en sels minéraux, toutefois il résulte des tableaux que l'auteur a établis que cet accroissement de densité semble subir quelque fléchissement dans la période entre 20 et 40 ans. Or, les dents sur lesquelles ont porté ses recherches provenant pour les deux tiers de personnes du sexe féminin, Black s'est demandé si ce fléchissement ne pouvait pas être en rapport avec la grossesse et la lactation des sujets d'où provenaient ces dents ; mais, comparant les dents des hommes et des femmes appartenant à la même période d'âge, il a constaté que chez les femmes la densité et le pourcentage des sels de chaux sont supérieurs à ceux des hommes et le fléchissement dans l'augmentation de ces deux facteurs est sensiblement égal chez les hommes et chez les femmes d'où il tire la conclusion sus-indiquée.

Ayant ainsi établi la différenciation profonde entre les dents et le tissu osseux, ayant d'autre part montré la totale insuffisance des arguments apportés à l'appui de la prétendue influence de la grossesse sur le développement de la carie dentaire, abordons maintenant le problème de la décalcification dentaire qui, même en dehors de la gestation, sert d'échafaudage à nombre de théories pathogéniques.

Sans doute, tout le monde est d'accord que la dent, composée de sels calcaires, peut se décalcifier par suite de l'acidité du milieu buccal, et ce processus est un des éléments capitaux dans l'évolution de la carie dentaire ; mais c'est là un processus exclusivement externe, à marche centripète et qui n'a rien de commun avec celui que l'on voudrait faire jouer aux dents dans la gestation en les faisant contribuer à cette mobilisation calcique du squelette maternel pour répondre aux besoins du fœtus en sels de chaux. Je ne pense pas qu'aucun des défenseurs de cette théorie ait envisagé cet apport calcique sous la forme de dissolution dans les liquides buccaux des sels de chaux résultant de la désintégration externe des dents sous l'influence de la carie ; il ne peut donc évidemment s'agir pour eux que d'une décalcification d'origine interne qui viendrait apporter son appoint à la calcémie maternelle considérablement augmentée. Mais alors se pose une question capitale : la décalcification des dents par voie interne existe-t-elle ? Or, si l'on veut bien y réfléchir un instant, la chose peut être considérée comme à peu près impossible. En effet, la seule voie par laquelle pourrait se faire cette reprise des sels calcaires de la dent, c'est évidemment, comme pour l'os, par la circulation sanguine ; or, non seulement l'émail, mais la dentine sont, dans leur masse, totalement dépourvus de vaisseaux ; la dentine a bien un organe central vasculaire, la pulpe, mais celle-ci ne pourrait agir par sa circulation que sur les tissus immédiatement en rapport avec elle ce qui se traduirait par une augmentation du volume de la cavité pulpaire, phénomène qui n'a jamais été noté.

La masse dentinaire une fois constituée, vit par ses fibrilles de Tomes, prolongement des cellules odontoblastiques dont la nature exacte n'a pu encore être clairement établie, mais qui, si elles semblent susceptibles d'apporter des modifications de structure dans la constitution de la dentine (dentine secondaire), semblent dans l'impossibilité, par suite de leur absence d'éléments vasculaires, d'exercer la moindre action de reprise des sels de chaux de la dentine et encore moins de l'émail.

La seule partie de la dent qui ait un système vasculaire susceptible de se prêter à des phénomènes de résorption de ses sels calcaires par voie sanguine est le ciment radiculaire, mais justement celui-ci échappe à la carie dentaire *vraie* (maladie de la couronne de la dent) puisqu'il est normalement inclus dans l'alvéole et ne peut être atteint par celle-ci que lorsque il a été dénudé préalablement par un processus particulier ; d'autre part il n'a jamais été signalé de modifications cémentaires chez les femmes enceintes et, en tout cas, encore une fois, celles-ci n'auraient aucun rapport avec la carie dentaire qui n'intéresse le ciment que secondairement.

Ainsi donc la décalcification dentaire par voie interne que, même en dehors de la gestation, l'on voit si fréquemment invoquée par les auteurs comme cause de la carie dentaire, n'existe pas et doit être considérée comme un mythe suivant le terme employé par Geo BELTRAMI dans un récent et très intéressant travail (1).

(1) Geo BELTRAMI. — Le mythe de la décalcification dentaire (*Marseille Médical*, 15 septembre 1942).

Après cet exposé théorique, abordons directement maintenant l'étude précise des faits cliniques.

Au début de ma carrière et sur la foi de la tradition, j'avais, comme la plupart de mes confrères, accepté ce dogme que la gestation avait une influence particulièrement favorable sur le développement de la carie dentaire, mais bientôt j'ai pu m'apercevoir, par mes observations personnelles, que cette croyance n'était aucunement justifiée par les faits et l'accumulation de ceux-ci n'a pas tardé à me convaincre de façon indubitable que cette soi-disant influence sur la carie dentaire n'était qu'un de ces trop nombreux préjugés dont notre cerveau est encombré et qui sont acceptés comme « parole d'Evangile » sans que l'on ait pris la peine d'en vérifier le bien fondé.

En effet, pour dire que la gestation est une cause de carie dentaire, il ne suffit pas de constater que des milliers de femmes ont eu des caries ou ont perdu des dents après leurs grossesses, car que dirait-on alors pour les milliers d'autres femmes de même âge, de constitution analogue qui ont également présenté des caries et perdu des dents en dehors de tout état gravidique ? En présence d'une affection aussi répandue que la carie dentaire, qui frappe la grande majorité des individus, il est indispensable pour juger de la question de connaître l'état de la denture avant la gestation, de connaître le rythme d'évolution de la carie chez ces mêmes femmes avant la conception et de voir si ce rythme d'évolution a été modifié par l'état gravidique (1).

Il ne faut pas perdre de vue que la carie dentaire n'est pas une affection qui frappe les individus seulement à une certaine période de leur existence ; c'est au contraire, une affection qui les atteint avec plus ou moins d'intensité tout au long de celle-ci et avec de multiples récurrences. Même lorsqu'un individu a été traité d'une façon complète au point de vue dentaire, il n'est malheureusement pas à l'abri de nouvelles caries ultérieures d'où la nécessité, pour tous les individus, d'être soumis à des examens réguliers annuels ou bisannuels de leur denture pour y dépister et traiter dès leur apparition les nouvelles caries qui peuvent se produire.

Les individus qui échappent totalement à la carie dentaire sont une infime minorité. Si, chez ceux ayant des dents d'assez bonne constitution, on peut observer des périodes plus ou moins longues où leurs dents restent indemnes de caries, il n'en est pas de même dans la majorité des cas et particulièrement chez les sujets à dents de mauvaise calcification congénitale chez lesquels celles-ci peuvent se carier successivement sur leurs diverses faces avec une persistance désolante, obligeant à pratiquer des obturations en nombre supérieur à celui des dents elles-mêmes comme on pourra le constater sur quelques-unes des femmes qui figurent sur le tableau ci-après ; certaines de celles-ci (observations Nos 6 et 22) avaient, par exemple, 49 obturations dans la bouche *avant leur première grossesse*, répondant à autant de caries différentes développées sur leurs dents depuis leur enfance, sans compter celles qu'elles avaient préalablement présentées sur leurs dents de lait.

C'est pourquoi, sans parler des femmes dont l'état dentaire était plus ou moins déplorable au moment de la conception, catégorie hélas ! qui n'est que trop nombreuse, il ne suffit donc pas, même chez une femme dont les dents sont régulièrement traitées, de constater, au cours ou après la grossesse, un certain nombre de caries nouvelles pour que l'on soit en droit de les attribuer à celle-ci si ces caries nouvelles ne sont pas plus nombreuses ni plus graves que celles que ces mêmes femmes ont présentées antérieure-

(1) Il ne peut être question, bien entendu, dans la pratique ordinaire des faits, d'une analyse chimique comparative des dents avant et pendant la grossesse. Elle pourrait se concevoir chez des animaux d'expérience, mais il est à noter que, conformément à la thèse que je défends ici, aucun auteur n'a constaté de modification dentaire chez les animaux au cours ou à la suite de la gestation.

ment au cours des examens successifs auxquels elles étaient soumises *avant tout état grévde*.

Par mon âge et par ma longue pratique professionnelle de plus de cinquante années sur une clientèle échelonnée, dans maintes familles, sur trois ou quatre générations, par le fait que, dès les débuts de ma pratique, je me suis attaché à soigner les dents des enfants qui m'étaient confiés dès leur plus jeune âge et qu'un grand nombre de ceux-ci, devenus adultes, ont continué depuis à se soumettre régulièrement à ma surveillance et à mes soins, j'ai pu noter chez eux très exactement l'état de leurs dents et les caries qu'ils ont présentées dans leur enfance, leur adolescence et à l'âge adulte ; j'ai pu ainsi, au cours des années, me rendre compte du rythme plus ou moins rapide du développement de ces caries. J'ai donc été amené à observer d'une façon régulière et complète un assez grand nombre de femmes depuis leur enfance jusqu'à leur mariage et au cours de leurs grossesses successives. Connaissant exactement l'état de leur denture avant tout état grévde, j'ai pu ainsi juger en toute connaissance de cause les modifications dentaires survenues chez elles après la naissance de leurs enfants comme après l'allaitement.

Or, chez aucune de ces femmes, sauf une (observation 19) (1), et dans des proportions très minimes, je n'ai pu constater aucune aggravation de leur état dentaire à la suite de leur grossesse, bien au contraire, pas plus que je n'ai constaté de modifications dans l'évolution des caries observées.

Cette affirmation catégorique n'implique pas que, chez aucune de ces femmes, je n'ai pas trouvé de caries nouvelles au cours de leur grossesse ou après celle-ci ; cela eut été normal puisque généralement au cours des années antérieures j'en constatais lors des examens annuels ou bisannuels auxquels toutes ces femmes étaient régulièrement soumises (2) ; mais, ce que je puis affirmer, c'est que ces caries nouvelles, ni par leur nombre, ni par leur étendue, ne dépassaient pour le même intervalle d'examen la moyenne de ce que j'avais pu constater chez ces mêmes femmes *avant tout état grévde* et en dehors de leurs périodes de gravidité ultérieures.

Comme on pourra même le constater, les moyennes relevées après gestation sont le plus souvent notablement abaissées. Je ne veux pas tirer de ce fait un argument en faveur de la thèse que la gestation améliorerait les dents, ce qui serait dépasser ma pensée ; cet abaissement de la moyenne des caries me semble dû à ce qu'un grand nombre de ces femmes étaient soignées par moi depuis leur enfance et qu'elles étaient arrivées, au moment de leur gestation, à un âge, où, assez fréquemment, la carie dentaire marque souvent un ralentissement relatif dans son évolution. On trouvera ci-contre un tableau statistique de 29 femmes régulièrement examinées par moi *avant tout état grévde* pendant une moyenne de 10 ans (21 ans au maximum, 3 ans au minimum).

Le nombre des femmes enceintes observées par moi au cours de ma longue carrière est beaucoup plus élevé que celui qui figure dans le tableau que je présente, mais je n'ai voulu faire figurer dans celui-ci que des femmes dont j'ai pu retrouver dans mes dossiers tous les chiffres et dates rigoureusement exacts quant à leur état dentaire, de même que je n'ai voulu tenir compte que des femmes dont j'avais pu suivre l'état de leurs dents durant un temps suffisamment prolongé (au moins pendant plusieurs années) avant l'apparition de leur première grossesse.

(1) On remarquera également une légère augmentation de la moyenne des caries dans l'observation 20, mais, dans celle-ci cette recrudescence des caries, siégeant toutes au collet, était due à l'habitude qu'avait prise cette jeune femme depuis sa grossesse de sucer des bonbons la nuit, habitude des plus néfastes sur laquelle j'ai déjà, il y a bien longtemps, attiré l'attention.

(2) Sans vouloir en faire particulièrement état, il m'est arrivé quelquefois (obs. 14) de ne trouver aucune carie après la grossesse chez des femmes, même à dents de mauvaise qualité.

**ÉVOLUTION DE LA CARIE DENTAIRE CHEZ 29 FEMMES RÉGULIÈREMENT OBSERVÉES
AVANT, PENDANT ET APRÈS LEURS GROSSESSES**

	NOMS	Moyenne annuelle d'obturations		Nombre d'enfants	OBSERVATIONS
		Avant toute grossesse	Après grossesse		
1	M ^{me} A. (Marie-Louise-A.)	1921-1927 1,83	1,60	3	
2	M ^{me} d'A.	1915-1929 3	3	1	1 ^{re} grossesse à 40 ans.
3	M ^{me} B. (Gabrielle-A.)	1918-1922 2,25	0,61	10	Neuf grossesses en 13 ans dont une gémellaire.
4	M ^{me} B. (Marcelle-A.)	1917-1928 1,40	1	2	
5	M ^{me} de B. (Hélène-P.)	1928-1932 3,50	2	1	
6	M ^{me} C. (Denise-M.)	1916-1937 5,20	2,25	2	Cette jeune femme à dents particulièrement mauvaises avait toutes ses dents avant sa 1 ^{re} grossesse, mais celles-ci portaient 49 obturations.
7	M ^{me} D. (Edith-V.)	1916-1925 3,46	1,33	3	
8	M ^{me} D. (Suzanne-Q.)	1915-1926 3,30	1,14	2	
9	M ^{me} D. (Henriette-C.)	1912-1931 2,94	1	3	
10	M ^{me} de F. (M ^{lle} de F.)	1917-1921 2,20	0,75	5	Rhumatisme infectieux à la suite du 5 ^e accouchement, âgée 4 mois.
11	M ^{me} G. (Murielle S.)	1914-1929 1,73	0	1	Dans son enfance le pourcentage pour des dents temporaires était de 4,50
12	M ^{me} G. (Gabriele L.)	1924-1931 3	1	1	
13	M ^{me} L. (Hélène-P.)	1921-1933 5,77	5	3	Très mauvaises dents, avait avant sa 1 ^{re} grossesse toutes ses dents, mais celles-ci portaient 43 obturations.
14	M ^{me} M. (M ^{lle} de H.)	1926-1929 3,70	1	1	
15	M ^{me} M. (Françoise-C.)	1915-1927 1,58	1,20	1	
16	M ^{me} Mh.	1916-1926 2,60	1	2	1 ^{re} grossesse à 35 ans.
17	M ^{me} M. (Simone-D.)	1917-1937 1,89	2,50	2	
18	M ^{me} P. (Marie-S.)	1903-1923 2,75	3,87	5	A fait à ses 2 dernières grossesses des caries du collet multiples par boudons sucés la nuit.
19	M ^{me} P. (M ^{lle} Br.)	1912-1921 1,80	1,20	2	
20	M ^{me} R. (Françoise-M.)	1918-1934 8,54	5,80	3	Sœur de la jeune femme N° 6. Les plus mauvaises dents que l'on puisse rencontrer. Au moment de son mariage, elle avait 49 obturations sur 28 dents et je fus obligé de lui enlever une dent de sagesse qui, en poussant, a fait une carie foudroyante.
21	M ^{me} R. (Suzette-B.-L.)	1908-1918 4,64	3,23	4	
22	M ^{me} P. R.	1929-1933 1,30	0,55	5	Cinq grossesses en 9 ans.
23	M ^{me} T. (Jacqueline-F.)	1931-1934 3	2	1	
24	M ^{me} V. (Simone-W.)	1917-1923 4,16	3,75	4	
25	M ^{me} W. (Claude-L.)	1929-1938 4	0	1	
26	M ^{me} Ch. D. (Thérèse-R.)	1908-1926 2,46	0,40	3	
27	M ^{me} C. (Madeleine-P.)	1917-1922 4,40	3,50	4	

Chez toutes les femmes enceintes que j'ai observées, même en dehors de celles qui figurent au tableau ci-annexé, mes constatations ont été absolument identiques quant à la non influence de la gestation sur l'évolution de la carie dentaire (1).

Dans ce tableau, pour donner une figuration précise de cet état dentaire sans entrer dans des détails qui ne pourraient qu'obscurcir la vue d'ensemble, j'ai totalisé le nombre d'obturations effectuées chez chacune de ces femmes durant les années précédant leur première grossesse et je l'ai divisé par le nombre d'années correspondantes, ce qui donne pour chacune d'elles un chiffre représentant la moyenne annuelle des obturations effectuées. J'ai porté en regard les mêmes moyennes après la naissance de leurs enfants et dans les années suivantes (2).

Les chiffres constatés durant la grossesse étaient sensiblement les mêmes souvent inférieurs à ceux constatés après la grossesse elle-même, mais je les ai groupés en une seule moyenne pour rendre la lecture du tableau plus facile.

John MARSHALL, de Chicago, disait dans son travail sur *Les dents et la cavité buccale des femmes enceintes* (3) : « Nous n'avons pas connaissance qu'une analyse clinique ait jamais été faite sur les dents d'un même individu avant et durant la grossesse dans les cas qui ont été décrits et, sans une telle analyse, il ne peut être dogmatiquement affirmé qu'il y avait ou qu'il n'y avait pas un changement quantitatif dans les matériaux inorganiques de la dent. »

Le tableau que je présente est l'équivalent de ce que réclamait cet auteur comme critérium de la question puisqu'il établit d'une façon absolument précise l'état des dents des sujets observés plusieurs années avant toute gestation et cet état pendant et après leurs grossesses successives.

* *

Ayant ainsi montré l'inanité de l'influence si généralement admise de la grossesse sur le développement de la carie dentaire, je voudrais en quelques mots, essayer d'expliquer les raisons qui ont pu amener la genèse de ce préjugé.

Je ne reviens pas sur la fréquence et la généralisation de la carie dentaire, la plus répandue de toutes les affections qui frappent la race blanche. Il est d'autre part hors de conteste que, soit par négligence habituelle, soit par appréhension des soins dentaires, un très grand nombre de femmes ont de nombreuses dents cariées en dehors de tout état grévide. Or, dès les débuts de la grossesse, la femme se trouve dans un état psycho-physiologique qui la rend peu encline à subir les petits inconvénients d'un traitement dentaire, qu'elle a souvent négligé depuis toujours, état d'esprit qui se trouve souvent renforcé par un préjugé très répandu : que l'on ne se fait pas toucher aux dents quand on est enceinte (4).

(1) On remarquera que nombre des femmes figurant à ce Tableau avaient depuis leur enfance de très mauvaises dents et semblaient, de ce fait, plus exposées à présenter de nombreuses caries au cours de leurs grossesses ce qui ne s'est pas réalisé.

(2) Pour simplifier mes calculs, j'ai, dans les deux colonnes, bloqué en un seul chiffre les obturations pour caries nouvelles et les réobturations pour usure de ciments anciennement faits. Ceci, étant appliqué à l'une et à l'autre moyenne, ne modifie en aucune façon les rapports respectifs des deux chiffres et ne laisse pas la moindre trace d'ambiguïté dans mes statistiques.

(3) *Journal of Associat. Med. Amer.*, Chicago 1890, p. 260.

(4) Ce préjugé est d'autant plus fâcheux que les accidents infectieux si fréquents comme complication de la carie dentaire prennent facilement chez les femmes enceintes un caractère de gravité qui fait que l'on doit les éviter à tout prix en en supprimant radicalement toutes les causes soit par un traitement approprié des dents, soit par leur extraction que l'état grévide ne contre-indique à peu près jamais quoiqu'en pense trop souvent les matrones.

Les vomissements qui accompagnent si fréquemment les débuts de la grossesse et qui parfois se prolongent durant plusieurs mois, amènent souvent les femmes qui les présentent à négliger (quand encore elles les pratiquent habituellement) les soins d'hygiène par peur de provoquer le réflexe nauséux et cela alors que ces régurgitations stomacales entretiennent une acidité plus ou moins prolongée du milieu buccal.

Ces conditions particulières se montrent sans influence notable sur des dents saines ou correctement obturées, mais il n'en est pas de même sur des caries dentaires préalablement existantes. Sous l'influence de ces deux causes : acidité du milieu buccal résultant des fermentations dues à l'absence d'hygiène dentaire, acidité résultant des vomissements, la destruction des tissus dentaires, déjà en activité du fait des caries existantes, s'accroît d'une façon plus rapide, amenant la femme à penser que c'est son état de grossesse qui est la cause première de la destruction de ses dents alors que, dans la réalité, cet état n'a fait tout au plus, pour les raisons sus-indiquées, qu'accroître la marche de caries *préexistantes* et cela, souvent, bien longtemps avant l'état grévise (1). Ces considérations sont évidemment une raison de plus pour que les dents soient toujours mises en bon état au moment de la gestation.

CONCLUSIONS

Toutes les considérations théoriques exposées ci-dessus montrent :

1° Que les dents, en ce qui concerne leur calcification et leur décalcification, ne sauraient être assimilées aux os dont elles diffèrent profondément tant au point de vue embryologique, qu'histologique et physiologique.

2° Que, pour ces mêmes raisons constitutionnelles, elles ne peuvent subir de décalcification interne par voie sanguine et que, suivant l'aphorisme émis récemment par Geo BELTRAMI, la *décalcification dentaire* (par voie interne s'entend) *est un mythe* ;

3° En dehors de ces considérations théoriques, les observations que je présente apportent la démonstration clinique la plus évidente de ces faits en ce qui concerne la prétendue décalcification dentaire due à la grossesse.

En effet, sur 29 femmes choisies sans aucune discrimination autre que la possession de la documentation précise, année par année de leur état dentaire avant leur grossesse, le tableau que j'ai établi montre avec une rigueur absolue la marche de la carie dentaire chez ces femmes régulièrement observées pendant une moyenne de 10 années (21 ans, au maximum, 3 ans au minimum) *avant tout état grévise*. Or, chez ces 29 mêmes femmes, examinées durant leur grossesse, après celle-ci et après l'allaitement, le pourcentage des caries constatées est en diminution très nette chez 26 d'entre elles, soit 90 % environ ; il est à égalité pour une et n'est en augmentation que chez deux seulement de ces femmes et encore, chez l'une de celles-ci, pour des causes purement externes.

Je pourrais déduire de ces chiffres que la grossesse apporte une amélioration dans l'état dentaire des femmes, je m'en garderais, car, ainsi que je l'ai dit dans le cours de ce travail, je considère que cet abaissement de la moyenne des caries chez les jeunes femmes observées est dû à ce qu'un grand nombre de celles-ci étaient soignées par moi depuis leur enfance, âge où la carie dentaire est plus particulièrement fréquente, et que, au moment de leur gestation, elles étaient arrivées à un âge où, assez fréquemment, la

(1) Dans les meilleurs travaux parus sur la question, comme les Thèses de HOUPERT et de MERCIER, ce sont également ces causes qui sont invoquées comme facteur du développement de la carie dentaire chez les femmes enceintes.

carie marque un ralentissement relatif dans son évolution. Par contre, de l'ensemble de ces observations établies avec une rigueur aussi mathématique, que clinique, je suis en droit de conclure de la façon la plus formelle et par des chiffres irréfutables que, contrairement au préjugé si répandu, la grossesse n'est pas une cause de carie dentaire.

BIBLIOGRAPHIE

- Géo BELTRAMI. — Le Mythe de la décalcification dentaire. — *Marseille Médical*, 15 septembre 1942.
- BLACK. — Physical characters of the human teeth in relation to their diseases. — *Dental Cosmos*, 1895, p. 394.
- DELORME. — Du retentissement de la grossesse sur la décalcification des dents. — *Thèse de Paris*, 1928.
- R. F. DARO. — Teeth during Pregnancy. — *J. A. D. M. A.*, janvier 1940.
- ELY. — Affections stomato-dentaires d'origine gravidique. — *Thèse de Paris*, 1908.
- FOURRIER. — Du traitement et des indications opératoires dans les affections dentaires pendant la grossesse. — *Paris*, 1890.
- HOUPERT. — Contribution à l'étude étiologique des troubles gingivo-dentaires de la grossesse. — *Thèse de Bordeaux*, 1903.
- KIRK. — De la carie dentaire des femmes enceintes. — *Philadelphie Med. Times*, 1880, T. X, p. 320.
- H. KLEIN. — La grossesse et la carie dentaire. — *Dental Cosmos*, septembre 1935.
- M. J. MARSHALL. — The teeth and oral cavity of pregnant Women. — *Journal of Ass. Med. Amer.*, Chicago, 1890, p. 260.
- MERCIER. — Influence de la grossesse sur la denture. — *Thèse d'Alger*, 1936.
- NORMANT. — Grossesse et état bucco-dentaire. — *Paris-Médical*, 1938, 23 IX, p. 168.
- ROUSSEAU-DECELLE. — Orientation nouvelle des idées sur l'étiologie de la carie dentaire. — *Revue de Stomatologie*, décembre 1923.
- Géo ROUSSEL. — Hygiène et prophylaxie dentaire pendant la grossesse. — *L'Odon-tologie*, 1912, vol. V, p. 433.
- SANLAY. — Contribution à l'étude de l'ostéomalacie essentielle. — *Thèse de Lyon*, 1891.
- J. TELLIER. — Grossesse et affections gingivo-dentaires. — *Compte rendu 1^{er} Congrès français de Stomatologie*, Paris, 1907, p. 114.
- TERRIER. — De l'influence de la grossesse sur les dents. — *Thèse de Paris*, 1898.
- VIGNES. — Métabolisme du calcium et gestation. — *Progrès Médical*, Paris, 24 mars 1928.
- ZESKIN et HOTELLING. — Effets de la grossesse sur la carie dentaire. — *J. of Dental Research*, XII, 1937.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

CONGRÈS DE LA VICTOIRE (20 au 26 octobre 1945)

L'Association Française pour l'Avancement des Sciences, contrainte depuis 1940 de suspendre ses réunions, organise en Sorbonne, du 20 au 26 octobre 1945, son premier Congrès après la libération, le Congrès de la Victoire.

La XIV^e Section (Odontologie) sera présidée par M. BOUCHER, professeur à l'École Odontotechnique de Paris. Ce Congrès aura une très grosse importance et le Comité exécutif de la Section Odontologie, l'une des plus importantes de l'A. F. A. S., prie les confrères de retenir dès à présent cette date pour pouvoir participer à ses travaux.

PROGRAMME PROVISOIRE

Siège du Congrès : A la Sorbonne (Faculté des Sciences et Faculté des Lettres).

SAMEDI 20 OCTOBRE

A 15 heures, Séance inaugurale solennelle dans le Grand Amphithéâtre de la Sorbonne.

A la suite de la séance inaugurale, réception dans les salons de l'Académie.

DIMANCHE 21 OCTOBRE

Après-midi, visites d'établissements scientifiques : Palais de la Découverte, Musée de l'homme, Institut Pasteur, Muséum.

LUNDI 22, MARDI 23, MERCREDI 24, JEUDI 25.

Les matinées seront consacrées aux conférences de la Section.

Les après-midi seront consacrés aux conférences d'intersections.

Les conférences générales se feront en fin d'après-midi.

Jeudi soir : Banquet réunissant les congressistes.

VENDREDI 26 OCTOBRE

Matinée, fin des travaux de Section.

Après-midi, à 15 heures, Séance solennelle de clôture et Assemblée générale de l'Association.

* *

Pour la XIV^e Section, le Comité d'organisation a décidé que chacune des matinées sera consacrée aux communications et discussions sur les sujets suivants :

LUNDI 22 OCTOBRE

Constitution du Bureau.

Allocution du Président.

Traitement de la gangrène pulpaire et de ses conséquences.

MARDI 23 OCTOBRE

La Parodontose.

MERCREDI 24 OCTOBRE

Hygiène bucco-dentaire (Comité National d'Hygiène Dentaire).

JEUDI 25 OCTOBRE

Démonstrations pratiques à l'École Odontotechnique.

VENDREDI 26 OCTOBRE

Substances prothétiques de remplacement.

Assemblée générale.

* *

Les confrères désireux de présenter une communication sur un des sujets sus-indiqués ou de prendre part à leur discussion peuvent s'inscrire dès maintenant auprès du président de la section, M. BOUCHER, 37, rue de Rivoli. Tél. Arc. 79-50.

BULLETIN

de l'Association Générale des Dentistes de France

RELATIONS DU PRATICIEN AVEC SON PERSONNEL, RELATIVEMENT AUX AMÉNAGEMENTS DES SALAIRES APRÈS LES RÉCENTS DÉCRETS

Par Paul FONTANEL

(Conférence faite à la Société d'Odontologie de Paris, le 3 juillet 1945)

En présence de la crise économique résultant des événements qui, depuis six ans, ont appauvri le monde entier et particulièrement notre pays, le Gouvernement a pris des mesures spéciales réglementant les salaires. Du fait de cette réglementation, la loi de l'offre et de la demande n'intervient presque plus sur le marché du travail.

Par suite de la confiance que m'accorde votre Groupement en me chargeant de la gestion financière de ses diverses parties, j'ai dû étudier puis présenter au Conseil d'Administration les propositions que je croyais les plus judicieuses pour respecter et appliquer les nouveaux arrêtés de M. le Ministre du Travail. Le Président de la Société d'Odontologie, qui avait assisté à ce Conseil a pensé que je vous rendrais service en vous faisant part des données que j'ai appliquées ; puisse-t-il ne pas s'être trompé.

Redoutant mon insuffisance quand il s'agit de donner des conseils généraux s'appliquant à toute la profession et non de faire une application que je puis corriger en cas d'erreur, j'ai voulu compléter mon travail ; j'ai été à la Direction du Ministère du Travail s'occupant spécialement de la réglementation des salaires, pour contrôler et corriger au besoin les interprétations que j'avais faites des arrêtés ministériels. J'espère vous donner ainsi des directives qui auront pour vous quelque utilité ; mais, dès maintenant, je demande toute votre indulgence si l'avenir vous apporte la preuve que j'ai commis quelque erreur.

Mais puisque je suis conduit à vous parler de vos rapports avec votre personnel, je pense que je dois traiter la question dans son ensemble et ajouter à la question réglementant les salaires, l'étude de la réglementation des Assurances Sociales à propos des salaires de vos employés, puis encore celle de la retenue de l'impôt cédulaire. Ces deux dernières questions pouvant être éliminées si vous ne jugez pas nécessaire leur exposition.

Première partie. — RÉGLEMENTATION DES SALAIRES

Le Ministre du Travail a divisé les salariés en deux grandes classes :

Les **travailleurs**,
Les **employés**.

Chaque classe se divise en catégories comportant elles-mêmes des échelons.

Il a fixé un minimum de salaire horaire point de départ de tous les calculs : **vingt francs**.

Une base de travail **hebdomadaire** : **quarante heures**, pouvant être augmentée.

Le nombre d'heures de travail mensuel varie suivant le nombre d'heures de travail par semaine ; pour la semaine-type de 40 heures, il est de 173 heures.

Ce qui donne pour cette semaine-type les salaires suivants :

L'heure : 20 francs ; la semaine : 800 francs ; le mois : 3.470 francs (le chiffre exact est 3.460, cependant à part le premier J. O. tous portent 3.470).

Voici deux formules :

1° Nombre d'heures de travail mensuel :

$$\frac{\text{Nombre d'heures de travail hebdomadaire} \times 52}{12}$$

2° Salaire horaire :

$$\frac{\text{la mensualité}}{\text{nombre d'heures de travail par mois.}}$$

Voici les résultats pour le nombre d'heures de travail par mois :

Pour la semaine :	de 40 h.	de 41 h.	de 42 h.	de 43 h.	de 44 h.	de 45 h.
	173 h.	178 h.	182 h.	186 h.	190 h.	195 h.

Ces généralités exposées, nous devons examiner dans quelles classes, catégories et échelons, nous pourrions introduire les différentes personnes que les Praticiens de l'Art Dentaire sont appelés à employer. Quelles sont ces personnes ?

Celles qui procèdent au nettoyage et à l'entretien du local ; les Assistantes ; les Secrétaires ; les Mécaniciens en prothèse dentaire.

A) Les Travailleurs

Ce sont celles qui entretiennent la propreté du local et qui ouvrent la porte.

Elles peuvent être employées au mois et vivre chez elles.

Elles peuvent être employées au mois, être nourries et logées.

Elles peuvent accomplir quelques heures par jour pour assurer le nettoyage rapide des locaux avant la réception des malades. Celles qui sont nourries et logées entrent dans la catégorie des *Gens de Maison* pour lesquels la loi de l'offre et de la demande joue uniquement, donc aucune réglementation.

Pour les autres, les *J. O.* du 31 mai et du 17 juin disent : pour les professions libérales :

Première catégorie : Travailleurs effectuant exclusivement des travaux manuels simples et courants n'exigeant ni aptitudes particulières ni connaissances spéciales et qui n'entrent pas dans le cadre particulier des activités de l'entreprise.

Ceci répond exactement aux personnes qui font uniquement les nettoyages.

Coefficient 100 pour 40 heures par semaine, 20 fr. l'heure ; 3.470 fr. par mois. (A remarquer que le *J. O.* du 31 mai donne 3.460, celui du 17 juin 3.470.)

Mais, cependant, les *J. O.* des 19 et 31 mai et du 17 juin disent :

Deuxième catégorie : Travailleurs que leur activité met en contact avec le public, ou dont les travaux entrent dans le cadre particulier des activités de l'entreprise.

Ce point spécial du contact avec le public peut nous entraîner à classer les travailleurs qui reçoivent nos malades dans cette deuxième catégorie, ce qui provoquerait une différence sensible, savoir : *coefficient 115 pour 40 heures : 23 fr. l'heure ; 3.990 fr. par mois.*

J'attire votre attention sur ce point que ces salaires sont fixés pour 40 heures de travail ; si vous faites faire un plus grand nombre d'heures vous devez faire un calcul proportionnel et augmenter les salaires en conséquence ; vous ne devez jamais payer moins.

Mais il est des cas où les personnes méritent par la qualité de leur travail, par le nombre d'années passées dans le même service un salaire autre que le minimum ; aussi élevé que celui-ci puisse vous paraître il faut bien différencier les travailleurs d'une même catégorie mais de qualité différente.

Pour cela la loi vous permet de les valoriser d'un certain nombre de points.

Ainsi, dans les deux catégories considérées nous avons vu que les coefficients étaient respectivement 100 et 115 ; dans ces deux cas, vous avez le droit de valoriser chaque personne de 1 à 15 points et pas plus, cela vous permet de dire pour 100 points je donne tant, pour 10 points en plus de donnerai telle somme.

Quant au choix entre les deux catégories, je n'ai pas posé la question à la Direction du Travail redoutant qu'elle soit tranchée dans le sens le plus élevé, c'est, je crois, une marge de transaction.

B) Les Employés

Nous devons ranger dans cette classe les Assistantes et les Secrétaires.

1° Les Assistantes. — Au Ministère même le classement n'a pas été possible d'une manière précise ; il faut le faire par assimilation, mais pour cela il faut définir exactement ce qu'est l'assistante. Voici comment j'ai défini sa fonction :

Personne formée par le Praticien auquel elle donne toute l'instrumentation nécessaire à l'intervention. Elle prépare pour lui certains produits qui doivent être malaxés à la dernière minute. Avant l'entrée du patient dans le cabinet, elle veille au parfait état de présentation du cabinet, elle introduit le malade, l'installe. Elle a la charge de la stérilisation des instruments et de leur mise en place. Elle range et classe les fiches des malades.

Si vous adoptez cette formule de travail, nous pouvons envisager l'assimilation dans les catégories définies dans les *J. O.* des 31 mai et 17 juin qui traitent des professions libérales.

Mais avant d'examiner comment nous pouvons classer les Assistantes, je suis obligé de vous signaler un fait qui vous intéresse au point de vue de vos relations avec votre personnel.

Les mécaniciens en prothèse dentaire sont syndiqués et, de ce fait, leurs représentants traitent avec les syndicats patronaux faconniers. Ils recherchent le moyen de traiter avec nous par un procédé semblable et passer une convention collective qui nous engagerait tous. Mais, en outre, ils cherchent à entraîner les autres membres de

notre personnel dans leur formation syndicale et pour cela se font leurs avocats. Si cette union se fait, un jour viendra où vous ne discuterez plus des salaires que vous devrez verser avec vos employés directement, mais avec des délégués syndicaux ; alors votre situation sera plus difficile.

La preuve de ce que je vous dis est faite par la publication, dans *L'Information Dentaire* du 24 juin, d'une communication émanant du Syndicat National des Mécaniciens en prothèse dentaire pour déterminer les salaires des Assistantes, les prenant ainsi en tutelle et de même pour les Secrétaires. Cette information comporte d'ailleurs certaines erreurs de chiffres, de dates, d'interprétation de barème puisqu'elle donne en exemple les salaires du commerce et non ceux des professions libérales puis ne tient par compte du *J. O.* du 17 juin qui modifie les décisions antérieures.

Ceci dit, revenons aux Assistantes et essayons de les classer. Sur le conseil de la personne qui m'avait reçu au Ministère du Travail, j'ai attendu que la décision qui classe les employés aux Assurances sociales soit prise, espérant y trouver les éléments d'une assimilation facile. Au cours d'une deuxième visite, cette assimilation ne fut pas plus commode et, d'accord avec la personne qui me recevait, tenant compte de la définition du travail, je vous propose, m'appuyant sur les détails parus dans les *J. O.* des 19 et 31 mai puis 17 juin, d'assimiler ces employés à la Catégorie II des *Employés*, 1^{er} échelon, qui définit ainsi les qualités de travail à posséder :

Employés ayant des connaissances professionnelles et une expérience du métier qui ne peuvent être acquises que par un apprentissage ou une pratique suffisante.

1^{er} échelon : coefficient 128 pour 40 heures de travail par semaine ; 25 fr. 50 l'heure et 4.440 francs par mois, avec droit de valorisation de 9 points, ce qui vous permet de porter le salaire au maximum à 4.750 francs pour une employée vous donnant réelle satisfaction.

Si vous tenez à marquer une qualité plus grande vous pouvez encore, tout en restant dans la 2^e catégorie classer votre Assistante dans le 2^e échelon et vous avez :

2^e échelon : coefficient 138 ; salaire horaire, 27 fr. 65, mensuel ; 4.785 fr., et là encore possibilité de valoriser de 11 points ce qui vous permet de verser un maximum de 5.170 francs.

Je me permets de vous conseiller cette assimilation dans l'un des deux échelons de la 2^e catégorie pour reconnaître la capacité de vos assistantes un peu dévaluées, à mon avis, dans le premier alinéa de *L'Information Dentaire* qui propose la 1^{re} catégorie avec 3.990 francs, définie ainsi :

Employés exécutant des travaux qui n'exigent qu'une initiation de courte durée ou d'une formation professionnelle très simple, ce qui correspond au coefficient : 115 ; salaire horaire, 23 fr. ; mensuel, 3.990 francs.

Je pense que les Assistantes ont vraiment droit à la définition de la deuxième catégorie.

Cependant, peut-être pourriez-vous adopter la classification en première catégorie pour les débutantes que vous feriez monter de catégorie dès qu'elles vous donneraient satisfaction.

Vous disposez même de la possibilité de les faire passer successivement dans le deuxième échelon de la première catégorie avec :

Coefficient 118 et salaire mensuel 4.090 francs, puis dans le troisième échelon : coefficient 123 et salaire mensuel 4.265 francs, avant d'arriver à la deuxième catégorie.

Vous avez ainsi toute une gamme qui vous permet de reconnaître le mérite de vos Assistantes, tout en restant enfermés dans le texte légal tant au point de vue minimum que maximum.

2^e Les Secrétaires. — Pour cet emploi le classement est facile, entre les dates du 31 mai et 17 juin, il a vu son sort très amélioré. En effet, le *J. O.* du 31 mai vous reportait à la classification du *J. O.* du 19 mai, lequel disait pour la troisième catégorie :

Sténographes, Dactylographes, Secrétaires : personnes qualifiées, ayant, en dehors de la connaissance de leur métier, des connaissances juridiques ou linguistiques une formation générale du niveau du baccalauréat.

Ces conditions spéciales fermaient la troisième catégorie à la plupart des secrétaires qui ne pouvaient sortir de la deuxième catégorie.

Mais, à la suite d'interventions syndicales puissantes, le 17 juin, le *J. O.* apporte les modifications suivantes à la définition de la troisième catégorie.

Employées qualifiées ayant indépendamment de la connaissance de leur métier une formation intellectuelle qui leur permet de rédiger un courrier simple sur les indications sommaires qui leur sont données.

Avec cette définition, toute secrétaire susceptible de vous être utile entre dans la troisième catégorie et vous devez la payer coefficient 150 pour 40 heures ; salaire mensuel, 5.200 francs.

Ceci est le minimum, mais si vous désirez récompenser des qualités, vous avez la possibilité de valoriser ces salaires de 1 à 20 points.

Les professions libérales n'ayant passé aucune convention collective avec aucun syndicat, vous ne devez pas de prime d'ancienneté ; n'en donnez pas, autrement vous seriez entraînés à la donner à tous vos employés y ayant droit, même si leur travail ne vous donnait pas la même satisfaction que celui de l'employée pour laquelle vous auriez créé le précédent.

Enfin, vous devez observer que tous ces salaires sont pour 40 heures, vous pouvez toujours convenir d'un salaire moindre proportionnel si vos employées travaillent moins ; d'autre part, vous devez leur payer un supplément pour les heures faites en plus. C'est à vous de bien déterminer dans le contrat d'engagement les heures d'arrivée, de départ, de voir ce que cela fait d'heures par semaine et déterminer le salaire.

Vous n'avez pas le droit de payer une employée à un tarif supérieur à celui qui correspond à sa catégorie et son échelon augmenté du nombre de points autorisé.

Mécaniciens en prothèse dentaire

Pour ces collaborateurs, il m'a été dit au Ministère du Travail qu'ils sont considérés de deux manières :

1° Ils travaillent chez des faconniers, alors ils sont soumis aux conventions collectives passées entre leur syndicat et les syndicats patronaux ;

2° Ils travaillent chez les praticiens, alors pas de convention, le jeu de l'offre et de la demande.

A titre de renseignements, si vous le désirez, je puis vous donner les salaires convenus entre les mécaniciens et les faconniers.

Je crois vous avoir donné tous les renseignements relatifs à la détermination des salaires.

Avec votre autorisation, je vais vous traiter la question des assurances sociales au titre patronal.

Deuxième partie. — ASSURANCES SOCIALES

Directives pour les praticiens au point de vue patronal

Ces directives peuvent être divisées en cinq parties :

1° Formalités d'immatriculation ;

2° Application des retenues ;

3° Versements des cotisations :

a) Au compte régional 3300 00.

b) Au compte spécial 3350 00 ;

4° Relevé annuel nominatif et contrôle des versements ;

5° Formalités en cas de maladie.

1° Formalités d'immatriculation

A) Pour les *Employeurs* :

1° L'employeur n'a jamais eu d'employé, il doit se faire immatriculer ; pour cela, il écrit au Service Régional dont il dépend en donnant ses nom, prénoms, adresse professionnelle, profession, déclarant qu'à partir de telle date il ouvre un cabinet et occupe du personnel demande son immatriculation comme patron.

2° L'employeur est déjà immatriculé, pas de formalité nouvelle quand il embauche un nouvel employé.

B) Pour les *Employés* :

1° L'employé n'a pas encore de carte d'Assuré social.

L'employeur est tenu de faire une *déclaration d'emploi d'un travailleur* sur une formule n° 1 qu'il demande au Service Régional. Alors l'Administration immatricule l'employé, lui attribue une carte d'assuré social, l'employeur doit enregistrer ce matricule, il devrait même garder cette carte.

Je conseille de créer, pour chaque employé, un dossier personnel dans lequel il y a lieu de mettre toutes les pièces relatives à cet employé (état civil, engagement, charges de familles, etc...) ;

2° L'employé est déjà Assuré social, aucune formalité, prendre sa carte pour enregistrer son matricule et tous les renseignements utiles pour la constitution de son dossier ;

3° L'employé a plusieurs patrons (femmes de ménage). Vous devez vous assurer que cet employé s'est fait immatriculer en employant la formule de déclaration obligatoire du travailleur occupé par deux ou plusieurs employeurs (formule n° 3 bis). S'il ne l'a pas fait, vous devez exiger qu'il le fasse pour couvrir votre responsabilité en cas de contrôle ou d'accident.

2° Application des retenues de cotisations ouvrières

Pour les retenues, trois cas à considérer :

- A. Employé vivant chez lui, n'ayant pas d'autre patron ;
- B. Employé vivant chez lui, ayant plusieurs patrons ;
- C. Employés nourris, logés, dénommés *Gens de Maison*.

Chaque fois que vous devez faire un paiement de salaire, vous devez retenir une fraction au titre Assurances sociales égale à *six pour cent* de ce salaire que vous avez déterminé en vous appuyant sur les conditions fixées entre vous et votre employé d'après les bases que nous avons vues il y a un instant.

Ce mode de retenue est applicable aux employés des deux premiers cas ; seuls, les *Gens de maison* sont soumis à un régime spécial ; pour eux, il faut faire les retenues suivantes :

Dans les villes de plus de 80.000 habitants :

Pour les hommes : 84 francs par mois ou 252 francs par trimestre.

Pour les femmes : 48 francs par mois ou 144 francs par trimestre.

Dans les villes de moins de 80.000 habitants :

Pour les hommes : 60 francs par mois ou 180 francs par trimestre.

Pour les femmes : 36 francs par mois ou 108 francs par trimestre.

Habituellement ces retenues sont faites trimestriellement.

3° Versements des cotisations

Les retenues effectuées doivent être enregistrées sur le livre de paie pour tous les employés soumis à la retenue de 6 % et n'ayant pas d'autres patrons, c'est-à-dire qui sont vos employés propres, sans être gens de maison.

Le livre de paie comporte une colonne spéciale pour l'enregistrement de cette retenue.

Dans la colonne voisine vous devez porter le montant de la cotisation patronale qui est également de 6 %.

Ces deux cotisations (ouvrière et patronale) additionnées représentent le montant des sommes que vous devez verser aux Assurances Sociales.

A la fin de chaque trimestre l'Administration des Assurances Sociales envoie à tous les employeurs immatriculés une formule postale pour vous permettre d'effectuer ce versement qui pour Paris est envoyé :

Au Compte Régional des Assurances Sociales
Compte de Chèques postaux pour Paris 3300.00

Sur cette formule vous devez indiquer le montant total du versement effectué comprenant les cotisations ouvrières et patronales réunies. Sur la même formule il y a une case spéciale pour permettre à l'employeur de verser une cotisation spéciale qui est uniquement à la charge de l'employeur et qui s'appelle : *Contribution spéciale des Vieux Travailleurs*.

Elle est égale à 4 % du montant des salaires versés aux employés ; elle est versée au compte des chèques postaux portant ce titre et dont le numéro est pour Paris : 3350.00.

Vous pouvez porter cette formule à la poste et verser l'ensemble ; vous pouvez aussi effectuer le versement par virement postal si vous avez un compte de chèques postaux ; mais alors, faites deux virements, l'un pour le compte régional des cotisations ; l'autre pour le compte régional spécial des vieux travailleurs. Vous pouvez aussi payer par un chèque bancaire.

Mais si vous payez par virement postal ou par chèque de banque, envoyez soit seule, soit avec votre chèque bancaire, la formule de l'administration des Assurances Sociales en la remplissant et indiquant le mode de paiement que vous avez choisi.

Au point de vue comptable, vous devez opérer de la manière suivante :

Aux dépenses vous enregistrez :

A. — Le salaire versé à l'ensemble de votre personnel (salaire brut).

B. — Le versement du montant des retenues faites à un compte spécial intitulé *retenues* sur salaires qui enregistrera également la retenue cédulaire dont je vous parlerai.

C. — Le versement de la cotisation patronale : 6 %.

D. — Le versement de la contribution spéciale des vieux travailleurs ; ces deux derniers versements au débit d'un compte spécial ou d'une subdivision de vos frais généraux.

Aux recettes, vous enregistrez : au compte intitulé *retenues* sur salaires le montant des retenues faites sur les salaires du personnel au titre Assurances Sociales ; tout à l'heure, nous verrons la même obligation pour les retenues cédulaires.

Pour les employés ayant plusieurs patrons (pour vous, en général, les femmes de ménage) nous avons vu qu'il fallait leur appliquer la retenue de 6 %.

Pour effectuer le versement de cette retenue ainsi que de la cotisation patronale, puis de la contribution spéciale de 4 % pour les vieux travailleurs vous devez remettre à l'employé l'ensemble de ces cotisations et vous faire donner une décharge de la somme remise indiquant le montant de chacun des trois éléments payés : cotisations ouvrière, patronale, spéciale.

Et c'est l'employé qui a la charge d'effectuer le versement à l'Administration, sous sa responsabilité.

Dans certains cas, ces employés choisissent pour faire ce versement le moyen des timbres apposés sur un feuillet spécial fourni par la poste ou la caisse régionale ; alors vous devez vous procurer les timbres, les coller, les dater et les signer ; ce qui ne vous dispense pas de vous faire délivrer décharge.

Pour les Gens de Maison, le versement s'effectue au moyen de bordereaux spéciaux qui vous sont délivrés à la Poste (formule 1551), puis de feuillets trimestriels également remis par la Poste ; vous devez employer un seul bordereau par versement trimestriel pour tous vos gens de maison et un feuillet trimestriel pour chacun d'eux.

Ce versement est égal à trois fois la retenue faite suivant les indications que je vous ai données et qui varient avec le nombre des habitants de la ville, c'est-à-dire que vous versez : à Paris et dans les grandes villes, par trimestre : pour les hommes : 756 francs ; pour les femmes : 432 francs.

Dans les villes de moins de 80.000 habitants : pour les hommes : 540 francs ; pour les femmes : 324 francs.

Ce versement comprend les cotisations ouvrières, patronales et la contribution spéciale, chaque partie représentée par un tiers. Sur le feuillet trimestriel, vous devez indiquer la subdivision suivant les directives marquées sur ledit feuillet.

Il est établi de telle manière que vous pouvez en remettre une partie à votre employé après avoir effectué votre versement ; cela lui sert d'attestation en cas de maladie.

4° Relevé annuel nominatif et contrôle des versements

Chaque année, à fin décembre, vous devez dresser sur une formule spéciale qui vous est envoyée par l'Administration et que vous devez réclamer au Service régional si vous ne l'avez pas reçue, un état qui constate pour chaque employé :

Nom, prénom, adresse, matricule, le total des salaires bruts versés au cours de l'année, quelle que soit la durée pendant laquelle il est resté à votre service ; le montant total des retenues que vous lui avez faites pour Assurances Sociales ; le montant total des cotisations que vous avez versées pour lui tant au titre ouvrier que patronal.

Le total de cet état doit être égal au total des versements que vous avez faits au compte régional 3300.00.

Vous devez également indiquer le total versé au titre de la contribution spéciale pour les vieux travailleurs.

Dans un cadre spécial de cette formule vous devez indiquer les dates auxquelles vous avez fait vos versements et leur montant, le total doit correspondre aux autres parties de cet état ce qui fait le contrôle de l'ensemble.

Les versements faits pour employés ayant plusieurs patrons ne doivent pas être enregistrés avec les autres employés ; de même pour les gens de maison qui ne doivent pas figurer sur ces états.

D'où la nécessité d'enregistrer à part, en comptabilité, les versements faits à ces deux dernières catégories.

5° Maladies

Quand l'un de vos employés est souffrant et désire recevoir les prestations auxquelles il croit avoir droit, il doit demander soit à la Mairie de son arrondissement, soit à la Caisse d'Assurances Sociales, à laquelle il est inscrit, une feuille de maladie avec laquelle il se rend chez le praticien.

Comme employeur, vous n'intervenez que pour fournir, s'il y a lieu, une attestation d'arrêt de travail à une date précise, puis de reprise du travail également à une date précise ; ces dates doivent en principe correspondre avec les dates fixées par le médecin traitant qui a fixé le temps de repos.

..

A titre de renseignement complémentaire, je vous dirai que le J. O. du 21 juin a porté le plafond des Assurances Sociales à 120.000 francs par an, que, d'autre part, il n'y a pas de limite de plafond pour les ouvriers payés à la semaine ou à la quinzaine (nos mécaniciens). De ce fait, beaucoup de vos opérateurs vont devenir des assurés sociaux et tous vos mécaniciens, cela à partir du 1^{er} juillet, vous devrez donc vous inquiéter de leur immatriculation et, au besoin, de la votre, comme employeur.

Troisième partie. — LA CONTRIBUTION CÉDULAIRE

Si j'ai été passé des après-midi au Ministère du Travail et à la Direction des Assurances Sociales pour compléter les renseignements que j'avais, je puis vous dire que je suis allé également au Service des Retenues à la Source pour contrôler ce que je sais à propos de l'impôt cédulaire que nous devons retenir à nos employés.

Tout employeur est obligé par la loi de retenir à tous les membres de son personnel l'impôt cédulaire fixé pour leur salaire, chaque fois qu'il effectue un paiement de salaire.

Le montant de cet impôt varie avec l'importance du salaire, avec les charges de famille du salarié ; il en résulte l'obligation pour l'employeur de se livrer à chaque paiement au calcul de la retenue à faire, surtout si le salaire n'est pas toujours égal pour chaque paiement fait au même salarié.

Deux moyens s'offrent à vous pour déterminer cette retenue :

1° Pour ceux d'entre vous qui sont en possession des barèmes qui ont été distribués en 1943 : l'emploi de ces barèmes.

2° Pour tous les autres : l'emploi des **avis** spéciaux remis par l'Administration des Retenues à la Source, ce dernier moyen vous obligeant à des calculs plus longs.

A. — Emploi des barèmes.

Ils sont au nombre de quatre, suivant que vos salariés sont payés à la *journée*, à la *semaine*, à la *quinzaine*, au *mois*.

Vous déterminez le salaire brut, ce que vous avez déjà fait pour retenir les Assurances Sociales ; vous prenez le chiffre obtenu après la déduction de la cotisation des Assurances Sociales ; le reste vous donne ce qui était le chiffre imposable en 1943 et 1944.

Mais depuis que la cotisation d'Assurances Sociales a été augmentée, pour ne pas avoir une trop forte diminution des salaires, le salaire imposable a été diminué dans les conditions suivantes :

Prenant le chiffre obtenu, on lui fait subir une nouvelle réduction, et pour cela vous déduisez, pour le salaire au mois une somme de 700 francs ; pour le salaire à la quinzaine, 350 francs ; pour le salaire hebdomadaire, 160 francs et pour la journée, 30 francs. Ce reste constitue le chiffre réellement imposable.

C'est alors que vous prenez le barème approprié ; vous cherchez dans la colonne de gauche le salaire correspondant au salaire que vous voulez imposer, puis suivant la ligne de ce chiffre vous trouvez le montant de la retenue que vous devez faire dans la colonne qui correspond à la situation familiale de votre employé selon qu'il a ou n'a pas d'enfant et suivant le nombre d'enfants.

B. — Méthode utilisant les avis sans barèmes

Vous prenez le salaire brut diminué de la cotisation d'Assurances Sociales. Vous calculez ce que donne le taux de 14,40 % de ce salaire. Vous déduisez de la somme obtenue :

267 fr. 00	s'il s'agit d'un paiement mensuel.
133 fr. 50	— de quinzaine.
89 fr. 00	— de décade.
61 fr. 60	— hebdomadaire.
10 fr. 70	— journalier.

Du nouveau chiffre obtenu vous devez déduire :

15 %	si le salarié a un enfant mineur à charge.
30 %	— deux — —
75 %	— trois — —

et déduire la totalité si le salarié a quatre enfants ou plus.

Exemple : Salaire 4.000

A.S. 6 % 240 paiement taxable..... $3.760 \times 14,40$

100 = 541 44

Déduire pour un mois 267 00

Reste..... 274 44

déduction pour deux enfants : 30 % 82 33

Net à déduire..... 192 11

Arrondis à 192.

La retenue établie par l'une ou l'autre des deux méthodes doit être enregistrée sur votre livre de paie, dans la colonne réservée à cet usage ; vous devez également l'inscrire sur le bulletin de paie remis au salarié (remise obligatoire).

Vous enregistrerez encore cette retenue en comptabilité au compte : *Contribution cédulaire*.

Si vous avez peu de salariés, ce qui est le cas dans la profession, je vous conseille de tenir ce compte de la manière suivante au grand livre :

Au crédit du compte vous ménagez une colonne par employé et vous inscrivez en fin de mois :

Retenues-salaire du mois : Mécanicien-Opérateur-Assistante-Secrétaire total une ligne par mois.

Et à la fin de l'exercice vous additionnez toutes les colonnes respectivement, vous obtenez ainsi le montant des retenues faites pour chacun et le total des retenues pour l'ensemble ; ce dont vous avez besoin, comme nous allons le voir.

Vos retenues étant enregistrées, à la fin de chaque mois, si l'ensemble dépasse 500 francs ; tous les trois mois, si les retenues totales du mois n'atteignent pas ce chiffre ; vous devez verser au Percepteur les retenues ainsi faites.

Pour cela, vous trouvez à la Perception des formules (1095) intitulées : *Bordereau-Avis de versement*, que vous n'avez qu'à remplir, puis vous pouvez vous libérer en envoyant un employé payer à la perception. Un mode de libération qui évite tout dérangement consiste à joindre un chèque bancaire au bordereau avec une enveloppe timbrée à votre adresse pour le retour de la quittance à laquelle le Percepteur joint régulièrement une formule pour le mois suivant ; dans ce cas faites votre chèque barré au nom du *TTrésor Public*.

En fin d'année, l'Administration des Retenues à la Source vous envoie des feuilles spéciales à remplir pour la déclaration des salaires payés au cours de l'année, cela pour l'établissement de l'impôt sur le revenu à faire payer à vos salariés. Si par hasard vous ne recevez pas cette feuille réclamez la rue d'Uzès.

Mais si vous avez pris la peine de vous faire inscrire à cette Administration comme employeur, ce que je vous conseille, vous recevrez certainement la feuille de déclaration de fin d'année.

Cette feuille comporte plusieurs tableaux :

Le premier doit contenir la liste de tous les salariés, occupés pendant l'année, auxquels vous avez fait des retenues cédulaires ; avec leurs nom, prénom, adresse, montant des salaires versés, montant des retenues pratiquées, renseignements que vous devez trouver facilement si vous avez tenu votre compte comme je vous l'ai indiqué tout à l'heure.

Le deuxième tableau doit énumérer tous les versements que vous avez faits au *TTrésor Public* avec la date de chaque versement.

Les totaux de ces deux tableaux doivent être égaux à quelques centimes ou francs près ; la différence provenant de vos envois faits en francs arrondis, alors que vos retenues comportent des centimes.

Vous voyez que ces tableaux se contrôlent, s'il y a différence élevée, vous devez rechercher quelle erreur ou omission a été faite au cours de l'année et la réparer pour vous éviter une réclamation administrative qui peut provoquer un contrôle administratif.

Mes chers Confrères, je crois vous avoir dit tout ce qui vous est nécessaire pour vos rapports avec vos employés et avec les diverses administrations au point de vue salaires (sauf pour les allocations familiales).

La dernière recommandation que je puis vous faire, c'est de bien tenir votre livre de paye ; il y a dans le commerce des livres imprimés qui facilitent ce travail. Enfin, quand l'exercice annuel est terminé, assurez-vous de la parfaite corrélation de vos chiffres passés en comptabilité avec les déclarations faites ; et pour cela ne faites jamais une déclaration sans en prendre un double exact.

Et je m'excuse de la durée de cette causerie bien aride.

Avis complémentaire pour l'impôt cédulaire

Les gens de maison sont également soumis à l'impôt cédulaire si l'importance de leur salaire atteint le niveau taxable qui est de 1.860 fr. par mois après déduction des Assurances Sociales, déduction fixée à 84 francs par mois pour un homme et à 48 francs pour une femme.

Pour déterminer le salaire, vous comptez :

1° Le salaire versé en espèces ;

2° Avantages en nature (720 fr. pour un homme et 633 fr. pour une femme).

Vous déduisez du total les Assurances Sociales, le reste est la somme taxable à laquelle vous appliquez les méthodes de calcul citées plus haut : emploi des barèmes ou des avis spéciaux.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

Le Bureau de l'A. G. D. F., ayant reçu mandat du Conseil d'Administration dans sa séance du 14 mai 1945, de demander qu'il soit procédé le plus rapidement possible à des élections en vue de constituer les Conseils de l'Ordre, a adressé au Ministre de la Santé Publique la lettre ci-dessous :

Paris, le 24 mai 1945.

Monsieur le Ministre de la Santé Publique, 7, rue de Tilsitt, Paris (8^e).

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous faire parvenir une motion votée à l'unanimité à la dernière réunion du Conseil d'Administration de notre Association Générale des Dentistes de France :

« Le Conseil d'Administration de l'Association Générale des Dentistes de France, le plus important Groupement professionnel dentaire français qui ait réussi à subsister durant l'occupation dans une semi-clandestinité, réuni le 14 mai 1945, croit devoir se faire l'interprète des sentiments de ses membres pour demander respectueusement à Monsieur le Ministre de la Santé Publique qu'il soit procédé dans le plus bref délai possible, étant donné le rapatriement des prisonniers et déportés, à des Elections afin de doter la Profession de Conseils de l'Ordre régulièrement mandatés remplaçant les Organismes actuels qui se sont substitués il y a déjà plus de 9 mois aux Conseils désignés par le suffrage professionnel en 1943. »

J'ai l'honneur de vous présenter, Monsieur le Ministre, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Le Président : D^r A. AUDY.

Nous avons reçu la réponse suivante que nous nous empressons de porter à la connaissance de nos confrères :

Secrétariat d'Etat
à la Santé et à la Famille

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DIRECTION DE LA SANTÉ
1^{er} Bureau

Paris, le 9 juin 1945.
7, rue de Tilsitt (8^e)

Monsieur le Président,

« Vous avez bien voulu, par lettre du 24 mai dernier, me demander qu'il soit procédé dans le plus bref délai possible à des élections, afin de doter votre profession de Conseils de l'Ordre régulièrement mandatés. »

J'ai l'honneur de vous faire connaître que pour procéder à l'élection de « Conseils de l'Ordre » il faut que cet Ordre existe. Or, vous n'ignorez pas que l'Ordre créé par le Gouvernement de fait de Vichy a été supprimé par décret du 18 octobre 1943 rendu applicable en France par l'ordonnance du 9 août 1944.

J'étudie en ce moment, ainsi que vous devez le savoir, l'organisation d'un Ordre national des Chirurgiens-Dentistes, comportant élection des différents Conseils.

J'espère que l'Ordonnance en cause sera promulguée assez rapidement et vous aurez ainsi satisfaction ».

Veillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de ma considération distinguée.

Pour le Ministre,

Le Directeur du Cabinet : Signé : ILLISIBLE.

NOUVELLES

ECOLE DENTAIRE DE PARIS

CONCOURS

Des concours seront ouverts en octobre 1945 pour des postes de chef de clinique de dentisterie opératoire et chef de clinique d'Orthodontie.

Les inscriptions seront reçues à l'École Dentaire de Paris jusqu'au 10 octobre 1945 inclus.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat de l'École Dentaire de Paris, 45, rue de la Tour-d'Auvergne (9^e).

COURS DE PERFECTIONNEMENT D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

Le Conseil d'administration de l'École Dentaire de Paris, soucieux du perfectionnement professionnel des confrères, a envisagé la reprise des cours de perfectionnement.

Les praticiens désireux de se perfectionner en Orthopédie dento-faciale, sont priés d'adresser dès maintenant leur demande au Secrétariat de l'E. D. P., 45, rue de la Tour-d'Auvergne (9^e), en ayant soin d'indiquer s'ils préfèrent participer à un cours continu pendant plusieurs jours, ou fractionné mensuellement.

PROMOTION MILITAIRE

Décret du 16 avril 1945 portant nominations et promotions dans le cadre des officiers de réserve du service de santé.

Art. 6. — Sont nommés à titre temporaire et pour prendre rang de la date de leur rappel à l'activité ou de leur engagement (postérieurement au 1^{er} septembre 1944) :
Au grade de dentiste sous-lieutenant :

Les dentistes auxiliaires : MM. BELOT (Pierre-Louis-Georges), BRU (René-Pierre-Henri), FERRARY (René-Jean), GIRARDOT (Maurice-Paul-André), JOURNO (Élie), MITTWOCH (Raymond-Louis), SACTHER (Fishel), STERN (René-Samuel) ; LANTIER (Paul-Étienne) ; TRAPE (Henri-Jean) ; SAPIR (Albert) ; POPESCO (Sylvain) ; SERAPHON (Franck) ; GUILAINE (Jean-André).

Art. 7. — Est nommé à titre étranger, pour la durée de la guerre et pour compter du jour de son rappel à l'activité : *Au grade de dentiste sous-lieutenant :* M. le dentiste auxiliaire ZARTARIAN (Dzevassar).

Service de Santé — Promotions.

Nous apprenons la nomination au grade de Médecin Lieutenant-Colonel, de M. le Médecin-Commandant VIRENQUE, Médecin-Chef du Centre Maxillo-Facial de la Région de Paris.

Au grade de Dentistes Capitaines, de MM. les Dentistes Lieutenants : CHARBONNIER Camille, VIDAL Raoul, FOUGERAY Raymond, TUERNAL-VATRAH Joseph, YAKOUBOWITCH Moïse, BARRÉ Jean, LIBINE Henri, AIGNON Georges, GUIBERT Lucien, CLAUDE Robert, NAUWELAERS André, SERRERS Marc, KAUFFMANN Edmond, BITSCHINO René, KOPF Henri, ROUDER Jean, NAKAM Édouard.

Nous adressons à tous nos sincères félicitations.

Nous avons été heureux d'apprendre le retour d'Allemagne de notre confrère M. CHAROY, membre de notre Groupement, déporté politique de la Résistance.

Des concours sont ouverts à l'Ecole de Chirurgie dentaire et de Stomatologie de Paris pour deux postes de chef de clinique de chirurgie dentaire et deux postes de chef de clinique de dentisterie opératoire.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat de l'Ecole, 45, Boulevard Voltaire, Paris.

MARIAGES. — M^{me} Georges Bouvry nous a fait part du mariage de son fils, M. Claude Bouvry, élève à l'Ecole Dentaire de Paris, avec M^{lle} Christiane Bouchot-Mayeux, célébré le 30 juin 1945.

Nos sincères félicitations et vœux de bonheur.

NAISSANCES. — M. Georges Milcent, chirurgien-dentiste, membre du Corps enseignant de l'Ecole Dentaire de Paris, et Madame, nous ont fait part de la naissance de leur deuxième fille Marie-José, le 29 mai 1945.

M. Henri Brun, chirurgien-dentiste, ancien élève de l'Ecole Dentaire de Paris, et Madame, nous ont annoncé la naissance de leur fille Martine, le 24 mai 1945.

M. Bourgoin, chirurgien-dentiste, membre du Corps enseignant de l'Ecole Dentaire de Paris, et Madame, nous ont annoncé la naissance de leur fils Gilles.

M. et Madame Gardes-Lainé, chirurgien-dentiste, membre du Corps Enseignant de l'E. D. P. nous ont annoncé la naissance de leur fille Evelyne.

Nos sincères félicitations.

On nous communique : GÉRANCE offerte. Cabinet dentaire très important avec ou sans appartement dans immeuble particulier, rue principale à Rouen. — S'adresser au Bureau de L'Odontologie, qui transmettra.

LEMAIRE & BEAUVAIS

ANCIENNE MAISON LEMAIRE

4, Passage Choiseul — 40, rue des Petits-Champs

Téléphone : OPÉRA 45-25

Toute la Fourniture Dentaire des meilleures Marques
Grand choix de DENTS

CARTE DE PRIORITÉ PHARMACEUTIQUE

Spécialisés depuis plus de vingt ans dans la fabrication et la vente de tous les produits de thérapeutique dentaire, les LABORATOIRES du Docteur Pierre ROLLAND informent leur clientèle de Paris et de Province qu'ils sont à sa disposition pour lui assurer la fourniture des produits contingentés de la CARTE DE PRIORITÉ 1945. — Pour tous renseignements, s'adresser aux Laboratoires du Docteur Pierre ROLLAND, 127, boulevard Saint-Michel, PARIS (5^e) (Odéon : 22-01).

PRATICIENS DE LA ZONE SUD

Comme suite au rétablissement des relations postales, les Laboratoires du D^r Pierre ROLLAND vous informent que vous pouvez leur adresser directement comme avant la guerre,

CARTES DE PRIORITÉ, COMMANDES, CORRESPONDANCE,
au besoin par lettre recommandée, à leur dépôt 127, boulevard Saint-Michel, PARIS (5^e).
Leur représentant, M. RONDELET, continuera à vous visiter régulièrement.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

TECHNIQUE D'UTILISATION DES ALLIAGES INOXYDABLES A COULER EN PROTHÈSE DENTAIRE

Par M. RIVault

Professeur suppléant à l'École Dentaire de Paris

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le 6 juin 1944).

616 314 x 155

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Nous englobons dans cette question les aciers inoxydables et les nickels chromes.

Nous allons d'abord faire la critique des alliages inoxydables. Nous profiterons de l'occasion pour faire le point dans les progrès réalisés.

Nous indiquerons ensuite les possibilités d'exécution, et, pour chaque travail réalisable, les différentes techniques, en désignant à chaque fois la méthode de choix.

Vous savez que les alliages inoxydables ne peuvent remplacer l'or, métal qui possède les plus grandes qualités pour notre usage professionnel et permet, grâce à ses alliages (en cuivre, en platine, en palladium, etc...), une multitude de combinaisons.

Ainsi, en prothèse décollée, une barre cingulaire tapissée d'or fin dans sa partie en contact avec le revêtement adamantin permet d'éviter toute action scoliodontique sur l'émail. Même exemple pour le crochet Jackson.

Un bridge monté avec Dowels ou dents à tubes aura sa travée coulée en or palladié. Il sera ainsi mieux toléré par la fibro-muqueuse. D'autre part, cet alliage possède de grandes qualités mécaniques permettant d'heureux effets esthétiques en diminuant le volume métallique.

Par contre, pour les faces triturantes, le « coing gold » des américains (dureté exprimée en Brinell $\Delta = 137$) aura une usure égale à celle de l'émail et sera le métal de choix pour cet usage.

Ce petit aperçu pour bien vous montrer que nous sommes fidèle à l'enseignement reçu et que, imprégné des conceptions biologiques de notre maître P. Housset, nous ne nous laisserons pas aller aux seuls résultats mécaniques, mais, au contraire, chercherons par tous les moyens à maintenir « intact, suivant sa devise, l'intégrité tissulaire ».

PREMIÈRE CONCLUSION

**Les prothèses que nous étudions ont un emploi restreint
du fait de l'uniformité de l'alliage employé.**

Les futurs efforts doivent donc tendre à ce que nous ayons à notre disposition trois alliages :

le premier, mou (en contact avec le revêtement adamantin, barre cingulaire par exemple) ;

le deuxième, de dureté moyenne voisine de l'émail $\Delta = 137$ Brinell (surfaces triturantes) ;

le troisième, de grande résistance (entretoise, poutre de résistance, etc.) et la possibilité de combiner ces trois alliages dans la construction de nos systèmes de restaurations prothétiques.

Je me permettrai maintenant de faire allusion aux conceptions biologiques actuelles sur l'éventualité, pour ne pas dire la certitude, d'un échange entre le milieu adamantin et le milieu buccal. Nous devons, à chaque fois que l'état général et local le permettent, respecter l'intégrité pulpaire.

Ainsi, nous nous servirons comme points d'appui de ponts, d'ancrage sur dents vivantes, que ce soit :

l'historique carmichael,

l'ancrage de Tinker (la three quarter Veneer crown), si bien décrite par DRESSEL, élève de TINKER,

la 3/4 et la 4/5 (modifiées par Housset sans épaulement cervical) ou la couronne circulaire partielle préconisée par cet auteur,

l'onlay à tenons dentinaires, le fameux pinledge attachement de Burges.

Nous utiliserons donc dans la prothèse moderne tous ces ancrages, de façon à laisser à la dent toute sa physiologie. Mais ce sont des raffinements hélas impossibles ou périlleux à exécuter en alliages inoxydables.

Je m'explique : il est certes possible de réaliser des coulées d'inlay avec plus ou moins de précision et, de là, construire des bridges physiologiques possédant un support d'extension encastré dans l'inlay (point d'appui secondaire) à la manière classique (ou même en utilisant le procédé pit and pine). Mais nous restons persuadé que le brunissage insuffisant, étant donné la dureté du métal, ne permet pas une adaptation capable de satisfaire ceux pour qui la précision est la qualité première d'un travail de prothèse bien exécuté.

DEUXIÈME CONCLUSION

La dureté exagérée limite son emploi. Pour cette même raison les ancrages sur dents vivantes, en général, sont difficilement réalisables.

Pour les techniques d'exécution, nous éviterons tout apport de soudure. La coulée de la travée ou de l'arche et des faces triturantes entraînera la soudure autogène des différents éléments constituant les points d'appui.

Cette raison rendra encore plus difficile la réalisation d'ancrage sur dents vivantes, car la seule possibilité qui nous resterait serait de couler la travée et l'ancrage d'un seul coup (par la méthode indirecte). On se rend vite compte du manque de précision d'un tel travail.

Quant à la soudure avec le corps du pont (technique analogue à celle de l'or), ceux qui ont essayé ce système savent les déboires possibles et les risques pour un travail aussi difficile qu'incertain...

Et il est fréquent de voir l'ancrage désoudé du reste de la prothèse.

Au point de vue biologique, c'est regrettable, mais il faut savoir faire preuve de sagesse en limitant les possibilités d'emploi.

Une partie des travaux présentés a été exécutée avec des aciers inoxydables dont la composition est de 10% de nickel, 20% de chrome, 2% de molybdène, 0,5% de silice.

D'autres sont de simples 18/8 du commerce.

Ces aciers sont évidemment différents du premier acier inoxydable inventé dans les usines de Brown Firth en 1912, qui était un acier au chrome avec une infime proportion de manganèse.

L'acier inoxydable de Krupp (V. 2 A), *acier remarquablement étudié* pour son usage en orthopédie dento-faciale (qui selon BENNEJEANT comprend 59,44% de fer, 14% de cobalt, 17,88% de chrome, 8,68% de nickel et 0,1% de carbone) diffère quelque peu de celui que nous employons, acier qui n'est pas à couler.

Contrairement à cet acier, d'une façon générale, les aciers inoxydables vendus en France n'étaient pas destinés à la prothèse dentaire, et les besoins considérables de la profession ont tenté certains industriels, qui n'ont pas

hésité à mettre à notre usage des métaux dont la structure et les caractéristiques convenaient mieux à la fabrication d'objets ménagers.

Les aciers inoxydables destinés à la coulée sont des 18/8 ou à peu près semblables aux 18/8. Leurs caractéristiques sont très voisines. Il est évident que l'adjonction en diverses proportions de titane, silicium, tungstène et molybdène modifie leurs caractéristiques.

Leur architecture anatomique les met à l'abri des modifications moléculaires électrolytiques, ce qui est un gros avantage quant à leur tenue en bouche.

Ils sont durs, résistants, élastiques et inoxydables au-dessous de 850°. Quand ils sont polis, on peut leur préférer la couleur d'or ; c'est là une question d'appréciation.

Ils possèdent des qualités physiques, c'est indéniable, mais leur malléabilité et leur ductibilité sont inférieures à celles de l'or.

En résumé, ils manquent de complaisance.

M. BÉLIARD, qui ne fait qu'effleurer la question dans son livre « *Prothèse conjointe* », prétend qu'ils sont cassants.

Il est évident qu'à section égale, un métal coulé est moins résistant qu'un métal laminé (le laminage produit en quelque sorte une intrication moléculaire augmentant la résistance mécanique à l'unité de section).

Mais, aux épaisseurs normales employées dans la confection des ponts et couronnes, il ne doit pas être considéré comme cassant ; à notre avis, il est même très résistant, beaucoup plus que l'or, s'il n'a pas été maltraité ; mais sa grande dureté qui lui confère des qualités mécaniques de premier ordre pour l'exécution des travées de bridge présente un défaut qui peut paraître insignifiant, mais qu'il ne faut pas sous-estimer. Les faces tritantes s'useront moins vite que l'émail, d'où la nécessité, dans les années qui viendront, de retoucher les points brillants, afin de prévenir tout ébranlement du système de bridge.

Si l'on se reporte à la communication fort intéressante de M. Marcel MIR, Ingénieur-Conseil, faite à la Société d'Odontologie de Paris le 4 avril 1944, sur le traitement thermique des aciers inoxydables :

« A l'état *hypertrempé*, la dureté pour un acier 18/8 est de 135 à 165 « Brinell (1), et les allongements sont de 45 à 55 %. L'écrouissage survenant « au cours du travail pour une réduction de 15 %, la dureté totale passe « à 270 Brinell, tandis que les allongements tombent à 20/25 %, et dans « certaines parties embouties pour une réduction de 50 %, elle s'élève jusqu'à 380 Brinell. »

TROISIÈME CONCLUSION

Il est indispensable que dans l'emploi des bagues l'acier inoxydable 18/8 soit livré hypertrempé pour faciliter le travail d'ajustage et le bouterollage.

(Pour obtenir cette hypertrempe, M. MIR nous conseille de chauffer entre 1.050 et 1.150°, et de refroidir brusquement à l'air ou à l'eau.

Tout à l'heure nous avons envisagé d'avoir à notre disposition trois alliages qui puissent se combiner.

Le premier, nous le croyons difficilement réalisable. P. HOUSSET, en avril 1941, avait préconisé d'enrober les barres cingulaires de palapont ; ainsi on éviterait le contact brutal de l'acier sur l'émail.....

Les deux autres sont choses proches si l'on considère les gros progrès réalisés dans l'amélioration des alliages de nickel-chrome vendus sous le nom de Rémanit, et dont les caractéristiques se rapprochent plus de l'idéal que l'acier inoxydable classique.

L'absence de fer que nous avions préconisée en avril 1941, n'est pas

(1) Nous précisons tout de suite que l'hypertrempe est un état passager, une sorte d'équilibre instable qu'il est impossible de maintenir, le moindre travail entraînant une modification moléculaire.

une nouveauté, en effet : le *vitalium*, dont l'existence date d'avant-guerre, composé de cobalt, chrome et tungstène dans des proportions inconnues, auxquels viennent s'ajouter des métaux accessoires tels que le titane et le molybdène, est fabriqué par les laboratoires Austenal (U. S. A.) qui ont vendu le brevet d'exploitation à la maison Krupp, d'Essen (Allemagne), pour l'Europe entière.

La présence du chrome et du tungstène en fait un métal trop dur ; d'autre part, il fallait acheter le brevet ou faire faire son travail à façon.

C'est sur les indications de M. Heinrich Roos, de Dusseldorf, qu'a été fabriqué le *Rémanit*.

A l'origine, il y avait trois métaux : le Rémanit GW mou, dont la dureté exprimée en Brinell n'est d'ailleurs pas indiquée, le Rémanit GH dur, et le Rémanit stahl (acier 18/8).

Roos a fait des essais *in vitro* très intéressants sur l'inaltérabilité de ces métaux.

Actuellement, en France, il nous est livré un nouvel alliage de Rémanit G dont la dureté est moyenne et dont l'emploi est omnibus (standard).

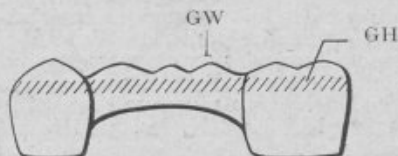


Fig. 1. — Poutre de résistance en GH et revêtement en GW.

Conception qui aurait pu être envisagée pour satisfaire les conditions mécaniques : grande résistance de la poutre hachurée et écrasement voisin de l'émail pour le revêtement en GW (respect biologique).

Après traduction de son livre, il ne nous semble pas que Roos ait, à un moment, envisagé le problème du point de vue biologique, et nous croyons qu'il est passé à côté (en améliorant son Rémanit GW, on aurait pu obtenir un alliage d'une dureté voisine de l'émail), mais, nous le répétons, d'après les renseignements que nous avons pu obtenir, le problème de la résistance mécanique, seul, a été envisagé.

Et c'est la raison pour laquelle le GW a été abandonné et remplacé par le G d'une résistance mécanique supérieure.

La conception des travaux, envisagée dans le petit ouvrage de Roos, n'est pas du tout conforme à nos idées, tant techniques que biologiques, et nous nous abstenons de les commenter.

Le Rémanit fond à 1.280° et a une dureté de 170 à 175 Brinell (les aciers inoxydables, à l'état normal, ont une dureté allant de 220 à 270 Brinell environ et fondent entre 1.300° et 1.450°).

Ces chiffres ne sont rien. Pour ceux qui ont essayé ce nouveau venu, il est incontestable qu'un pas important a été accompli dans ce domaine. Mais on ne doit pas s'arrêter là.

Nous croyons que, sur le marché français, c'est un des métaux inoxydables le mieux étudié pour l'usage dentaire.

Tout à l'heure, nous vous présenterons une couronne télescope exécutée dans ce métal, permettant d'envisager l'exécution de bridges amovibles.

La composition de ce métal est à peu près la suivante :

25 à 30 % de chrome ; 60 à 65 % de nickel.

Ce métal contient également, dans des proportions qui ne sont pas indiquées, mais de faible pourcentage, des métaux rares et des éléments non métalliques, qui l'entourent au moment de sa fusion et l'isolent de l'atmosphère.

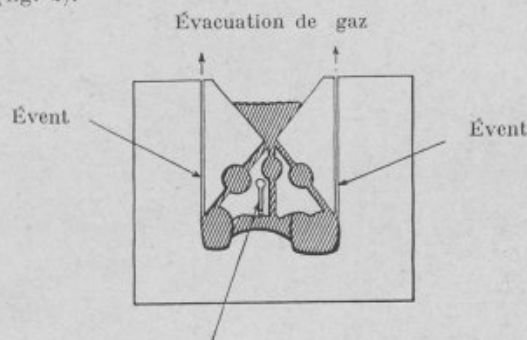
Nous ignorons encore les possibilités exactes du Rémanit, le temps écoulé n'est pas suffisant pour nous fixer exactement, mais nous croyons que ses qualités permettent d'élargir les possibilités des alliages inoxydables.

Son prix de revient est assez élevé étant donné la nature du métal. Son revêtement Réma n'est pas compensateur, et nous conseillons de l'employer avec le pyrophane ou avec le Super Lucifer.

Nous vous faisons circuler quelques échantillons de coulées. (Planche I, fig. A et B).

CONCLUSION SUR LES ESSAIS DE COULÉE

Pour la mise en revêtement, se conformer au mode d'emploi concernant chaque fabrication, mais nécessité de répartir les tiges de coulée sur la surface, leur grosseur en fonction de l'étendue et de l'épaisseur de la pièce à couler, d'utiliser des nourrices, et surtout de préparer des événements, un facultatif sur la partie centrale et deux autres aux extrémités facilitant l'évacuation des gaz (fig. 2).



Évent Fig. 2.

Autre procédé : celui préconisé par M. MARGUERITE, qui consiste à placer un évent dans le prolongement de la tige de coulée centrale. Cet évent est constitué, lors de la mise en revêtement, par un fil enduit de cire pour assurer sa rigidité et faciliter l'opération. Sa petite épaisseur permet l'évacuation des gaz, sans entraîner la fuite du métal à l'extérieur du cylindre, ou en la limitant. (Planche I, fig. C).

Ce deuxième procédé semble être la méthode de choix. Il est surtout indiqué pour les grosses pièces.

OUTILLAGE

ARC ÉLECTRIQUE. — Son emploi constitue la méthode de choix, plus pratique et de manipulation plus rapide. 220 V 12 amp.5 ; 110 V 25 amp.

SOUDURE ÉLECTRIQUE. — « La soudure électrique par points doit être conduite en évitant l'échauffement exagéré du métal, qui détermine la précipitation de carbures préjudiciables à une bonne résistance à la corrosion. »

« Il est nécessaire d'exécuter une soudure rapide, pratiquement instantanée, sous un très faible voltage, avec un ampérage pouvant atteindre 125 à 150 ampères » (M. Marcel MIR, « *Odontologie* », n° juillet-août 1944),

CHALUMEAU OXY-ACÉTYLÉNIQUE. — Nous le préférons à l'oxygaz (modification de l'alliage par combustion de carbone).

Réglage du chalumeau. — Sur chacune des bouteilles, un mano-détenteur permet le réglage et la vérification de la pression à l'intérieur des bouteilles et à sa sortie ; ces deux pressions sont évidemment différentes, pression intérieure avant l'utilisation oxy. = 150 kg, acétylène = 15 kg.

Pour obtenir un bon réglage de la flamme, il faut une pression de 250 grammes environ d'acétylène et d'environ 1 kg. 500 à 2 kg. d'oxygène.

Le meilleur rendement est obtenu avec une flamme bleue courte à la manière d'un dard. Nous avons exécuté un dessin en couleurs pour mettre en valeur ce réglage (fig. 3).

TECHNIQUE D'UTILISATION DES ALLIAGES INOXYDABLES COULÉS EN PROTHÈSE DENTAIRE

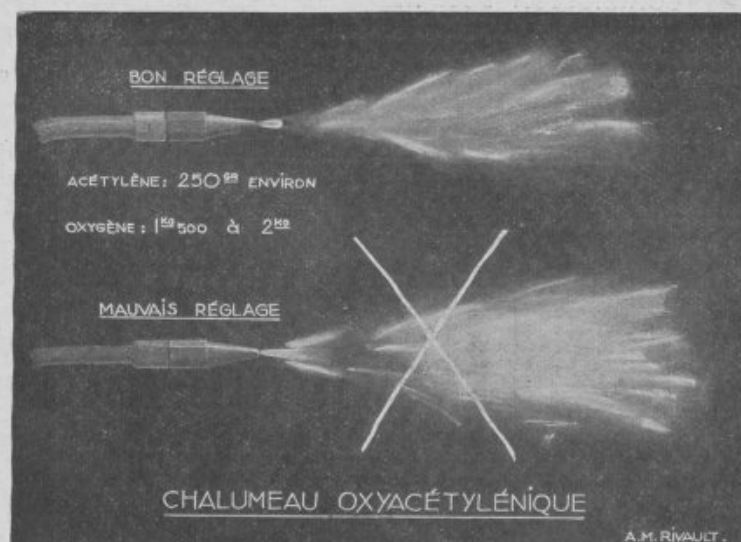


Fig. 3.

LA SABLEUSE. — Projection sous pression (air comprimé 4 kg. 500) de grès de Fontainebleau, permettant d'enlever la couche de revêtement vitrifiée à la surface du métal coulé et économisant, d'une façon considérable, les limes et les meules.

FOUR A CHAUFFER avec ou sans pyromètre. — Chauffe à grande puissance. Le pyromètre permet une plus grande précision (pour l'hypertrempe), pour la chauffe de gros cylindre. Il peut être à gaz ou électrique.

MEULES ABRASIVES: en aggloméré de caoutchouc.

DÉCAPAGE. — N'oublions pas qu'un point oxydé peut entraîner l'oxydation de toute la masse. Donc pour le décapage, quelques minutes dans un bain à 50/60°, composé d'eau et d'acide chlorhydrique en parties égales, auquel on ajoute 5% d'acide nitrique. Nous conseillons de neutraliser ensuite. (Nous faisons circuler une coiffe non neutralisée faite il y a plusieurs mois.)

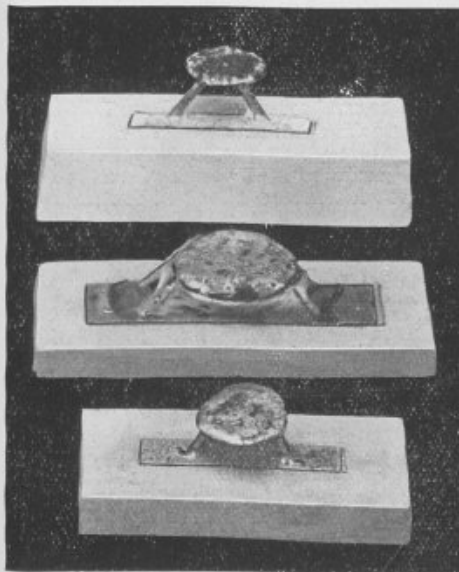
COURONNE COMPLÈTE COULÉE

Après une décortication parfaite, empreinte pour exécution de la bague au laboratoire, découpage de la bague suivant la méthode classique (un seul biseau).

Bague épaisseur au 5, soit 0 mm. 25 (si l'on doit décaper),
ou au 4, soit 0 mm. 20 (soudure électrique).

A) Méthode de choix. — Soudure électrique par points (est la meilleure technique aussi bien pour le Rémanit que les « 18/8 »), (deux rangées placées en chicane).

PLANCHE I



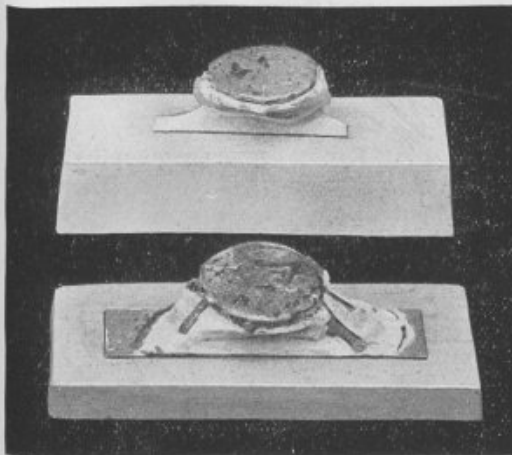
A

TROIS EXEMPLES
DE RÉTRACTION :

A. — *Première plaque* : Métal : Rémanit. — Revêtement : Réma. — Coulée : Arc électrique.

Deuxième plaque : Métal : acier inoxydable 18/8. — Revêtement : Poliet et Chausson. Coulée : chalumeau oxy-acétylénique.

Troisième plaque : Métal : acier inoxydable 18/8. — Revêtement : Polonkay. Coulée : chalumeau oxy-acétylénique.



B

2 EXEMPLES DE NON RÉTRACTION

Première plaque : Métal Rémanit. — Revêtement : Super Lucifer. Rétraction à peine perceptible.

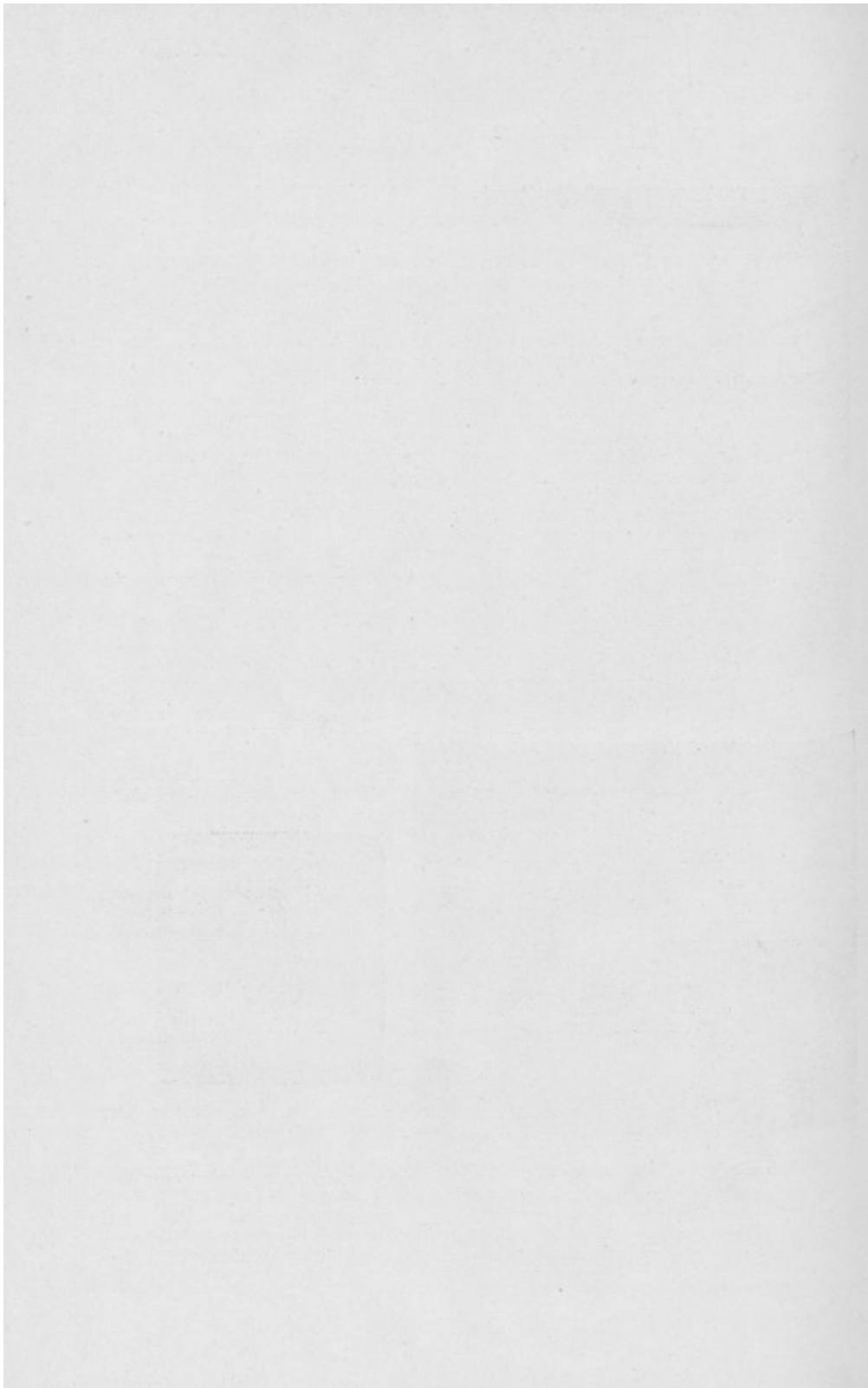
Deuxième plaque : Métal : acier inoxydable 18/8. — Revêtement : Pyrophane. Pas de rétraction.



C

Cylindre coupé dans le sens longitudinal pour bien montrer l'action non oxydable du revêtement au moment de la coulée.

Métal : acier inoxydable 18/8. — Revêtement : Poliet et Chausson.



B) Soudure sur le Bunsen à la soudure d'or blanc, grâce au Borinox (fondant).

Nous déconseillons vivement les soudures pour acier inoxydable à base d'argent qui s'altèrent rapidement.

Pour le Rémanit, pas de décapant. Soudure spéciale : à base d'or, de palladium et d'argent.

(Nous vous faisons circuler une *bague géante* montrant la soudure électrique et le bouterollage par soudure, utiles dans certains cas).

Il est inutile d'insister sur : le bouterollage des bagues, l'importance morphologique dans l'exécution des sculptures des faces triturantes, le respect que l'on doit avoir de la papille interdentaire et de tout son rôle biologique et ses répercussions si remarquablement mises en valeur par P. Housset dans son rapport au Congrès de 1931 : « *Action sur l'intégrité tissulaire des prothèses partielles, fixes et amovibles.* »

Les aciers inoxydables, si l'on veut s'en donner la peine, permettent toutes ces choses.

Ensuite, essayage en bouche de la bague, enregistrement des trajectoires sur une petite boulette de pâte de Kerr verte.

Exécution comme dans la méthode classique. Tenir compte, avant la mise en revêtement, de ce que la coulée de la face triturante doit entraîner la soudure autogène de la bague. Pour faciliter cette opération, nous conseillons vivement :

1° d'employer un alliage fondant à une température supérieure à celle de la bague (ce qui n'est pas absolu) ;

2° de veiller à ce que la cire déborde d'un bon millimètre sur le métal de la bague.

(Nous vous faisons circuler une *couronne géante*, de façon à bien illustrer les points importants de cette soudure autogène).

Revêtements employés. — Tous les revêtements du commerce spéciaux pour acier ont des qualités suffisantes pour réaliser parfaitement la coulée d'une couronne.

1° Méthode de choix pour la coulée de la face triturante : l'arc électrique. Veiller à ce que l'arc électrique ne grille pas le métal et ne modifie pas l'alliage (lamelle de charbon en contact avec le métal en fusion) ;

2° Coulée au chalumeau oxy-acétylénique : son réglage :

Acétylène..... 250 gr. env. Oxygène..... 1 kg. 500 à 2 kg.

Finition de la couronne. — Après sablage (décapage au jet de sable sous pression si possible) polissage aux meules spéciales, puis meules à polir (aggloméré caoutchouc) et ensuite à la ponce puis au blanc d'Espagne ou au vert de chrome ou au rouge anglais.

EXÉCUTION DE LA RICHMOND (Plancher II, fig. A)

Décortication comme dans la méthode classique. Bien tenir compte de la hauteur de l'appui lingual en fonction de la hauteur d'occlusion.

Épaisseur au 5, soit 0 mm. 25 (si l'on doit décaper),
ou au 4, soit 0 mm. 20 (soudure électrique).

1° *Exécution de la bague.* — A) Méthode de choix : soudure électrique (un seul biseau) ;

Deux rangées de points placés en chicane.

B) Soudure sur le Bunsen avec la soudure d'or blanc grâce au Borinox.

Il est évident que l'on a intérêt à veiller, dans le cas de l'exécution de la demi-bague, à ce que la soudure soit sur la face vestibulaire. Dans le cas de la bague complète, mettre la soudure du côté lingual. Dans le cas où la Richmond est un pilier de bridge, la mettre du côté du corps de bridge.

2° *Soudure du plateau à la bague.* — Uniquement sur le Bunsen à la soudure d'or blanc.

Veiller au décapage parfait du plateau avant sa soudure et à la bonne application de la bague sur ce dernier. Aviver les deux surfaces qui doivent être soudées. Saupoudrer de Borinox et répartir d'avance les paillons à 1 mm. les uns des autres sur le pourtour de la partie à souder. Présenter sur le Bunsen bien réglé en dard au sommet du cône bleu de la flamme. La soudure doit être instantanée.

Si l'opération est ratée ou si un point n'est pas soudé, ne pas hésiter à dessouder le tout et recommencer en décapant bien. En effet, l'opération doit se faire rapidement, de façon à éviter l'oxydation des surfaces en contact, ce qui rendrait toute soudure impossible.

La soudure du plateau et de la bague étant exécutée, celui-ci est placé en bouche, bien appliqué au maillet automatique, puis perforé à l'emplacement du tenon radiculaire suivant la méthode classique (ne pas souder le pivot au plateau).

L'alésage du canal doit se faire sur une longueur correspondant aux 2/3 de la racine. Dans le choix du tenon radiculaire, on peut tenir compte de la grande résistance mécanique et de la possibilité d'un accident, et choisir un tenon de diamètre moindre qu'avec l'or. (En effet, dans le cas éventuel d'un accident, il est presque impossible de détruire un tenon à la fraise, et l'on est obligé d'avoir recours à des trépan, forets spéciaux creux que vous connaissez tous). D'autre part, la résistance mécanique des alliages inoxydables en général est d'une qualité telle que les diamètres peuvent être choisis légèrement inférieurs.

Exemple de diamètres conseillés :

IC = 150/100 (or 180/100.)

IL = 140/100

C = 160/100 (or 190/100.)

Après avoir chauffé et enduit à chaud de cire collante les deux parties, le tenon sera collé au plateau.

Le tenon doit être lingualé comme dans la méthode classique, mais il doit être spatulé largement, de façon à créer une rétention dans la masse de la face linguale.

L'empreinte est prise ; ainsi, le tout en place, la coulée au laboratoire du talon de la dent doit entraîner la soudure autogène du tenon, du plateau, de la bague et de la contre-plaque.

Nous répétons ce que nous avons dit pour la coiffe complète : nécessité de faire déborder sur la bague de la Richmond la coulée de la dent qui sera ensuite diminué à la finition.

Choix de l'alliage inoxydable fondant à une température supérieure à celle de la bague, du tenon et de la contre-plaque, facilitant la soudure autogène (ce qui n'est pas absolu).

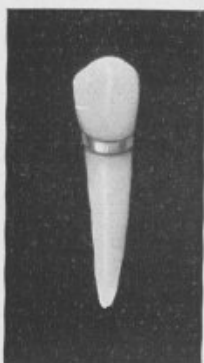
3° Confection de la contre-plaque. — A) *Méthode de choix* : contre-plaque confectionnée dans une petite plaquette de 0 mm. 2 et un petit axe de 0 mm. 6 conformément au modèle. On peut ainsi réaliser des contre-plaques de facettes à glissières genre Steel ou Trupontic ou Sanitarypontic (nous faisons circuler quelques modèles).

B) Il a été mis à notre disposition récemment dans le commerce des contre-plaques minces toutes faites, ayant d'assez bonnes qualités. Nous conseillons la confection de la contre-plaque, étant donné la présence du petit axe qui augmente la résistance du coulisseau et évite son écrasement, cela permet, en outre, de mieux choisir l'alliage.

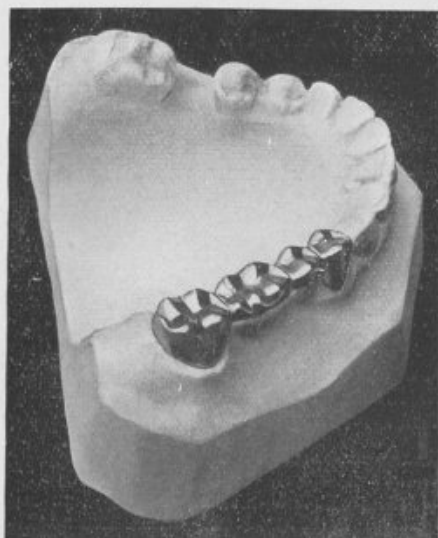
C) Maquette en celluloid permettant la coulée de la contre-plaque (risques d'arrachement du coulisseau).

D) Nous déconseillons les contre-plaques en acier inoxydable épaisses qui risquent de créer une masse de refroidissement qu'il y a toujours intérêt à éviter.

PLANCHE II



A. — RICHMOND exécutée en acier inoxydable 18/8. Contre-plaque faite à la pince.

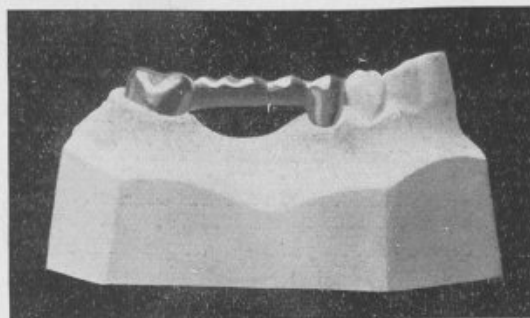


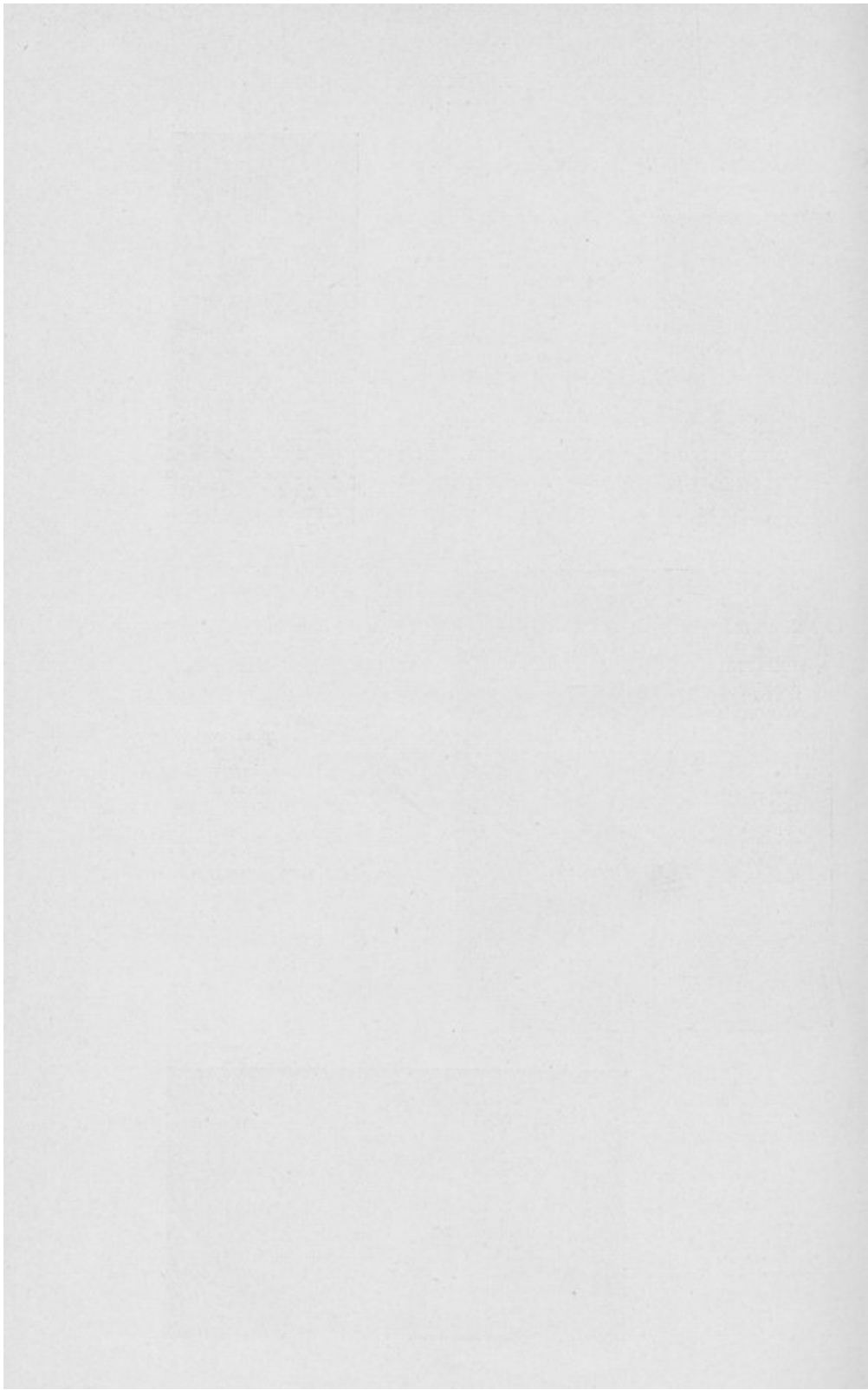
B. — BRIDGE d4 d5 d6 d7, en forme d'arche.

Exécuté en acier inoxydable 18/8 en une seule coulée, la reproduction morphologique des faces triturantes (cuspidés, sillons, rainures d'échappement, etc..., dont le rôle est d'une importance capitale).

C. — BRIDGE en forme d'arche

Section en carène, légèrement voûtée (augmentation de la résistance de la poutre) et « retombées » assurant la protection de l'anneau gingival.





(Nous faisons circuler le carton illustrant les différents temps de fabrication. Vous y verrez également les différents échantillons de contre-plaques.) (fig. 4).

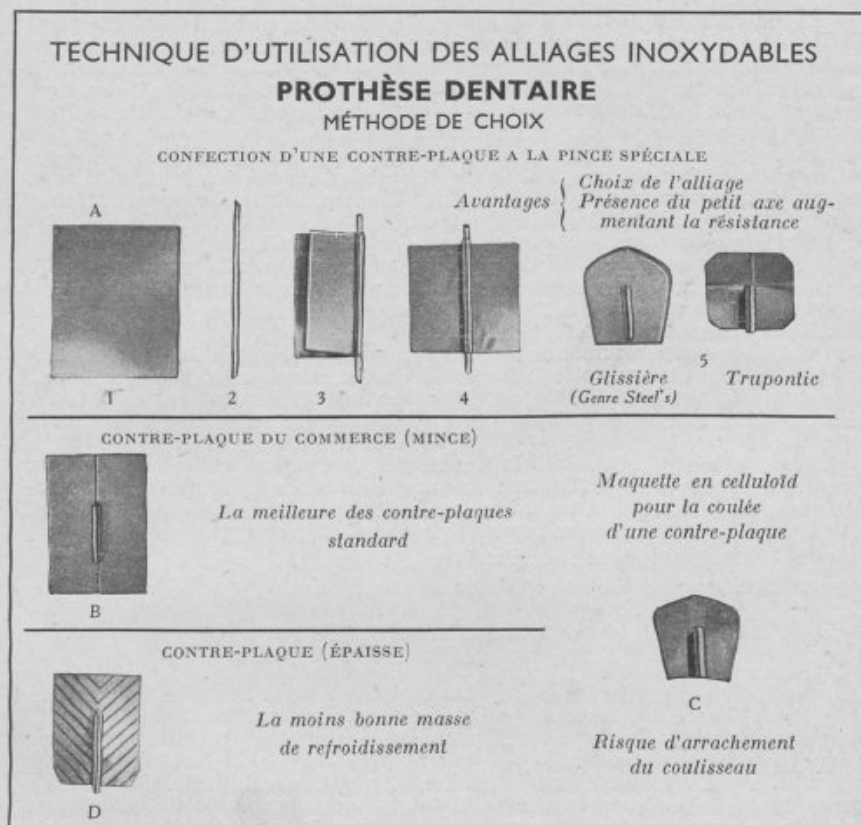


Fig. 4.

EXÉCUTION DES PONTS

(Planche II, fig. B.C. — Planche III, fig. A.B.C. — Planche IV, fig. A.B.)

L'exécution des ponts en alliage inoxydable est désormais une chose courante. Cependant, son manque de complaisance, sa dureté exagérée, nous obligent à restreindre la variété des préparations pour les points d'appui.

Nous limiterons les points d'appui à :

- 1° la couronne complète (rarement sur dent vivante étant donné la surépaisseur de la coulée) ;
- 2° dent à tenon simple, dite dent à pivot, que nous déconseillons aussi bien avec l'acier qu'avec l'or ;
- 3° dent à tenon dite 1/2 bague ;
- 4° dent à tenon dite Richmond.

Nous n'envisagerons que la technique d'exécution avec un revêtement compensateur (pyrophane ou Super Lucifer), méthode de choix. Pour la méthode en deux temps, se reporter à notre communication de 1941.

Pour le Rémanit, même procédé que pour la méthode de choix (revêtement pyrophane ou Super Lucifer, 4 à 5 éléments maximum).

Après décortication des deux piliers, exécution au laboratoire des deux bagues (se reporter à la technique de la couronne).

Après mise en place en bouche des deux bagues, de leur mise au point articulaire, et retouche si nécessaire, empreinte au plâtre, puis exécution au laboratoire suivant la méthode préconisée par G. VILLAIN et perfectionnée par P. HOUSSET, d'une sorte de petit paillason constitué par deux tiges en maillechort collées sur les faces V et L des bagues (points d'appui) et réunies entre elles par un treillis de fils de liasse, le tout enduit de cire collante.

Porter en bouche ce système, ce qui permet de vérifier le parallélisme. Ensuite, enregistrement à l'aide de cire bleue des trajectoires articulaires (mouvements de diduction et de propulsion).

Nous préconisons ce système pour augmenter la précision et éviter les retouches au moment de la pose. D'autre part, les alliages inoxydables sont des métaux durs qui ne s'écraseront pas dans le cas d'une surocclusion, même partielle ou infime. Cette surocclusion risquerait d'entraîner ainsi l'ébranlement de tout le système.

P. HOUSSET recommande en outre de couler en plâtre dur l'enregistrement des trajectoires articulaires et de revêtir les surfaces d'une bonne épaisseur d'étain 10 à 15/100, afin d'éviter tout effritement ou toute usure des cuspides, ce qui finirait par fausser la sculpture ou la disposition de la cire à couler.

La coulée du corps de bridge entraîne la soudure autogène des deux bagues à la travée ou à l'arche ; on aura, bien entendu, investi les contreplaques (se reporter à la technique de la Richmond).

Pour l'exécution de ces ponts, nous avons, comme pour les couronnes :

- 1° *Méthode de choix* : soudure électrique ; coulée à l'arc électrique.
- 2° Soudure à l'or blanc : Coulée au chalumeau oxy-acétylénique.

PONTS SEGMENTÉS

Ils sont réalisables à la condition d'investir dans la coulée des faces triturantes ou linguales les extrémités des fils formant les anses de réunion.

Ceux-ci seront constitués par deux fils allant du 80/100 au 120/100, jumelés et soudés électriquement par points, conformément au modèle que nous vous faisons circuler.

S'il s'agit d'incisive ou de canine, l'opération est facile. Par contre, pour des molaires ou prémolaires, il faudra prévoir une petite échancrure pour le passage des deux fils sur la partie linguale, et compléter par un ou deux points de soudure électrique sur la bague. (fig. 5).

L'anse de réunion ne doit pas comprimer le petit anneau gingival, de façon à lui laisser tout son rôle physiologique (que les travaux de DELATER ont si remarquablement mis en valeur).

BRIDGE DE CONTENTION

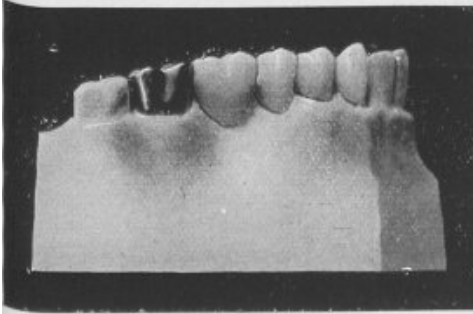
Comme nous l'avons dit tout à l'heure, l'inlay est réalisable. Seule son adaptation laisse à désirer. Dans le cas où il est taillé dans une coiffe ou dans la partie linguale d'une Richmond, le problème n'est plus le même et le brunissage n'est pas indispensable.

Ainsi une extrémité de bridge pourra comprendre un inlay composé (mésio-triturant ou disto-triturant), appelé inlay de raccordement.

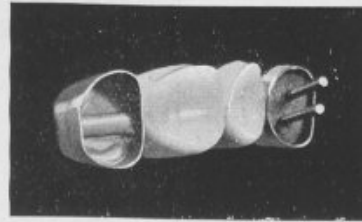
Il sera maintenu en place par une clavette légèrement tronconique et placée en force par le vestibule. Elle transpercera la couronne ou la Richmond de part en part (fig. 6).

Dans le cas de la Richmond, la facette de porcelaine sera sacrifiée pour libérer la clavette et celle-ci sera délogée par quelques coups de maillet automatique du côté de son plus petit diamètre (lingual).

PLANCHE III



A



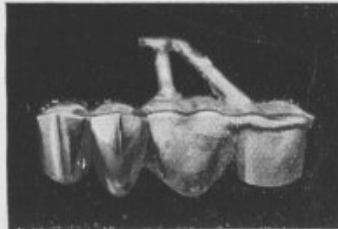
A. — BRIDGE G4 G5 G6 G7.

G4 : Richmond à 2 tenons radiculaires.
G6 : Couronne coulée.

La coulée assure la soudure de la poutre de résistance aux points d'appui. Le bridge est ensuite revêtu de palapont.

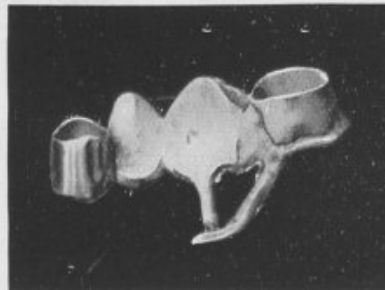
Étant donné la grande élasticité du palapont et l'usure de celui-ci, ce système de bridge convient à des cas bien déterminés. Nous lui préférons le montage en dents genre Dowel ou tubes interchangeables.

B



B. — Photo destinée à montrer l'importance du bourrelet qui facilite la soudure autogène.

C

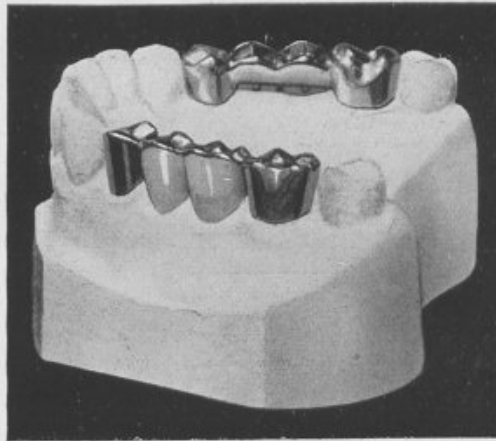


C. — BRIDGE D4 D5 D6 D7.

Réalisé en acier inoxydable, en une seule coulée.

Polissage sommaire sur D4 D5 pour montrer la bonne soudure autogène.

PLANCHE IV



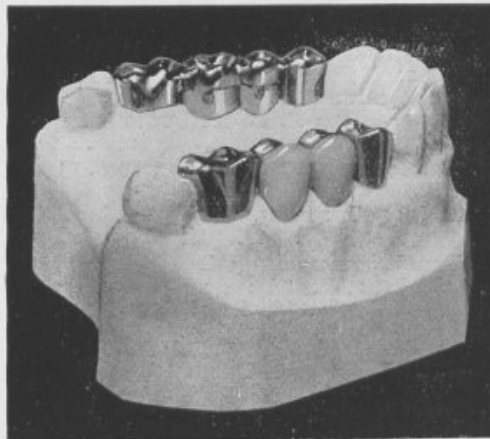
A

DEUX BRIDGES DU HAUT

D4 D5 D6 D7 (Trupontics).

G4 G5 G6 G7 (Facettes Steels).

Exécutés en acier inoxydable ; coulés en deux temps au chalumeau oxy-acétylénique. — Bagues soudées à l'or blanc.



B

D4 D5 D6 D7, Bridge monté avec trupontics (vu face linguale). La surface des dents en contact avec la fibro-muqueuse est vitrifiée au four de céramique (Glazing).
G4 G5 G6 G7, Bridge avec facettes à glissières (genre Steel). (vu face vestibulaire).

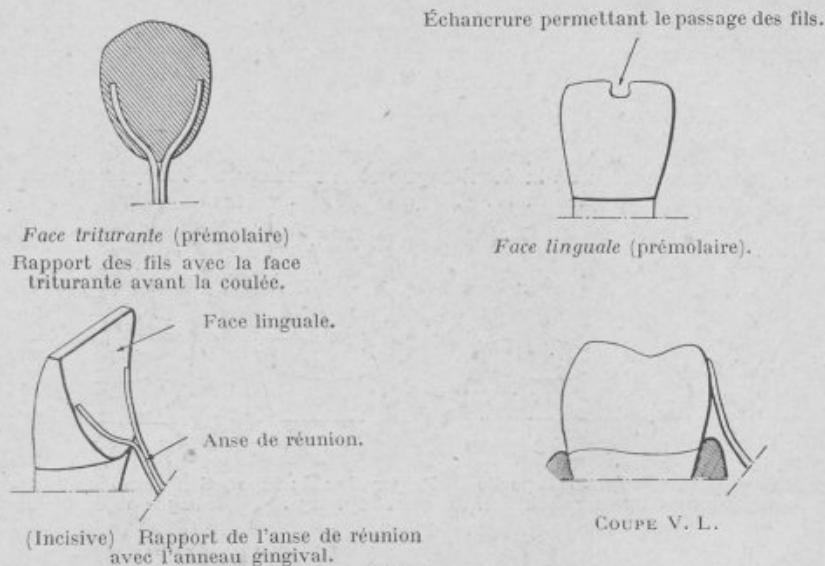


Fig. 5

Ainsi sera libéré l'inlay de raccordement, lequel pourra faire partie du bridge voisin.

Nous employons actuellement ce système pour les bridges en or, les vis étant rares ou difficiles à se procurer.

Ce procédé n'est pas utilisable dans tous les cas, mais lorsque son emploi est possible il est très pratique parce que fort simple.

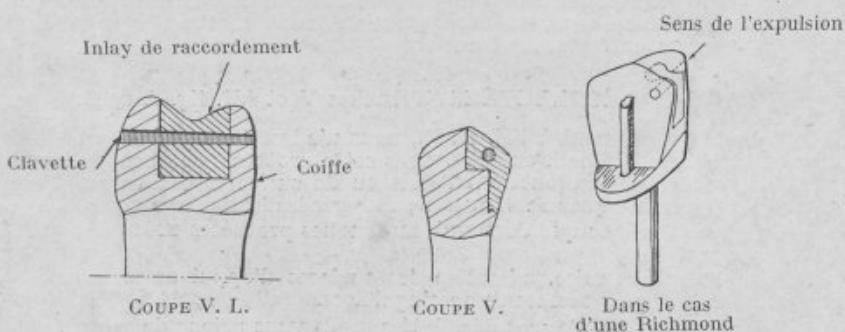


Fig. 6

EXÉCUTION D'UN BATI DEMI-BAGUE EN ACIER INOXYDABLE
pour transformer une dent à pivot simple en demi-bague.

Le tube dans ce cas est ajusté sur la partie *coronaire* du tenon.

Construction de la dent en palapont sur ce système. On aura ainsi réalisé un excellent appui lingual et soulagé la partie vestibulaire de la racine. Ce même système peut être employé pour la confection d'un inlay corps avec demi-bague en vue d'une jacket crown (fig. 7).

Schéma 1. — Tenon radiculaire du commerce, de forme non cylindrique.

Schéma 2. — Régularisation cylindrique à l'aide du trépan. Engager légèrement le trépan dans la partie radiculaire si la stabilisation et la rétention l'imposent.

Schéma 3. — Ajustage d'un tube au calibre du trépan.

Schéma 4. — Demi-bague avec son plateau soudé au tube.

Pour l'exécution de la demi-bague et le soudage au tube, se reporter à la confection de la Richmond.

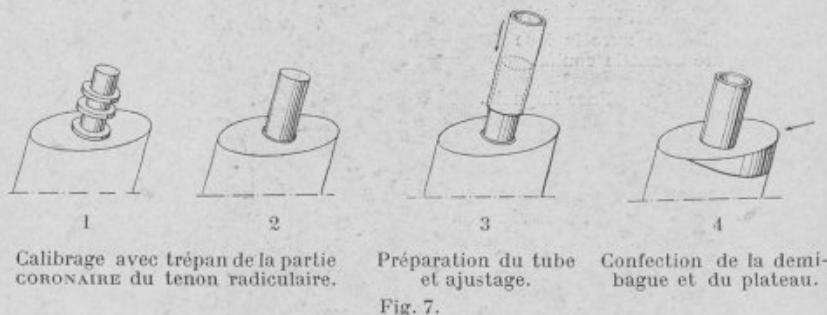


Fig. 7.

EXÉCUTION D'UN BATI RICHMOND (pouvant éventuellement servir de pilier de bridge) avec un tube ajusté sur la partie radiculaire du tenon.

Ce procédé est employé dans le cas où la Richmond est utilisée comme pilier de bridge et où il est impossible d'enlever le tenon sans risquer de provoquer une fracture ou une perforation de la racine. Le trépan est enfoncé, cette fois, le plus loin possible dans la partie radiculaire, et le tube emboîtant le tenon descend le plus loin possible dans la racine (sans toutefois risquer d'amoindrir la résistance mécanique de celle-ci). (On peut ainsi exécuter des Richmond avec un tube, l'ancien tenon radiculaire restant en place et augmentant ainsi la rétention.)

PLAQUES DÉCOLLETÉES (Planches V et VI, fig. A et B.)

Dans l'enseignement à l'E. D. P., nous n'admettons pas les prothèses squelettiques. On prétend, en effet, dans cette prothèse, compenser l'étroitesse des selles par l'adjonction d'étais ou de supports occlusaux. C'est, comme le fait remarquer P. HOUSSET, une généralisation dangereuse.

On conçoit mal ce que donneraient de telles prothèses exécutées en alliages inoxydables.

Il faut, au contraire, admettre des surfaces d'appui assez larges, et éviter tous les appuis occlusaux ou cingulaires.

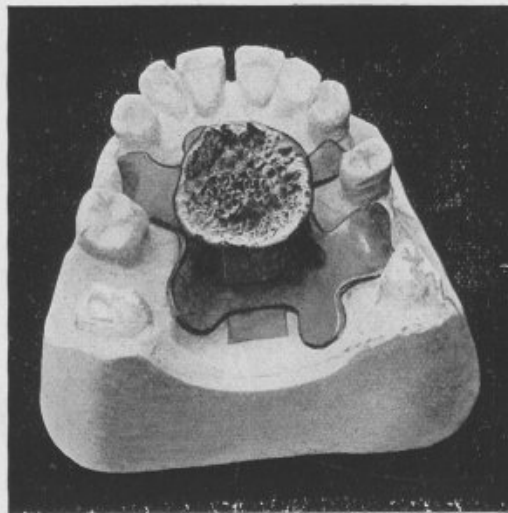
Pour le tracé des plaques décolletées, nous vous prions de vous reporter à la communication : « *Tracé des plaques décolletées et indices biologiques* » de P. HOUSSET, « *Odontologie* » du 30 mai 1939.

En juillet 1941, nous avons présenté une technique pour réaliser la coulée des plaques décolletées (au cours des *Journées de la Société d'Odontologie de Paris*). Nous nous étions appuyé sur le principe de la coulée des bridges en deux temps présenté le 5 avril 1941.

Pour ces mêmes *Journées Odontologiques*, nous avons exécuté une plaque décolletée mixte.

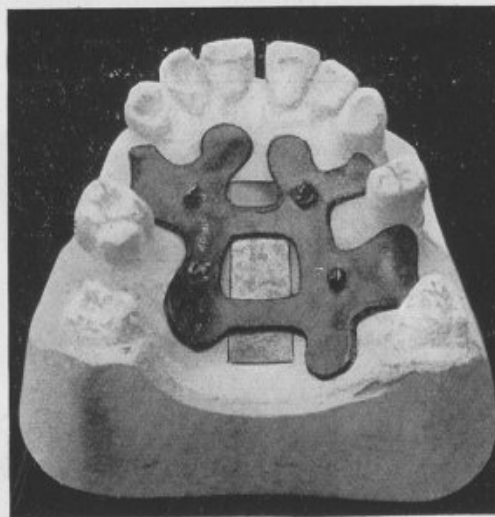
Faite trop légèrement, elle vous donnera néanmoins une idée de ce qu'on peut réaliser en utilisant comme entretoise un cadre d'acier inoxydable ou de Rémanit coulé.

PLANCHE V



A

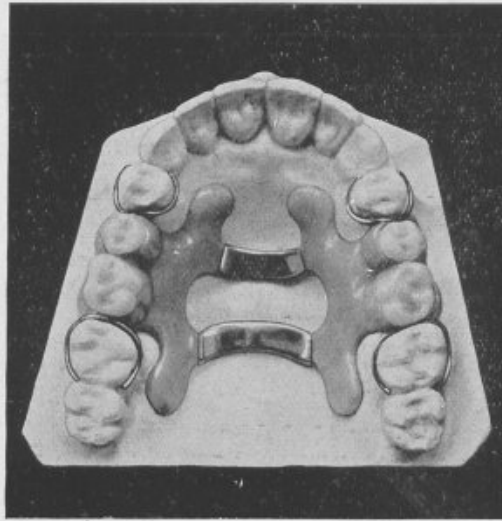
PLAQUE DÉCOLLETÉE coulée en un seul temps : Arc électrique brut de fonderie.
Acier 18 /8. — Revêtement : pyrophane.



B

PLAQUE DÉCOLLETÉE exécutée en acier 18 /8. Uniquement passée à la sableuse.

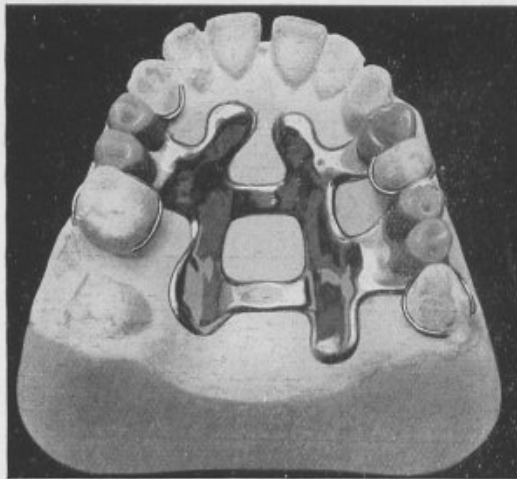
PLANCHE VI



A

APPAREIL DÉCOLLETÉ exécuté en Paladon, avec armature en acier inoxydable coulé. La partie métallique peut être investie dans le paladon, diminuant ainsi l'élasticité de la plaque-base. (Coulée au chalumeau oxy-acétylénique.)

(Nous réalisons actuellement ces entretoises en Rémanit coulé et nous nous efforçons de les investir plus largement, évitant ainsi toute souplesse de la base.)



B

PLAQUE-BASE totalement en acier inoxydable 18/8 coulée en un seul temps à l'arc électrique, revêtement pyrophane.

Les dents sont montées avec fausses gencives en Paladon.

Actuellement, pour diminuer la souplesse de la plaque-base, nous enrobons complètement la partie métallique dans la matière plastique. Nous obtenons ainsi une plus grande rigidité.

A l'heure actuelle, les plaques décolletées en acier coulé, et à plus forte raison en nickel chrome, sont réalisables en une seule coulée si on choisit un revêtement compensateur.

Nous nous sommes livré à quelques essais que nous allons vous faire circuler. Ces coulées sont plus ou moins réussies, mais le but recherché était de savoir s'il y avait ou non rétraction. Vous vous rendrez fort bien compte, par ces exemples, des qualités exactes des revêtements du commerce.

Nous avons exécuté une plaque décolletée coulée, que nous vous présentons brute de fonderie, passée juste au jet de sable, exécutée avec un acier inoxydable 18/8 coulé à l'arc électrique, revêtement pyrophane. Le cylindre fut chauffé au four spécial. Pour les pièces importantes c'est préférable, de façon à augmenter les chances de succès. (Planche V, fig. A B.).

La grande rigidité de la plaque coulée est une qualité remarquable. Une bonne plaque-base ne doit pas fléchir de plus d'un mm. à ses extrémités.

Par contre, les crochets doivent conserver une grande élasticité, et pour cette raison, seront noyés dans la vulcanite ou le paladon, pour éviter toute détrempe. Ils agiront ainsi en véritables rupteurs de force sans ébranler les dents. Ils seront constitués par des fils souples au 90/100, suivant la ligne de grand contour de la dent, ne la franchissant que dans les 2 mm. de leurs extrémités, sans toutefois atteindre la zone granuleuse de Tomes. On tiendra compte de la marge de tassement bien entendu. On évitera les crochets planets, étant donné l'usure qu'ils provoqueraient.

CONCLUSIONS (Plaques décolletées)

Pour les prothèses décolletées, les crochets ne seront pas soudés. Seuls seront soudés les éléments métalliques créant la rétention de la gencive artificielle sur la plaque-base, ce qui limite encore l'usage des alliages inoxydables. Les appuis cingulaires et occlusaux seront évités.

Il existe dans le commerce des attaches de Roach en nickel. Nous aurions aimé nous livrer à quelques essais en les utilisant sur des plaques décolletées en acier inoxydable ou en Rémanit, mais les limitations en gaz et électricité ne nous l'ont pas permis.

Néanmoins, on peut conclure que pour la prothèse décolletée les alliages inoxydables coulés constituent des plaques-base remarquables, étant donné leurs qualités mécaniques.

Le seul point intéressant à étudier reste la retrempe des crochets dans le cas de la soudure à la plaque-base. D'ailleurs, ce problème fera l'objet de notre prochain travail.

COURONNE TÉLESCOPE

Métal : Rémanit. — Revêtement : Super Lucifer (bagues au 4).

N'oublions pas que la couronne télescope est constituée par trois parties : une première coiffe fixe scellée sur le moignon dentaire, une deuxième coiffe venant s'ajuster sur la première et une troisième coulée qui reconstitue les contours anatomiques de la dent. Ces deux dernières soudées ensemble constituent la partie amovible de la préparation.

Différents procédés. — Nous adopterons le procédé de la coulée décrit par Cross, élève de PEESO, et qui constitue le procédé classique d'exécution. Cependant, nous disposons pour l'exécution de la première coiffe, de trois variantes (fig. 8) :

la première, préconisée par PEESO, qui consiste à exécuter la première

coiffe à angles arrondis (conformément au schéma 1), facilitant ainsi la mise en place, et secondairement évitant l'usure. Cet arrondi s'exécute en bouche à la lime scarlet.

la deuxième, préconisée par ZIMERMANN, à angles vifs (conformément au schéma 2).

la troisième, la plus récente, préconisée par P. HOUSSET, qui consiste : a) à arrondir les angles, comme dans la méthode de PEESO, mais à ajouter un fil rond, soudé à l'intérieur, à la jonction du plateau et de la bague. Ce fil a pour but d'éviter l'usure ;

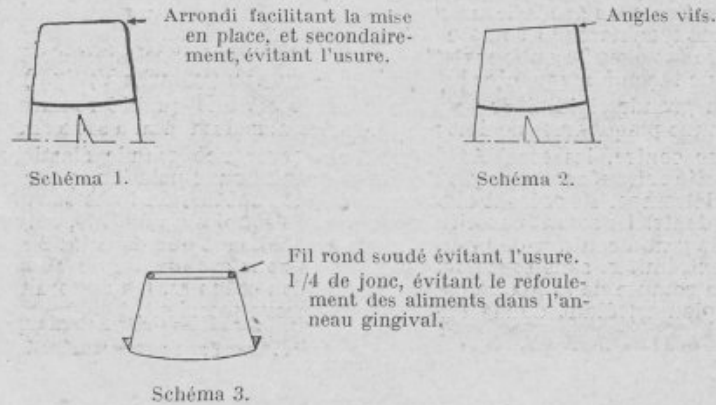


Schéma 3.

Fig. 8.

b) à ajuster et souder un quart de jonc au niveau cervical de la première coiffe, évitant ainsi le refoulement des aliments dans le petit anneau gingival lors de la mise en place de la partie amovible de la couronne télescope.

Nous avons choisi la méthode de HOUSSET, quoique la plus difficile à réaliser (surtout en alliage inoxydable). Mais nous avons modifié en remplaçant le 1/4 de jonc par une petite bague ajustée dans la partie cervicale de la coiffe fixe. En effet, la soudure électrique au 1/4 de jonc à la bague aurait provoqué une déformation de celle-ci (les essais faits à ce sujet ont été suffisamment éloquentes pour ne pas insister). Nous avons donc choisi une petite bague au 5 soudée électriquement et ajustée dans la partie cervicale. Le réglage étant parfaitement obtenu, nous avons fixé ce petit « épaulement » à la soudure électrique (fig. 9).

TECHNIQUE D'EXÉCUTION

Première coiffe fixe. — Soudure électrique de la bague.

La bague est fixée à son plateau (soudure à l'or blanc, même procédé que pour la fixation du plateau de la Richmond).

Au moment de la soudure de la bague au plateau, on ajuste le petit fil à l'angle intérieur de la bague et du plateau, de façon à ce qu'il soit investi dans la soudure. (On chanfreinera le moignon du pilier.)

Deuxième coiffe. — Comme la précédente. Pour son ajustage, comme dans la méthode classique.

Troisième coiffe. — Couler séparément comme dans la méthode classique.

N'oublions pas que cette dernière reproduit la morphologie de la dent. Elle sera fixée électriquement par points à la deuxième coiffe.

Réglage du petit épaulement cervical sur la première et fixation également électriquement.

Ajustage et finition de la partie amovible de cette coiffe.

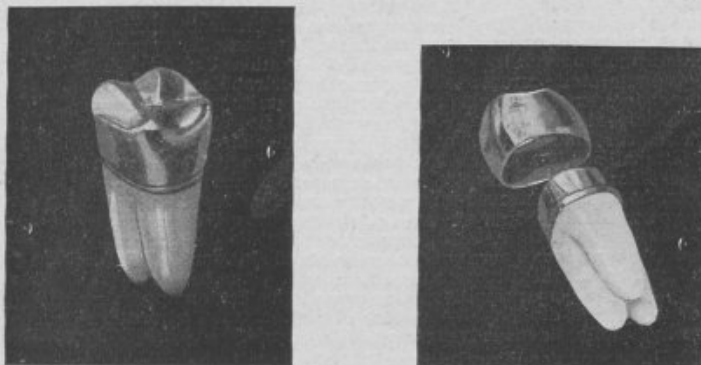


Fig. 9. — COURONNE TÉLESCOPE exécutée en Rémanit.
Coulée arc électrique. Revêtement Super Lucifer.

Il va de soi que si l'on veut exécuter un bridge amovible, il faudra prendre en bouche l'empreinte des deux premières coiffes exécutées, de façon à couler la reconstitution morphologique du ou des points d'appui avec la selle du pont amovible.

...

Et pour terminer, nous émettons les vœux suivants : que la Section Dentaire du Conseil Supérieur de l'Ordre obtienne que les revêtements ne soient pas vendus parés de qualificatifs auxquels ils n'ont pas droit ; que les métaux soient livrés avec leur point de fusion et leurs caractéristiques, de façon à ce que nous puissions travailler sans tâtonnement.

REVUE ANALYTIQUE

Accidents du traitement de l'épilepsie par la diphényl-hydantoïne : la gingivite hyperplasique. — Société Médicale des Hôpitaux. — In *Presse Médicale*, 10 février 1945.

MM. Jean DELAY, J. MAILLARD, A. SOULAIRAC et BOITELLE présentent une épileptique de 17 ans atteinte de crises convulsives très fréquentes et d'états crépusculaires prolongés, lesquels furent remarquablement influencés par l'électro-choc. Au cours d'un traitement prolongé par la diphényl-hydantoïne apparurent deux sortes d'accidents : une gingivite hyperplasique et des troubles de l'équilibration.

La gingivite était caractérisée par une hypertrophie considérable des gencives supérieure et inférieure avec gingivorragies, quelques taches purpuriques, des modifications du temps de saignement et de coagulation. Les résultats du dosage de l'acide ascorbique dans le sang (3 mg.) et de l'épreuve de charge sont à rapprocher des travaux de Kimball sur l'origine avitaminosique de la gingivite des hydantoïnes.

Les troubles de l'équilibration avec démarche ébrieuse, signe de Romberg, nystagmus étaient en rapport avec un syndrome vestibulaire central, caractérisé surtout par une hyperexcitabilité du nystagmus rotatoire provoqué et par une hyperexcitabilité du nystagmus vertical. On notait une grosse diminution des chronaxies vestibulaires. Expérimentalement, les auteurs ont déterminé chez le rat par l'administration d'hydantoïne des troubles considérables de l'équilibration.

Ils signalent la disparition des crises convulsives dès qu'apparaissaient les signes d'intoxication par la diphényl-hydantoïne et préconisent l'adjonction d'acide ascorbique aux hydantoïnes dans le traitement de l'épilepsie.

M. N. FIESSINGER souligne les imperfections de la technique du dosage de l'acide ascorbique dans le sang. L'épreuve de charge elle-même donne des résultats parfois discordants. Les arguments apportés en faveur d'une avitaminose C sont donc assez fragiles.

M. GOUNELLE fait également des réserves sur l'origine avitaminosique de cette gingivite qui cliniquement ne rappelle pas le scorbut. Un taux de 3 mg. d'acide ascorbique dans le sang n'est pas rare actuellement chez les Parisiens.

M. HAELLÉ ne trouve pas que cette gingivite ressemble à celle du scorbut.

M. POUMEAU-DELILLE a vu une gingivite hypertrophique chez une jeune fille, rythmée par les règles. L'acide ascorbique se montra sans action.

M. MOLLARET a récemment observé à la Salpêtrière une gingivite atteignant toutes les gencives dont l'origine échappa à toutes les recherches.

M. DELAY estime qu'on ne peut éliminer ici le facteur hydantoïne à l'origine de la gingivite.

Le trismus dans les lésions bulbo-protubérantielles. — Société de Neurologie, 9 novembre 1944. — In *Presse Médicale*, 3 février 1945.

MM. ALAJOUANINE, THUREL et DURUPT, qui ont déjà rapporté un cas de trismus au cours d'une lésion protubérantielle avec syndrome de Millard-Gubler, présentent un nouvel exemple de trismus au cours d'une syringobulbie avec atteinte du trijumeau et kératite neuro-paralytique ; il s'agit dans les deux cas d'une constriction permanente des mâchoires avec du côté de la lésion un état particulier du masséter, plus gros, plus dur, d'extensibilité diminuée et faisant frein à l'ouverture de la bouche ; cette rétraction musculaire n'est pas d'ordre paralytique et constitue peut-être un trouble trophique.

Hémorragie hémophilique continue, arrêtée par le diéthylstilboestrol après échec des traitements classiques. — Société Médicale des Hôpitaux, 27 avril 1945. — In *Presse Médicale*, 12 mai 1945.

MM. J. CATHALA, DE LIGNIÈRES et ALISON relatent l'observation d'un garçon de 6 ans, de souche hémophilique, qui présenta une hémorragie continue du rebord alvéolaire supérieur, accompagnée d'une anémie à 2.300.000 globules rouges, qui se montra rebelle à tous les traitements classiques. Au bout de 14 jours, l'anémie atteignait 1.600.000 globules. Pensant alors à l'influence heureuse possible des œstrogènes de synthèse chez les hémophiles, on donna du diéthylstilboestrol. Deux heures après, l'hémorragie était définitivement arrêtée.

PERRET et NESPOULOUS. — **Un appareil à bouche destiné à la prophylaxie des principaux accidents de l'électro-choc.** (*Revue de Stomat.*, janvier 1944).

L'appareil, présenté par les auteurs, et réalisé dans les ateliers de l'Hôpital psychiatrique Marchant, à Toulouse, a pour but de prévenir la morsure de la langue, des lèvres et les accidents de la denture au cours de l'électro-choc. Il est probable qu'il réalise aussi la prophylaxie des abcès du poumon qui seraient liés aux lésions dentaires que provoque la contracture extrêmement violente des mâchoires pendant le passage du courant ; des petites particules de dent cariée et fracturée ou de tartre entraînées dans les bronches seraient la cause de ces suppurations pulmonaires ; hypothèse d'autant plus vraisemblable si l'on veut bien se souvenir du pouvoir qu'ont les germes du milieu dentaire et périodentaire de provoquer des abcès putrides.

Le traumatisme de la denture se produit au moment du passage du courant alors qu'une contracture très violente agit sur cette denture. Lorsque le sujet possède une denture complète et résistante, il est facile d'éviter les lésions dentaires et la morsure de la langue en plaçant un baillon mou entre les dents.

Lorsque le sujet est un édenté partiel, la pression de la contracture tend à luxer et à fracturer les dents ; c'est là que la difficulté apparaît et c'est pour éviter ces accidents que l'appareil a été conçu.

Cet appareil est constitué par deux porte-empreintes de hauteur réduite solidarisés en avant par une charnière et séparés en arrière l'un de l'autre sur le bord plat par deux ressorts métalliques. Les deux gouttières sont remplies de caoutchouc mou dépassant légèrement les bords libres. La surface palatine du porte-empreinte supérieur est également recouverte d'une légère couche de caoutchouc.

L'introduction de l'appareil en bouche n'est pas toujours aisée. L'appareil peut servir plusieurs fois car on peut facilement le nettoyer et le stériliser. Lorsque le sujet ne possède qu'un tout petit nombre de dents mais pouvant utilement servir pour une prothèse ultérieure, il faut prendre appui sur le rebord alvéolaire. On se sert alors d'un appareil en caoutchouc vulcanisé sous forme de cire d'articulation. P.V.

X. J. DUBECQ. — **Le traitement chirurgico-thermal des états pyorrhéiques** (Communication à la Fédération Climatologique et Thermale Pyrénéenne, Pau, 4 juin 1945).

L'auteur donne un aperçu sur l'anatomie pathologique et sur les formes cliniques des états pyorrhéiques. Il montre l'insuffisance des doctrines qui ont servi à interpréter leur étiologie et leur pathogénie.

Restant dans le domaine des faits cliniques, M. DUBECQ considère que les conceptions de Magitot, Fichot, Tellier, récemment rappelées par Hulin, qui voient dans l'arthritisme le terrain prédisposant à l'éclosion et au développement des parodontoses sont encore les plus acceptables. Or, sous les états d'arthritisme, se cache dans l'immense majorité des cas, une insuffisance ou une perversion hépatique (de GRAILLY et DUBECQ). C'est ainsi que la bouche et les gencives interviennent comme des émonctoires complémentaires capables d'éliminer les toxines provenant du métabolisme général.

Se basant sur 50 observations étudiées avec M. de GRAILLY, l'auteur montre que la quasi-totalité des malades atteints de pyorrhée alvéolo-dentaire présente des signes d'insuffisance ou de perversion hépatique. Un signe clinique fréquent est l'hypertrophie du foie et la fonction la plus souvent perturbée est la fonction uréopoiétique.

Examinée sous cet angle, la thérapeutique des états pyorrhéiques bénéficiera largement des cures thermales souffrées du type Luchon-Cauterets. L'auteur pense que le meilleur traitement est un traitement combiné chirurgical et thermal.

Au point de vue chirurgical, l'auteur substitue à la gingivectomie systématique, dont on connaît le résultat disgracieux, la cryptulicectomie à la demande. La cure thermique intervient comme facteur de désintoxication organique et surtout comme facteur de détersion et de tonification locales. Le soufre est naturellement indiqué vis-à-vis d'une affection dont le caractère dominant est la suppuration. Le traitement local constitué dans une irrigation sous pression de la région gingivo-dentaire à l'aide de dispositifs de projection utilisés pour les pulvérisations de la gorge dans les stations de Luchon et de Cauterets. La projection directe de l'eau sulfureuse à une pression optimale assure le nettoyage des clapiers qui viennent d'être curetés, supprime la suppuration, rafermit la muqueuse gingivale qui, après une phase réactionnelle, reprend sa couleur normale.

REVUE DES LIVRES

L'ART DENTAIRE PRÉHISTORIQUE

Analysant un livre de M. Pierre Morel, *Pathologie et Chirurgie préhistorique* (1 vol. de 80 pages, Mouillot fils aîné, à Marseille), le Professeur L. RIVET signale au point de vue dentaire « que la carie, à l'époque préhistorique est très rare, mais l'usure des dents plus rapide que de nos jours chez ces hommes dont la nourriture était difficile à mastiquer (1). Beaudoin, ajoute M. Rivet a étudié des tubercules de Carabelli ; on a observé des kystes alvéolo-périostiques et même une fistule dentaire ».

... Les lésions osseuses attribuables à la syphilis sont très discutées.

On a trouvé dans une tombe étrusque, à Orvieto (Italie), des dents artificielles qui, d'après Denefle, dateraient de 5 à 600 ans avant J. C. D'autre part, Belzoni, Perrine, ont trouvé chez quelques momies égyptiennes des dents en sycomore fixées aux dents adjacentes par des fils d'or. En Grèce, des caveaux datant de l'époque pélasgique contenaient des dents obturées avec de l'or. Doit-on accorder à cette prothèse dentaire préhistorique un but utilitaire pour l'amélioration de la mastication ? Il vaudrait mieux n'y chercher qu'une marque de coquetterie, ou mieux, d'intérêt, car dans l'ancienne Egypte, un châtimeur appliqué à certains criminels consistait à arracher leurs dents et les Egyptiens qui perdaient leurs dents par vieillesse, par maladie ou par accidents, se faisaient mettre des dents artificielles pour conserver leur réputation d'honnêtes hommes (Pierre Morel).

(1) Nous ferons remarquer que cette usure était due à la proportion importante de silice contenue dans le pain des hommes préhistoriques, silice provenant des meules grossières utilisées pour moudre le grain. On a même signalé que cette usure des dents était d'autant plus marquée que les pierres de la région étaient plus tendres et abandonnaient ainsi plus de silice à la mouture et, par conséquent, dans la farine obtenue.

M. R.

GOUTNER (M.). — **Traitement des fractures des maxillaires par l'arc à porte-manteaux.** (Thèse de Lyon, 1943, éditée chez Paillet, à Grenoble).

M. Goutner a traité dans sa thèse de l'utilisation et des avantages que l'on peut retirer de l'arc à porte-manteaux dans le traitement des fractures maxillaires. C'est dans le service de son maître, le Dr Duclos, de Lyon, qu'il a pu apprécier ce procédé thérapeutique. L'arc peut être préparé à l'avance et en série ; il est constitué par un demi-jonc de 18-10 en acier inoxydable sur lequel on a soudé de centimètre en centimètre des clous à tête ronde et à tige de deux millimètres. Cet arc est, en général, mis en place sur le maxillaire supérieur. Les tractions et le blocage se font par des crochets fixés aux dents du maxillaire inférieur. Ces crochets sont en acier et perforés afin de permettre les ligatures métalliques aux collets des dents. Entre les crochets et les porte-manteaux on place des anneaux de caoutchouc qui permettent d'orienter les tractions, d'obtenir une bonne réduction et une parfaite contention. Les avantages de cette méthode sont sa simplicité d'exécution, la possibilité d'obtenir une parfaite correction des déplacements, même dans des cas anciens, enfin la facilité de la surveillance du blessé. Une série d'observations très bien présentées accompagne ce travail inaugural.

P.V.

LAMY (M.). — **Les applications de la génétique à la médecine.** (Edité chez Doin, Paris, 1944).

L'étude des faits d'hérédité morbide chez l'homme devient tout à fait importante et intéressante grâce à une nouvelle science, la génétique.

Ce livre débute par un exposé des principes fondamentaux du mendélisme, de l'hérédité chromosomique et de la notion de gène, puis l'auteur étudie successivement les modalités principales selon lesquelles se transmettent les maladies héréditaires.

Plusieurs chapitres sont consacrés à l'étude de mécanismes moins simples, mais dont la pénétration est indispensable à la compréhension de faits d'hérédité morbide souvent fort complexes.

La dernière partie de l'ouvrage traite du rôle respectif qu'il faut attribuer à l'hérédité et au milieu dans le développement des maladies, donne un aperçu des méthodes d'étude dont la médecine dispose et discute du rôle que doit avoir le médecin en face d'une maladie transmissible.

P.V.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 3 juillet 1945

La séance est ouverte à 20 h. 30, sous la présidence du D^r DELIBÉROS qui donne la parole au D^r GRIFFIE pour sa communication sur « *Les aërodontalgies* ».

De cet exposé, il ressort que les dépressions occasionnées par l'altitude en sont les causes déterminantes ; cependant les petites obturations ou une irritation subaiguë de la pulpe, et les infections apicales chroniques sont les points de départ de ces manifestations douloureuses.

Si la douleur apparaît à une certaine altitude, elle dure pendant toute l'ascension et disparaît dès que l'on atteint une altitude inférieure à celle ayant occasionné le début de la douleur.

Le D^r DREYFUS prend part à la discussion, et rappelle une observation publiée par lui il y a quelques années ; elle confirme que ces douleurs ont pour point de départ des dents à traiter, atteintes, la plupart du temps, de pulpite subaiguë.

Preennent part à la discussion également : le D^r DELIBÉROS et M. RIVAUT.

La parole est ensuite donnée à M. Paul FONTANEL, qui nous parle des « *Relations du praticien avec son personnel relativement aux aménagements des salaires après les récents décrets* ». L'orateur nous fait un exposé extrêmement intéressant, et que nous regrettons de ne pouvoir reproduire ici.

Preennent part à la discussion : MM. VILLAIN, NEUENSCHWANDER, ROBINET et VASSEROT.

Le D^r RIALLAND nous parle ensuite du « *Chronométrage et ses incidences dans la pratique courante* ». Nous constatons, d'après ses nombreuses statistiques et expérimentations personnelles que certains actes sont incontestablement plus rémunérés que d'autres, et qu'il faudra en tenir compte dans l'établissement du futur tarif minimum national.

Election du Bureau : Il est procédé à l'élection du Bureau pour l'année 1945-1946.

Sont élus : **Président :** D^r DELIBÉROS. — **Vice-Présidents :** MM. GONON et GABRIEL. — **Secrétaire général :** M. RIVAUT. — **Secrétaire adjoint :** M. POÏMIRO.

Le Secrétaire général : M. RIVAUT.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 26 juin 1945

La séance est ouverte à 20 h. 45, sous la présidence de M. Georges DELARRAS.

Le Secrétaire des Séances donne lecture du procès-verbal de la dernière séance qui est adopté.

Communication de M. CECCONI, démonstrateur à l'Ecole Dentaire de Paris : « *Cause d'accidents dans la coulée des métaux* ».

Après avoir envisagé successivement les différents métaux à notre disposition, l'auteur insiste sur la surveillance rigoureuse de la température et de sa constance en particulier. Dans ce but, il substitue à la gaine cylindrique, une gaine tronconique plus rationnelle. Celle-ci permet en effet de mieux répartir le revêtement autour de la maquette. Il en résulte que la pièce à couler sera chauffée plus uniformément. La mise en revêtement sera facilitée par l'évasement des bords, le long desquels le mélange réfractaire coulera en chassant l'air sans provoquer la formation de bulles.

Le Président remercie M. CECCONI pour sa très intéressante communication. Il demande ensuite au conférencier d'où vient le fait que les coulées d'acier sont peu précises, au point que les Allemands ont abandonné ce métal pour les prothèses fixes. M. CECCONI pense que la clef du problème réside dans le manque de méthode dans les traitements thermiques et dans la qualité des revêtements qui doivent être améliorés.

Le Président remercie M. CECCONI pour ces nouvelles précisions. Il prie le D^r LATTÈS, président de la Société de Stomatologie, de venir présider la séance.

Communication de M. VALETTE, professeur à la Faculté de Pharmacie de Paris : « *Les anesthésiques locaux, activité, toxicité, rapports entre leur constitution et leurs propriétés pharmacodynamiques* ».

L'auteur nous rappelle les débuts de l'anesthésie locale et nous montre comment la cocaïne, anesthésique local très actif mais toxique s'est vu supplantée dans certains de ses emplois thérapeutiques par des produits de synthèse, de constitution plus simple,

d'activité variable, mais de toxicité le plus souvent atténuée. Ces substances ne sont toutefois utilisables que pour l'anesthésie de conduction, alors que la cocaïne reste la seule drogue susceptible de réaliser l'anesthésie terminale, étant donné son grand pouvoir de pénétration à travers les muqueuses. L'activité pharmacodynamique des anesthésiques locaux réside dans la présence de certains groupements actifs dans leurs molécules. On trouve parmi eux des esters benzoïques d'aminoalcools, des esters paraminobenzoïques, etc... D'après les récents travaux de G. RÉQUIER, le pouvoir anesthésique varie pour une même base avec la nature de l'acide qui lui est combiné, ce radical acide étant capable de modifier le pouvoir de pénétration de la molécule active dans la cellule réceptive.

M. PIERSON demande au Prof. VALETTE quelle est la valeur des anesthésiques du groupe Butyl et leurs rapports chimiques avec la cocaïne. M. le Prof. VALETTE situe ces corps dans le groupe de la novocaïne et nous met en garde contre leur grande toxicité, inconvénient qui tend à les faire abandonner.

Le Président remercie le Prof. VALETTE pour la leçon magistrale qu'il nous a faite dans laquelle chacun a pu trouver des précisions intéressantes sur les anesthésiques employés quotidiennement dans notre profession.

Communication de MM. les D^{rs} LATTÈS et VRASSE, stomatologistes des Hôpitaux de Paris : « *Traitement des Stomatites ulcéreuses par les sulfamides* ».

Utilisé dans les formes moyennes ou graves, ce traitement paraît le plus efficace et le plus rapide. Il agit très rapidement sur la douleur, sur les ulcérations et permet dans les stomatites mercurielles et bismuthiques la non-interruption du traitement spécifique, mais il ne dispense pas des autres thérapeutiques étiologiques (mise en état de la bouche). Comme toujours, la sulfamidothérapie doit obéir à des règles précises, n'être mise en œuvre qu'à bon escient et sous le couvert d'une surveillance médicale stricte. L'auteur illustre ses conclusions par huit observations particulièrement démonstratives.

M. FOURQUET félicite le D^r LATTÈS pour sa brillante conférence et lui demande son avis sur l'action préventive locale des sulfamides après une extraction.

Le D^r LATTÈS approuve entièrement la technique du D^r FOURQUET mais se montre l'adversaire irréductible de la sulfamidothérapie préventive.

Le Président remercie le D^r LATTÈS de nous avoir éclairé si brillamment sur un sujet d'actualité.

La séance est levée à 23 heures. *Le Secrétaire des Séances* : Jean DELTOUR.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Secrétariat, 28, rue Serpente, Paris

14^e SECTION D'ODONTOLOGIE

CONGRÈS DE LA VICTOIRE

Le Congrès de la Victoire, de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences, aura lieu à Paris du Samedi 20 octobre au vendredi 26 octobre 1945.

Siège du Congrès : à la Sorbonne (Faculté des Sciences, Faculté des Lettres, et à la Faculté de Médecine).

SAMEDI 20 OCTOBRE, (à 15 Heures).

Séance inaugurale solennelle dans le Grand Amphithéâtre de la Sorbonne.

Allocution de M. Le TROQUER, Président du Conseil municipal.

Adresse des Délégués Etrangers.

Conférence de M. le Professeur Justin BESANÇON, Président de la Croix-Rouge Française, Professeur à la Faculté de Médecine : *Les carences alimentaires pendant la période de guerre*.

Conférence par M. le Professeur JOLIOU, Professeur au Collège de France : *Les applications de l'Energie atomique*.

Discours de M. PIERON, Professeur au Collège de France, Président de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences.

Partie musicale pendant la séance.

DIMANCHE 21 OCTOBRE (Matin, 10 h.)

Visites d'Etablissements scientifiques (Musée de l'homme, Palais de la Recherche, Institut Pasteur, Muséum et Parc Zoologique).

Les après-midi seront consacrées aux conférences d'intersections.

Au cours du Congrès, M. le Président du Conseil Municipal recevra les Congressistes à l'Hôtel-de-Ville.

PROGRAMME DE LA SECTION D'ODONTOLOGIE
(Amphithéâtre de la Faculté de Médecine, rue de l'Ecole de Médecine).

LUNDI 22 OCTOBRE (Matin, 9 h. 30 à 12 h. — Soir à 20 h. 30)

Constitution du Bureau pour 1945.

Présidence d'Honneur : D^r ROY (Paris) ; M. Albert JOACHIM (Bruxelles) ; D^r FRISON (Paris).

Président : M. André BOUCHER, Prof. à l'Ecole Odontotechnique ; *Secrétaire Général* : M. DEROUINEAU, Chirurgien-dentiste ; *Secrétaire adjoint* : M^{lle} Y. NEVEU, Professeur à l'Ecole Odontotechnique.

Allocution du Président.

COMMUNICATIONS : D^r LAURIAN : *Un cas d'intervention à chaud au niveau d'un foyer apical*. — D^r Maurice ROY : *Quelques considérations sur la pathogénie de la fistulisation des abcès alvéolaires (arthrites apicales suppurées)*. — M. André BOUCHER : *Observation sur un traitement rapide de dents infectées, effectué sur un enfant de 24 mois (projection)*.

MARDI 23 OCTOBRE (Matin, 9 h. 30. — Soir, 20 h. 30)

M^{me} YAKOUBOVITCH, née GERMAIN (sujet réservé). — D^r HULIN : *La Pyorrhée est-elle guérissable ?* — D^r CHATEAU : *Dilatation haute du palais et croissance. Démonstration du parallélisme entre progrès ou régression de la dilatation et progrès et régression de l'état général, taille et poids. Présentation du sujet*. — M. Jacques FILDERMAN : *Qui a découvert l'anesthésie ?* — M. le Professeur G. BELTRAMI : *La mélanodontie dentaire (projections)*. — D^r Francis BELTRAMI : *Considérations biologiques sur la mandibule chez l'homme (projections)*.

MERCREDI 24 OCTOBRE (Matin, 9 h. 30. — Soir, 20 h. 30)

M. FREY : *Une expérience d'enseignement et de dépistage dans la région parisienne*. — M. DEHILOTTE : *Une expérience d'enseignement et de dépistage en province*. — M. CORNIOL : *L'hygiène dentaire en France (Hier et aujourd'hui)*. — M. LOISIER : *L'avenir de l'hygiène dentaire sociale en France*. — M. GINGOLD : *Réflexions sur la propagande d'hygiène bucco-dentaire auprès de la clientèle et des collectivités sociales*. — M. ROGER : *Nécessité de la rééducation respiratoire au cours du traitement orthodontique et perfectionnements apportés aux appareils à plaque*.

JEUDI 25 OCTOBRE (Matin, 9 h. 30 à midi. — Soir, 20 h. 30)

M. BOURGOIN : *Considérations générales sur les résines synthétiques employées en prothèse dentaire*. — M. Robert DUPONT : *Technique des bridges en céramique*. — M. RIVAUT : *Technique d'utilisation des alliages inoxydables à couler en prothèse*. — M. VIDAL : *De l'avenir de la prothèse dans notre profession*.

VENDREDI 26 OCTOBRE (Matin, 9 h. 30 à midi. — Après-midi, à 15 h.)

Fin des travaux de la Section.

Séance solennelle de clôture et Assemblée générale de l'Association.

BULLETIN

de l'Association Générale des Dentistes de France

Ordonnance n° 45-2184 du 24 septembre 1945 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme.

Le *Journal officiel* du 28 septembre 1945 vient de publier une ordonnance qui remplace la loi de 1892 et qui crée un Ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes. Ces ordres auront la charge de maintenir la discipline et l'honorabilité de chacune de ces trois professions, laissant aux Syndicats le soin de défendre les intérêts professionnels.

Nous résumons ci-dessous les principales dispositions relatives aux chirurgiens-dentistes, de cette nouvelle ordonnance :

TITRE I^{er}. — DE L'EXERCICE DE LA PROFESSION DE MÉDECIN, DE CHIRURGIEN-DENTISTE ET DE SAGE-FEMME.

Article premier. — Nul ne peut exercer la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme en France, s'il n'est :

1° Muni du diplôme français d'Etat de docteur en médecine, de chirurgien-den-

tiste ou de sage-femme ou bénéficiaire des dispositions transitoires de la loi du 30 novembre 1892 ou des dispositions spéciales aux praticiens alsaciens et lorrains (arrêté du 24 septembre 1919, loi du 13 juillet 1921, loi du 10 août 1924, décret du 5 juillet 1922 ratifié par la loi du 13 décembre 1924, loi du 31 décembre 1924, loi du 8 août 1927) ou aux praticiens sarrois (lois des 26 juillet 1935 et 27 juillet 1937) ;

2° Citoyen ou sujet français ou ressortissant d'un pays placé sous le protectorat de la France ;

3° Inscrit à un tableau de l'Ordre des médecins, à un tableau de l'Ordre des chirurgiens-dentistes ou à un tableau de l'Ordre des sages-femmes.

Art. 4. — Les chirurgiens-dentistes ne peuvent prescrire que les médicaments figurant sur une liste fixée par arrêté du Ministre de la Santé Publique, pris après avis de l'Académie de Médecine.

Art. 6. — ... Fixe l'enregistrement des diplômes dans le mois qui suit l'établissement des praticiens.

Il est interdit d'exercer la médecine, l'art dentaire ou la pratique des accouchements sous un pseudonyme.

Les médecins, les chirurgiens-dentistes et sages-femmes ayant droit d'exercer en France ne peuvent donner de consultations dans les locaux ou les dépendances des locaux commerciaux où sont vendus les appareils qu'ils prescrivent ou qu'ils utilisent.

Art. 9. — Exerce illégalement l'art dentaire :

1° Toute personne qui, non munie du diplôme d'Etat de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste et n'étant pas bénéficiaire des dispositions transitoires et spéciales, comme il est dit à l'art. 8 ci-dessus, prend part, habituellement ou par direction suivie, à la pratique de l'art dentaire ;

2° Tout dentiste qui prend part, habituellement ou par direction suivie, à la pratique de l'art dentaire sans être citoyen français, sujet français ou ressortissant d'un pays placé sous le protectorat de la France ou sans appartenir à la catégorie des praticiens étrangers visée aux articles 1^{er} et 2 de la présente ordonnance ;

3° Tout dentiste qui, muni d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées aux paragraphes précédents du présent article, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente ordonnance ;

4° Tout dentiste qui exerce l'art dentaire sans être inscrit au tableau de l'Ordre des chirurgiens-dentistes institué par l'article 48 ci-après ou pendant la durée de la peine d'interdiction temporaire prévue aux articles 36 et 52 ci-après, à l'exception des personnes visées à l'article 1^{er}, dernier alinéa, de la présente ordonnance.

Art. 13. — Il est interdit à toute personne ne remplissant pas les conditions requises pour l'exercice de la profession de recevoir, en vertu d'une convention, la totalité ou une quote-part des honoraires ou des bénéfices provenant de l'activité professionnelle d'un médecin ou d'un chirurgien-dentiste. Toute infraction aux présentes dispositions sera punie des peines portées à l'article précédent.

Art. 14. — L'usurpation du titre de docteur en médecine, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme est punie des peines prévues à l'article 259 du code pénal.

Est considéré comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine quiconque, se livrant à l'exercice de la médecine, fait précéder ou suivre son nom du titre de docteur en médecine sans en indiquer la nature ou préciser qu'il s'agit d'un titre étranger ou d'un diplôme français d'université.

TITRE III. — DE L'ORGANISATION DE LA PROFESSION DENTAIRE ET DE L'ORDRE DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Art. 47. — Les praticiens de l'art dentaire forment deux groupes, les médecins stomatologistes réunis aux docteurs en médecine dans l'Ordre des médecins, les chirurgiens-dentistes, pour qui est institué un Ordre national des chirurgiens-dentistes groupant obligatoirement tous les chirurgiens-dentistes habilités à exercer leur art en France et en Algérie.

Les praticiens munis à la fois du diplôme de docteur en médecine et du diplôme de chirurgien-dentiste peuvent se faire inscrire, à leur choix, à l'Ordre des médecins ou à l'Ordre des Chirurgiens-dentistes. Dans ce dernier cas, leur pratique doit se limiter à l'art dentaire et ils n'ont pas le droit d'exercer la médecine.

L'Ordre national des chirurgiens-dentistes possède, en ce qui concerne les chirurgiens-dentistes, les attributions de l'Ordre national des médecins énumérées aux articles 19, 42 et 43.

Art. 49. — Dans chaque département il est institué un Conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes. Ce conseil est constitué de membres en nombre variable selon le nombre de chirurgiens-dentistes inscrits au tableau. Ce nombre est de 7 si le nombre des chirurgiens-dentistes inscrits est égal ou inférieur à 50, et de 10 si le nombre est supérieur à 50.

Art. 50. — Dans les départements où exercent des médecins stomatologistes, ceux-ci désignent un représentant au Conseil départemental des chirurgiens-dentistes si le nombre des membres du Conseil est de 7, deux si ce nombre est de 10. La présence de médecins stomatologistes ne diminue pas le nombre de chirurgiens-dentistes du Conseil.

Art. 51. — Deux fois par an, au moins, le Conseil départemental des médecins et le Conseil départemental des chirurgiens-dentistes se réunissent pour étudier les questions intéressant les deux professions.

Art. 52. — La juridiction de première instance de l'Ordre des chirurgiens-dentistes est constituée par le Conseil régional des chirurgiens-dentistes (s'agissant de la région sanitaire). Un Conseil régional des chirurgiens-dentistes est institué pour chaque région sanitaire et exerce, au sein de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, la compétence disciplinaire en première instance.

Le Conseil régional de l'Ordre des chirurgiens-dentistes est composé de 8 délégués des conseils départementaux élus dans les conditions fixées à l'art. 33 pour les conseils régionaux des médecins.

Art. 53. — Il est institué un Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes composé de 9 membres désignés par les conseillers départementaux des diverses régions sanitaires groupées selon les modalités fixées par arrêté du Ministre de la Santé publique.

Sont adjoints au Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes avec voix consultative trois médecins représentant les Ministres de la Santé publique, de l'Education nationale et du Travail.

Le Conseil a, en ce qui concerne l'Ordre des chirurgiens-dentistes, les mêmes attributions générales que le Conseil national de l'Ordre des médecins vis-à-vis des médecins. Toutefois, il ne possède pas de section disciplinaire. En cas d'appel d'une décision rendue par un Conseil régional des chirurgiens-dentistes, l'affaire vient devant la section disciplinaire du Conseil national de l'Ordre des médecins à laquelle sont adjoints trois membres du Conseil national des chirurgiens-dentistes désignés par ce dernier.

Art. 63. — Prévoit les cas d'exclusion des Conseils de l'Ordre.

Art. 65. — Dans le cas d'infirmité ou d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de la profession, le Conseil régional pourra prononcer l'interdiction d'exercer.

Art. 66. — Un code de déontologie propre à chacune des professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme sera préparé par le Conseil national de l'Ordre intéressé et soumis au Conseil d'Etat pour être édicté sous la forme d'un règlement d'administration publique.

Art. 67. — Les médecins, les chirurgiens-dentistes, les personnes qui demandent leur inscription au tableau de l'Ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes, devront communiquer au Conseil de l'Ordre intéressé les contrats ayant pour objet l'exercice de leur profession et, s'ils ne sont pas propriétaires de leur matériel et du local dans lequel ils exercent ou exerceront leur profession, les contrats leur permettant l'usage du matériel et du local.

Seront également communiqués les contrats transmettant sous conditions résolutoires la propriété du matériel et du local.

Art. 68. — prévoit les sanctions relatives à la non exécution de l'art. 67.

Art. 71. — La présente ordonnance est applicable à l'Algérie, qui sera considérée comme formant une région sanitaire.

Des décrets termineront les conditions d'application de la présente ordonnance aux territoires relevant du Ministère des Colonies.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

LE SERVICE DE SANTÉ DES FORCES FRANÇAISES LIBRES pendant les campagnes de 1940, 1941, 1942.

Le Médecin-général SICÉ, du Corps de Santé Colonial, se trouvait en Afrique Equatoriale Française au début de 1940, y exerçant les fonctions de Directeur général des Services sanitaires et sociaux. La ruée allemande sur l'ouest de l'Europe le surprit en plein désert, tandis qu'il inspectait les formations sanitaires de la région de Faya et des confins lybio-tchadiens. Il se refusa à accepter l'armistice et il assumait la responsabilité de la défense sanitaire de ce vaste territoire formé du Cameroun et de l'Afrique Equatoriale que, pour bien affirmer son affranchissement de toute servitude ennemie, les patriotes résistants appelèrent l'*Afrique Française Libre*. C'est lui qui fut amené ainsi à organiser notamment le service de santé de l'armée Leclerc et des divisions Larminat et Koenig, dont on sait les héroïques exploits.

Le Médecin-général SICÉ vient de consacrer dans la *Presse Médicale* deux très intéressants articles où il expose comment il put, avec les moyens très précaires dont il disposait, assurer ces services et maintenir l'état sanitaire satisfaisant des vastes territoires dont il avait pris la responsabilité.

Dans ce rapport, il rend un chaleureux hommage à tous les membres du Corps de Santé Colonial, au nombre de 120, qui tous, sauf 8, demeurèrent à leur poste, s'offrant à toutes les missions que le déroulement d'événements imprévisibles l'amenaient à leur confier. Il vante leur entrain, leur volonté, leur attention sans cesse en éveil. Parmi ceux-ci, nous sommes heureux de relever le nom de trois de nos confrères, dentistes militaires, et nous reproduisons ci-dessous les passages de ce rapport relatifs à ces confrères auxquels, avec le général SICÉ, nous nous faisons un devoir de rendre hommage.

« Parmi ces officiers du Corps de Santé, certains renoncèrent à l'exercice de la médecine, ce fut le cas du Médecin-capitaine MENDOUSSE qui, servant dans l'aviation française, disparut avec le bombardier qu'il pilotait ; du *dentiste-lieutenant* FERRON, observateur d'aviation, qui eut le même sort en patrouillant au-dessus de la Méditerranée orientale » (*Presse Médicale*, 16 juin 1945, p. 333). Saluons ici la mémoire de notre valeureux confrère mort pour la France en faisant plus que son devoir.

« La formation légère mixte d'ambulances avait demandé à la Société des Tramways du Caire de bien vouloir entreprendre la construction d'un prototype de camion opératoire, elle y avait ajouté la commande d'un camion de stérilisation et d'un *camion dentaire*....., le *dentiste-lieutenant* BIRAUD en avait dressé les plans d'après les conceptions techniques que lui avaient exposés Durbach ; il en surveilla, par surcroît, la réalisation dans les ateliers du Caire. M. LAHEVÈSE (directeur de la Société) réussit, au-delà de tous nos espoirs, la construction de ces camions spécialisés qui furent pour les blessés d'un inappréciable secours. Nos collègues britanniques en apprécièrent l'usage au point de nous demander de bien vouloir leur en communiquer les plans.

« Les services qu'ils nous ont rendus furent considérables. Quant au camion dentaire, avec son atelier de prothèse dentaire, le *dentiste-capitaine* PROCHASSON en tira un remarquable parti dans le désert pour le traitement de la denture des militaires des « Forces Françaises Libres ». (*Presse Médicale*, 23 juin 1945, p. 346.)

En même temps que nous rendons un hommage mérité à ceux qui furent à la tâche dans des circonstances particulièrement difficiles, nous sommes heureux de constater ici, une fois de plus, les grands services rendus par les Services dentaires de l'Armée ; cela illustre une fois de plus aussi..... l'imprévoyance (ne soyons pas cruel) de ce directeur du Service de Santé de l'Armée qui, en 1913, à une demande de création d'un corps de Dentistes militaires, répondait à la *Fédération Dentaire Nationale* que, en cas de guerre, des dentistes militaires ne pourraient être, pour le service de santé, que *gène et embarras !!!* (1).

Maurice Roy.

(1) Voir lettre du Ministère de la Guerre du 5 mai 1913. (*L'Odontologie* 1913, Vol. II, p. 127.)

NOUVELLES

Décret du 10 juin 1945 portant nominations et promotions dans le cadre des officiers de réserve du service de santé

DENTISTES

Sont nommés, à titre temporaire, soit à compter du 1^{er} septembre 1944, soit à compter du jour de leur rappel à l'activité ou de leur engagement (postérieurement au 1^{er} septembre 1944), les dentistes auxiliaires de réserve ci-après désignés :

Au grade de dentiste sous-lieutenant :

(Rang du 1^{er} septembre 1944). — M. le dentiste auxiliaire VIDAL (Pierre-Jean).
 (Rang du 28 septembre 1944). — MM. les dentistes auxiliaires BENOIT (Maurice-Pierre), CATTIN (Gaston-Albert).
 (Rang du 16 octobre 1944). — M. le dentiste auxiliaire MAGNERON (Victor-André).
 (Rang du 10 novembre 1944). — M. le dentiste auxiliaire RIGAUD (Francis-Marius).
 (Rang du 15 novembre 1944). — M. le dentiste auxiliaire ANDRON (Jean-André).
 (Rang du 11 décembre 1944). — M. le dentiste auxiliaire KHITRICK (Marcel).
 (Rang du 15 décembre 1944). — M. le dentiste auxiliaire CAZAURAN (Claude-Gabriel).
 (Rang du 6 février 1945). — M. le dentiste auxiliaire CURIE (Bernard-Marie).
 (Rang du 15 février 1945). — M. le dentiste auxiliaire DESBRIÈRES (Louis).
 (Rang du 16 février 1945). — MM. les dentistes auxiliaires BETOU (Léonce-Adrien), CAZALS (Jean).
 (Rang du 22 février 1945). — MM. les dentistes auxiliaires BROUZES (Jean François), GREFFIER (Jean-Gabriel).
 (Rang du 26 février 1945). — M. le dentiste auxiliaire VALLA (André-Willy).
 (Rang du 27 février 1945). — M. le dentiste auxiliaire PETIOT (Victor-Jean).
 (Rang du 1^{er} mars 1945). — M. le dentiste auxiliaire MABILLE (Jean).
 (Rang du 2 mars 1945). — MM. les dentistes auxiliaires PIA (Lucien-Georges), VIENNOT (Gabriel-André).
 (Rang du 6 mars 1945). — M. le dentiste auxiliaire SIMONOT (Paul-Dominique).
 (Rang du 13 mars 1945). — M. le dentiste auxiliaire LAURENT (Jean-Eugène).
 (Rang du 16 mars 1945). — M. le dentiste auxiliaire RAOUS (Jean-Jules).

Est nommé, à titre étranger, pour la durée de la guerre : *au grade de dentiste sous-lieutenant :*

(Rang du 1^{er} septembre 1944). — M. le dentiste auxiliaire à titre étranger GATTIGNO (Isaac).

Est nommé, à titre temporaire : *au grade de dentiste aspirant :*

(Rang du 16 septembre 1944). — M. le dentiste auxiliaire CHEDAL (Camille).
 (J. O. 19-6-45).

Conditions dans lesquelles peuvent continuer à servir dans l'armée les chirurgiens-dentistes et pharmaciens étrangers détenteurs d'un grade à titre F. F. I., ayant souscrit à ce titre un engagement pour la durée de la guerre.

Article unique. — Les chirurgiens-dentistes et pharmaciens étrangers, détenteurs d'un grade à titre F. F. I., ayant souscrit à ce titre un engagement pour la durée de la guerre peuvent être, sous réserve d'homologation de leur grade, maintenus dans l'armée dans les mêmes conditions que les médecins étrangers qui, engagés dans l'armée, bénéficient des dispositions de l'article 7 de l'arrêté du 2 janvier 1945.

Ceux qui auront souscrit un engagement pour la durée de la guerre qui, par suite de la décision d'une commission d'homologation, se verraient privés de tout grade pourront, sur leur demande et compte tenu de leurs titres universitaires français ou étrangers soit être nommés, jusqu'à expiration de leur engagement, au grade de pharmacien ou dentiste auxiliaire, soit être renvoyés dans leurs foyers.

(J. O. 20-6-45).

ECOLE DENTAIRE DE PARIS

ENSEIGNEMENT TECHNIQUE — Cours théorique de prothèse

Le cours théorique de Prothèse pour les apprentis mécaniciens en Prothèse dentaire et les jeunes ouvriers préparant l'examen de l'Enseignement technique pour l'obtention du Certificat d'Aptitude Professionnelle de mécaniciens en Prothèse dentaire, commencera à l'Ecole Dentaire de Paris, 45, rue de la Tour d'Auvergne, Paris (IX^e) : le mardi 6 novembre pour la première année ; le vendredi 9 novembre pour les 2^e et 3^e années.

Le SYNDICAT DES ODONTOLOGISTES DE PELOTAS (Brésil), nous a communiqué la liste des membres composant sa nouvelle Direction pour 1944-1946 : *Président* : Prof. ALVARO VALENÇA APPEL ; *Secrétaire* : D^r JOSÉ BONIFACIO DA COSTA ; *Trésorier* : Prof. JAIME ANTUNES MORALES. — *Suppléants* : D^r PAULO GASTAL ; Prof. EDMUNDO DES ESSARTS PEREZ ; D^r CARLOS ZORRILLA ROSSELLI.

MARIAGES. — Le mariage de M. Jacques Bertrand, chirurgien-dentiste, ancien élève de l'Ecole Dentaire de Paris, avec M^{lle} Marie-Rose Bosquet, fille du D^r Bosquet, de Coutances, membre de notre Groupement, a eu lieu le 19 juillet 1945, à Paris.

Nos félicitations et vœux de bonheur.

NAISSANCES. — M. Louis Pelicand, chirurgien-dentiste à Montluçon et Madame sont heureux de faire part de la naissance de leur fils Jean, le 22 août 1945.

M. et M^{me} Gardeur, chirurgiens-dentistes, membres de notre Groupement, nous ont fait part de la naissance de leur deuxième fils Patrick, le 22 août 1945.

M^{me} et M. Jean Haldenwang, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, nous ont annoncé la naissance de leur deuxième enfant, Sylvie, le 27 août 1945.

M. Pia, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement et Madame, nous ont fait part de la naissance de leur fille Edwige, le 4 septembre 1945.

M. Lionel Berthoumieu, chirurgien-dentiste, membre du Corps Enseignant de l'Ecole Dentaire de Paris, et Madame, nous ont fait part de la naissance de leur fille Claude, le 1^{er} septembre 1945.

Nos sincères félicitations.

LEMAIRE & BEAUVAIS

ANCIENNE MAISON LEMAIRE

Société à Responsabilité limitée : 700.000 Francs

4, Passage Choiseul — 40, rue des Petits-Champs

Téléphone : OPÉRA 45-27

Toute la Fourniture Dentaire des meilleures Marques
Grand choix de DENTS

CARTE DE PRIORITÉ PHARMACEUTIQUE

Spécialisés depuis plus de vingt ans dans la fabrication et la vente de tous les produits de thérapeutique dentaire, les LABORATOIRES du Docteur Pierre ROLLAND informent leur clientèle de Paris et de Province qu'ils sont à sa disposition pour lui assurer la fourniture des produits contingentés de la CARTE DE PRIORITÉ 1945. — Pour tous renseignements, s'adresser aux Laboratoires du Docteur Pierre ROLLAND, 127, boulevard Saint-Michel, PARIS (5^e) (Odéon : 22-01).

PRATICIENS DE LA ZONE SUD

Comme suite au rétablissement des relations postales, les Laboratoires du D^r Pierre ROLLAND vous informent que vous pouvez leur adresser directement comme avant la guerre,

CARTES DE PRIORITÉ, COMMANDES, CORRESPONDANCE,

au besoin par lettre recommandée, à leur dépôt 127, boulevard Saint-Michel, PARIS (5^e).

Leur représentant, M. RONDELET, continuera à vous visiter régulièrement.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

UN CAS D'HÉMOTRYPSIE HÉMORRAGIPARE

Par le Dr DREYFUS

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le 1^{er} mai 1945)

616.314 005.1

M. R..., 62 ans, professeur, en pleine activité physique et intellectuelle, auquel je donnais mes soins depuis plusieurs années, vient me demander de le débarrasser d'un bridge, bridge supérieur de 4 dents, avec piliers sur la canine gauche et l'incisive centrale droite, la pièce intermédiaire portant les incisives gauches.

Ce bridge, en place depuis 20 ans ou plus, paraît-il, était à bout de souffle, vacillant avec les piliers prêts à s'expulser ; il avait fait son temps et n'encourait d'autre reproche que d'être en contact avec les racines des incisives gauches qu'on avait jugé bon de conserver ; encore ne semblait-il s'être jamais produit, de ce fait, aucun incident mémorable.

L'anesthésie locale est pratiquée avec toute la modération que commande l'extrême simplicité de l'opération ; le bridge est enlevé avec les piliers chancelants, puis les deux racines intermédiaires, très courtes, presque des apex. J'insiste sur le fait qu'il ne s'agissait pas du cas fréquent de ces dents pyorrhéiques dont la mobilité détermine et entretient un bourrelet hyperémié de la gencive, et dont l'extraction est souvent suivie d'un flux hémorragique important, difficile à tarir. L'intervention s'est donc trouvée réduite au minimum, sans aucune lésion de la gencive, qui aurait été inexcusable en la circonstance ; à peine un peu de sang, et la suite immédiate ne donna lieu à aucune remarque. M. R..., qui était d'un commerce très agréable, demeura dans mon cabinet un bon quart-d'heure, durant lequel nous parlâmes à bâtons rompus. Ce n'est pas là un détail oiseux : il est donné au contraire, pour souligner, du point de vue clinique, le bien-être de l'opération et l'absence de tout choc.

Le soir même, je suis alerté par téléphone : le malade a un peu de sang dans la bouche, mais, pas autrement alarmé, et, d'autre part, rebuté par la grande distance qui sépare nos deux domiciles, il décline mon offre de le voir sur-le-champ, et se contente des directives de mise en pareil cas : compression prolongée des surfaces saignantes, avec applications, s'il se peut, d'hémostyl ou d'antipyrine.

Je ne le revois que dans l'après-midi du lendemain : aux plaies opératoires, rien de particulier ; dans la bouche, pas de caillot constitué, simple-

ment du sang mêlé à la salive, mais rien qui ressemble à ce que peut suggérer le mot « hémorragie ». Il y a seulement extravasation capillaire. Les soins se bornent à de la compression prolongée avec de l'ouate imbibée d'hémostyl. Renseignements négatifs quant à des saignements antérieurs. Le malade me quitte avec une salive claire.

Pendant deux jours, silence complet, et il y a tout lieu de penser que l'incident est clos, quand le malade revient au bout de trois jours, c'est-à-dire à cinq jours des extractions. Le saignement avait récidivé le soir même de sa dernière visite, mais il n'avait pas été jugé, dès l'abord, opportun de me déranger, devant le peu d'importance apparent de l'hémorragie, scrupule regrettable quand on sait combien une hémorragie, même peu profuse, peut être désastreuse si elle se prolonge. Localement rien de nouveau, pourtant le saignement, qui est très discret, résiste à la compression ; le meilleur résultat est obtenu par de très petits tampons imbibés de teinture de benjoin, qui seront laissés en place et pourront être remplacés le lendemain, s'il y a lieu.

Les soins locaux assurés, un interrogatoire sur les antécédents pathologiques n'apporte d'autre précision que le rappel d'une cure à Vichy, pouvant faire penser à quelque trouble hépatique qui serait peut-être à l'origine de l'état hémorragique actuel. A ce moment, voyant mes investigations s'écarter du champ de ma spécialité, le malade me signale que la veille, sur sa cuisse droite, il a, selon son expression, remarqué un « bleu » qui l'a d'autant plus surpris qu'il n'a souvenir d'aucun traumatisme. Ce fut un trait de lumière, un peu tardif, mais dont le retard semble assez excusable. L'examen me fait voir une magnifique ecchymose très foncée, occupant la face externe de la cuisse, allant du grand trochanter au tiers inférieur, en empiétant largement sur la face antérieure. Poursuivant l'inspection, je découvre une autre ecchymose, encore plus vaste, occupant, celle-la, toute la région scapulaire gauche et, contournant le thorax, atteignant la région axillaire. En fait, le malade saignait sous sa peau, comme il saignait de sa gencive, et les ecchymoses étaient la signature évidente d'une altération sanguine. Je l'adressai donc à un hématologiste, le Dr P. Emile WEIL dont la Société d'Odontologie a eu l'occasion d'entendre plusieurs communications. Après une analyse du sang qui décèle une notable diminution des hématoblastes, une transfusion fut décidée. Entre temps furent faites des applications de coagulène, qui est un extrait de plaquettes sanguines, mais avec un effet plus ou moins stable.

La transfusion est pratiquée, 9 jours après les extractions, petite transfusion de 150 cmc. environ, non de remplacement que n'exigeait pas l'état général, mais de correction sanguine. Le résultat est quasi-immédiat : en quelques minutes, le saignement est complètement arrêté, et définitivement, sans aucune manœuvre locale. J'ajoute que, par la suite, continuant à traiter ce malade, j'ai eu notamment à lui faire l'ablation du tartre, opération au cours de laquelle il est bien malaisé d'éviter quelque saignement. Malgré une certaine appréhension, il ne s'est rien passé d'anormal à cette occasion.

Cette observation m'a paru à plusieurs titres digne d'être rapportée : d'abord parce qu'elle montre que, devant un échec de l'hémostase que ne justifie aucun délabrement local, il y a lieu de chercher immédiatement ailleurs la raison de cet échec. D'autre part, elle attire l'attention sur une affection particulière très curieuse dans ses manifestations. En effet, elle cadre très exactement avec ce que l'on sait, depuis une vingtaine d'années,

d'un syndrome auquel le Dr Paul CHEVALLIER a donné le nom d'Hémostyrie hémorragipare : il consiste, en bref, dans le fait qu'une hémorragie quelconque, discrète ou profuse, peut être génératrice d'une hémorragie seconde. C'est ainsi que, dans le cas relaté, la petite issue sanguine à la gencive a déclenché à distance un épanchement sanguin dans le tissu cellulaire. Ici, l'hémorragie première était d'origine opératoire ; mais elle peut être aussi d'origine traumatique, ou bien tenir à des causes physiologiques telles que les règles. Dans ces cas, où la première hémorragie survient en pleine santé, les rapports chronologiques entre la première et la deuxième hémorragies sont évidents. Ils le sont moins quand l'hémorragie première est pathologique (hématémèse, hémoptysie, épistaxis, etc...). Alors l'interprétation des faits peut être plus difficile, comme le remarque le Dr P. E. WEIL dans un mémoire consacré à la question, dans la revue « Le Sang », auquel je fais de larges emprunts. Dans ces cas, en effet, si l'on n'a pas assisté à l'évolution des hémorragies, si l'hémorragie seconde a suivi de très près la première on peut être amené à conclure faussement à leur synchronisme, à leur assigner une commune origine en diagnostiquant simplement un état hémorragipare. Il n'en est rien cependant, car si l'on se réfère aux observations publiées, on est bien forcé d'attribuer à l'hémorragie initiale un rôle déclenchant puisque, traumatique ou opératoire, c'est en pleine santé qu'elle se produit, qu'il s'agisse d'un hématome traumatique, d'une plaie accidentelle de la face, du décollement traumatique d'un ongle, de l'ablation des amygdales, ou d'une extraction dentaire.

Quant au mécanisme intime de cette affection, on est réduit aux hypothèses ; on semble admettre que l'hémorragie première agirait comme un antigène en déterminant des modifications sanguines capables d'aboutir à réaliser sur un terrain spécial un état hémorragique ; mais cela ne fait que reculer les limites du problème, sans le résoudre.

Quoi qu'il en soit, il reste acquis qu'à n'importe quel moment, une issue sanguine peut par elle-même être provocatrice d'une hémorragie à distance. Celle-ci survient de quelques heures à 4 ou 5 jours après la première ; elle peut consister en un purpura plus ou moins intense, avec ou sans fièvre ; ce peut être aussi une hémorragie d'une séreuse, d'une muqueuse, elle peut être discrète ou considérable.

D'autre part, mais c'est là une opinion toute personnelle, il n'est pas exclu de pouvoir penser que certaines hémorragies des centres nerveux survenant chez des sujets qui n'y semblent pas prédisposés, qui ne sont ni des pléthoriques ni des hypertendus, pourraient parfois être mises au compte du syndrome hémotrypsique. J'ai été à ce sujet témoin d'un cas assez troublant, mais dont la relation ne trouverait pas sa place ici ; je ne voudrais pas d'ailleurs m'aventurer sur la pente glissante de l'hypothèse, et m'entendre dire : *ne supra crepidam*. Mais, au reste, n'a-t-on pas signalé un purpura des centres nerveux ?

Eu égard aux innombrables hémorragies de toute origine, l'hémotrypsie est d'une rareté extrême, car il lui faut être conditionnée par un terrain particulier, le terrain hémogénique. On sait que l'hémogénie est caractérisée par le signe positif du lacet, la prolongation du temps de saignement, la diminution des hématoblastes, l'irrétention du caillot. Elle ne présente pas comme l'hémophilie le caractère familial, et n'affecte pas comme elle un sujet pendant toute son existence ; bien au contraire, c'est l'accident ou l'opération qui sont le facteur déterminant de la diathèse hémorragipare.

J'ai indiqué quelle a été l'efficacité de la transfusion : celle-ci peut agir par sa masse dans les cas graves où le malade est saigné à blanc ; mais on lui demande surtout de jouer le rôle de correcteur de l'altération sanguine, et alors des quantités faibles suffisent pour rendre au sang l'élément de coagulabilité qui lui faisait défaut. Le sérum animal peut d'ailleurs être employé, et je rappelle le cas déjà ancien d'un malade pour lequel le Dr Roy, ayant à vaincre une hémorragie post-opératoire rebelle, employa avec succès le sérum de Roux, le seul qu'il eut pu se procurer rapidement. La transfusion reste cependant la méthode de choix, exposant moins que le sérum animal à la sensibilisation et au choc.

Nous est-il possible de mettre à coup sûr un patient à l'abri des complications hémorragiques de l'hémogénie ? Je ne crois pas que, hors les cas où notre attention est spécialement sollicitée, nous puissions dépister cette diathèse si rare et qui se révèle surtout par surprise ; il nous faudrait imposer l'épreuve du lacet et l'analyse du sang, ce qui est pratiquement irréalisable d'une façon systématique. Cependant, si nous sommes alertés par une tendance déjà observée aux hémorragies, si nous avons affaire à un hépatique avéré, nous serions impardonnables en ne différant pas une opération dépourvue du caractère d'urgence et si nous manquions à instituer un traitement préventif. Quant aux précautions locales, maintes fois conseillées, qui consistent à utiliser les méthodes les moins traumatisantes, elles sont, au point de vue qui nous occupe, superflues, car elles sont incapables d'éviter le saignement ; cela ne veut pas dire qu'il faille les négliger, puisque nous nous proposons toujours d'éviter tout délabrement inutile, même en dehors du danger d'hémorragie.

Le fait que j'ai relaté est actuellement bien connu des hématologistes. Par contre, comme il est éclairé par des connaissances relativement neuves il est beaucoup moins familier aux praticiens, même d'âge moyen, qui, ainsi que bien des sondages me l'ont prouvé, en ignorent parfois jusqu'à la possibilité, comme je l'ignorais également avant de me trouver aux prises avec cette complication.

Nous pratiquons une spécialité très absorbante, qui est un tout par elle-même et requiert la majeure partie de notre activité. Dès lors, il n'est pas autrement surprenant que, quelquefois, les acquisitions des autres spécialités nous demeurent un temps étrangères. C'est ce qui m'a incité à attirer l'attention de mes confrères sur l'affection dont il vient d'être question, car ils sont plus que quiconque en situation de la rencontrer. En effet, on a pu dire, en dépit de la technique conservatrice, que de toutes les opérations chirurgicales, l'extraction dentaire est la plus fréquente. Aussi, malgré la rareté de l'hémogénie, il peut ne pas être très exceptionnel que sa route croise de temps à autre celle de l'extraction, pour aboutir à un cas analogue à celui qui vient d'être exposé et qui demain peut se rencontrer dans la pratique de chacun de nous.

A PROPOS D'UNE INITIATIVE DU SECOURS DENTAIRE INTERNATIONAL

Par le Dr ROHNER

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le 5 juin 1945)

Je vais avoir l'honneur de vous exposer les buts et les moyens du « Secours Dentaire International » parce que les milieux professionnels dentaires sont tout particulièrement intéressés par cette initiative, mais surtout parce que je viens solliciter vos idées, voire vos directives pour l'organisation de ces secours.

Il me paraît utile, de vous soumettre les idées qui ont présidé à la constitution de cet organisme.

Au cours de la guerre qui vient de se terminer, le Comité International de la Croix-Rouge (C. I. C. R.) a cherché à développer au maximum son action médico-sociale en faveur de tous les prisonniers de guerre. A partir de 1941, il lui est devenu possible d'organiser des soins dentaires dans les camps (dentisterie opératoire et prothèse) : c'est ainsi que furent installés 64 cabinets dentaires pour lesquels le C. I. C. R. a expédié près de 5 tonnes de matériel et de fournitures.

La plupart d'entre vous se souviennent de la magistrale réalisation de notre confrère le Dr Marcel JOACHIM, de Bruxelles : un fourgon automobile dentaire qui constituait avec sa remorque un Centre ambulancier de chirurgie et de prothèse.

Doté d'une équipe admirablement entraînée, Joachim alla d'un camp de prisonniers à l'autre et ne se borna pas seulement à soigner et appareiller les Belges, mais les captifs d'autres nationalités, voire les ressortissants de certain grand pays qui n'avaient pas adhéré à la Convention de Genève. Il obtint ainsi des résultats saisissants dont l'intérêt n'échappa pas au C. I. C. R. Ce dernier chercha à s'inspirer de cet exemple mais, à l'automne 1944, la Suisse traversait une grave crise de carburant et de pneumatiques. Il fallait donc s'orienter vers une autre solution.

C'est alors que la Croix-Rouge Suisse, qui est une organisation distincte du C. I. C. R., négocia avec la Cie des Wagons-Lits le rachat d'une vieille voiture-restaurant qui pourrissait sur une voie de garage. Des pourparlers entrepris immédiatement entre la Croix-Rouge Suisse, le C. I. C. R. et l'Armée Suisse aboutirent à un accord aux termes duquel les deux organisations sus-nommées équiperaient ce wagon en Centre dentaire ferroviaire ambulancier et le mettraient à la disposition du Service Dentaire de l'Armée suisse, chargée des soins aux internés étrangers.

J'eus ainsi l'occasion de m'occuper à Genève, au cours des mois d'octobre, novembre et décembre 1944 de la transformation de ce wagon sous les directives de dentistes militaires.

Ce wagon, inauguré le 14 décembre 1944, fonctionne encore à ce jour et a permis de soigner et d'appareiller de nombreux Internés Yougoslaves, Polonais et Grecs. Entre cette date et le 28 février 1945, 940 internés ont été traités dans des conditions remarquables.

L'idée était lancée. Plusieurs éminents praticiens Genevois, à la tête desquels se trouvent le Dr h. c. René Jaccard, le Professeur Dr Arthur Held, le Dr Charles Guignard, etc., projetèrent de prolonger cette action de secours en organisant des soins en faveur des prisonniers et déportés rapatriés, des populations sinistrées, etc., etc. C'est dire qu'on se trouvait en face d'un programme d'une ampleur considérable.

A ce propos, j'ajoute un détail. Au cours de leur captivité, le bruit avait circulé parmi les infortunés prisonniers que les édentés seraient rapatriés

d'office ! Sur la foi de cette promesse, qui n'a pas été tenue, ou qui ne reposait sur aucun fondement (on n'a jamais eu le fin mot de cette affaire), beaucoup d'hommes se sont fait extraire systématiquement toutes leurs dents ! Sans commentaires.

Le nombre des candidats au Secours Dentaire s'avérait donc impressionnant. Or, le C. I. C. R., régi par la Convention de Genève, ne pouvait prendre en charge que les prisonniers de guerre. La Croix Rouge Suisse, dont le statut est tout différent, pouvait secourir toutes sortes de victimes de la guerre.

Il apparut donc nécessaire de créer un Organisme indépendant de ces Associations de Croix-Rouge et s'appuyant sur les Groupements professionnels, afin de continuer l'action de Secours Dentaire sans se heurter à des conflits de compétence.

C'est pourquoi on a créé le « *Secours Dentaire International* ». Il a été constitué à Genève le 24 février 1945, sous la présidence du Dr René Jaccard, qui est un administrateur infatigable. Il fallait mettre sur pied un organisme central à Genève, avec des délégations dans les pays libérés vers lesquels allaient les sympathies du peuple et de la profession suisses.

L'appui des Croix-Rouge nationales, des Groupements professionnels, des Ministères intéressés devenait indispensable. J'insiste ici sur la nécessité de la participation des milieux dentaires, qu'ils soient odontologiques ou stomatologiques.

En effet, la mise sur pied de centres dentaires nécessite le recrutement de personnel médical ou technique. Ce recrutement ne se conçoit qu'avec le plein accord de la profession tout entière sous l'égide du Ministère de la Santé. De plus, il a fallu que le Comité exécutif formé de praticiens recrutés dans toute la Suisse, commence une croisade contre un vieux préjugé : la plupart des Associations de secours et d'assistance de la Croix-Rouge en Suisse sont toujours parties du principe que l'action médico-sociale primait tout. Elles admettent difficilement que l'action dentaire doive être menée parallèlement à l'action médico-sociale. En effet, quel bénéfice peut tirer d'un secours médical un sujet dont le coefficient masticatoire est notoirement insuffisant ou chez lequel des foyers d'infection bucco-dentaire déversent des toxines dans un organisme déjà très déficient ?

Les buts du Secours Dentaire International (S. D. I.) sont les suivants :

« L'Association a pour but, d'une façon générale, d'apporter dans les différents pays, sur le plan odonto-stomatologique, son aide à certaines catégories de victimes de la guerre. »

Je vais maintenant, si vous le permettez, entrer dans quelques détails de notre programme qui comprend trois idées :

1° Secours aux enfants. — Il a semblé qu'il serait important, afin d'agir sans retard, de faire venir en Suisse des enfants de praticiens français sinistrés. Nous avons obtenu l'accord de principe de la Croix-Rouge Suisse, Secours aux enfants, et formons le vœu de voir aboutir, cet été, ce projet qui nous est cher. Il est prévu de faire venir 50 enfants de praticiens français. Ces enfants seraient hébergés chez des praticiens suisses qui assureraient leur subsistance, leur habillement, si nécessaire, et tous soins dont ils pourraient avoir besoin ;

2° Installations fixes. — Il a été envisagé d'installer en France, dans certains chefs-lieux de départements, des centres dentaires fixes.

Le C. I. C. R. a été chargé de la gestion et du magasinage d'un important matériel américain, don de la Croix-Rouge des Etats-Unis. Il s'agit de 21 cabinets dentaires destinés aux camps en Allemagne, mais la fin des hostilités rendra éventuellement possible l'affectation de ce matériel à des centres dentaires en pays libérés. Des négociations sont engagées pour en obtenir le déblocage ;

3^e Installations ambulantes. — Nous retrouvons ici l'idée des wagons dentaires ferroviaires.

Les wagons-restaurants en question sont des wagons à 4 essieux, très spacieux et susceptibles d'être aménagés d'une façon rationnelle ; divisés en deux grands compartiments l'un pour la Chirurgie et la Dentisterie opératoire et l'autre pour le laboratoire de prothèse. Il va sans dire que la radiographie et la stérilisation sont prévues. Différents aménagements ont été reconnus nécessaires au cours de l'hiver 1944-45 pour le wagon dentaire dont je vous ai parlé au début de cet exposé.

En effet, des conditions atmosphériques particulièrement défavorables, notamment au cours du stationnement en gare de Fribourg, ont révélé des insuffisances dont il a été tiré de précieux enseignements et auxquels on a pu remédier.

Comme à-côté pittoresque, je vous signale une initiative très intéressante par ses résultats : sur la proposition de la Croix-Rouge, le peuple suisse fut invité à lui remettre ses vieux dentiers. Les résultats dépassèrent les espérances : quelque 800.000 dents furent ainsi collectées.

C'est une subdivision du C. I. C. R. qui détient ce trésor qui sera néanmoins à la disposition des œuvres d'assistance à l'Etranger. A ce titre, j'ai déjà pu apporter un petit don symbolique de 10.000 dents réparties par moitié entre le Service de Santé du G. M. P. et la Santé Publique.

En résumé, en se plaçant uniquement sur le terrain professionnel, il serait souhaitable de réaliser, avec l'aide de toutes les bonnes volontés, une œuvre humanitaire à laquelle la Suisse aimerait coopérer de toutes ses forces.

Je viens de vous en exposer les idées principales et remercie le Dr Délibéros d'avoir bien voulu mettre cette tribune si obligeamment à ma disposition.

Pour terminer, je me permets de solliciter vos suggestions et vous en exprime à l'avance ma sincère gratitude.

HYGIÈNE

TROISIÈME CONCOURS DU COMITÉ NATIONAL D'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE

Sous le patronage :

du Ministre de la Santé Publique,
du Ministre de l'Education Nationale,
du Conseil National des Chirurgiens-Dentistes,

le Comité National d'Hygiène Bucco-Dentaire a décidé l'ouverture d'un concours pour la création d'une **voiture automobile de Stomatologie**.

Ce concours est ouvert à tous les Praticiens, Fabricants, Fournisseurs hygiénistes, aux spécialistes de l'automobile et, d'une façon générale, à tous ceux que la question intéresse.

Il sera clos le 31 décembre 1945.

Un crédit important sera mis à la disposition du jury pour récompenser les meilleurs envois.

Le règlement détaillé du concours sera adressé sur simple demande au siège du Comité National d'Hygiène Bucco-Dentaire, 15, rue Jean-Mermoz, Paris (8^e).

RÉUNIONS ET CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

CONGRÈS DE LA VICTOIRE (1)

Le Congrès de la Victoire de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences a eu lieu à Paris, du samedi 20 octobre au vendredi 26 octobre 1945.

Le Congrès a tenu ses séances à la Sorbonne (Faculté des Sciences, Faculté des Lettres) et à la Faculté de Médecine.

SAMEDI 20 OCTOBRE

A 15 heures. — Séance inaugurale solennelle dans le GRAND AMPHITHÉÂTRE DE LA SORBONNE.

Allocution de M. LE TROQUER, président du Conseil Municipal.

Adresse des Délégués Etrangers.

Conférence de M. le Professeur Justin BESANÇON, Président de la Croix-Rouge Française, Professeur à la Faculté de Médecine : *Les carences alimentaires pendant la période de guerre.*

Conférence par M. le Prof. F. JOLIO-CURIE, Professeur au Collège de France. — *La recherche scientifique en France.*

Discours de M. PIÉRON, Professeur au Collège de France, Président de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences.

Partie musicale pendant la séance par la Musique de la Garde Républicaine.

DIMANCHE 21 OCTOBRE

Matin, 10 heures. — Visites d'établissements scientifiques (Musées de l'Homme, Palais de la Découverte, Institut Pasteur, Muséum et Parc Zoologique).

Les séances de la matinée étaient consacrées aux travaux des Sections.

Les après-midi furent consacrées aux Conférences inter-sections.

Au cours du Congrès, M. le Président du Conseil Municipal, reçut les Congressistes à l'Hôtel de Ville, le mercredi, à 18 heures.

Le lundi soir : Soirée théâtrale au théâtre Hébertot, offerte aux Congressistes.

Le Banquet eut lieu le jeudi soir dans les salons Vianey.

SECTION D'ODONTOLOGIE

Les travaux commencèrent le lundi 22 octobre 1945, à la Faculté de Médecine.

La séance a été ouverte, à 9 h. 30, sous la présidence de M. André BOUCHER, Professeur à l'Ecole Odontotechnique.

Constitution du Bureau pour 1945 :

Présidence d'Honneur : D^r Maurice ROY (Paris) ; M. Albert JOACHIM (Bruxelles) ; D^r FRISON (Paris).

Président : M. André BOUCHER (Paris).

Vice-Présidents : D^r HULIN (Paris) ; D^r James QUINTERO (Lyon).

Secrétaire Général : M. A. DEROUINEAU (Paris).

Secrétaire Adjointe : Mlle Yvonne NEVEU (Paris).

Après la lecture des lettres d'excuses de divers membres, M. le Président André BOUCHER donne lecture de l'allocution suivante :

Mes chers Confrères,

Avant d'ouvrir les séances de travaux scientifiques, permettez-moi, dans une brève allocution, de vous dire l'émotion que je ressens à présider la XIV^e Section du Congrès de la Victoire de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences.

En me désignant parmi mes collègues, dont certains par l'expérience, l'âge, la notoriété semblaient plus particulièrement indiqués pour remplir cette fonction, vous

(1) C'est à notre dévoué confrère, M. DEROUINEAU, Secrétaire Général de la Section d'Odontologie, que nous devons ce compte rendu du Congrès de l'A. F. A. S. et nous l'en remercions très vivement.

avez voulu m'offrir un témoignage de votre sympathie et croyez bien qu'en acceptant votre choix, j'ai été profondément touché par votre geste, et je vous en remercie très sincèrement. C'est également un grand honneur pour moi de succéder à MM. BAUDOUX, DUBOIS, RATON, FOURQUET, PONT, FRISON, ROY, pour ne citer que quelques-uns de mes éminents prédécesseurs.

En prenant mes fonctions, j'ai un triste devoir à remplir auprès de nos collègues membres de l'A. F. A. S., victimes de la barbarie nazie : c'est de les assurer de notre sollicitude, en les plaignant d'avoir eu à supporter le régime ignoble qui leur fut imposé. Certains ont pu revenir des camps, d'autres moins heureux dans cette épreuve dramatique tels que LUBETZKY, SCHATZMANN, FRAENKEL, dont nous sommes toujours sans nouvelles, nous laissent dans une incertitude pénible car nous devons encore espérer, hélas bien faiblement, qu'ils reprendront un jour leur place parmi nous.

Au moment de ranimer le flambeau, après les dures années que nous avons souffert, le Comité exécutif de notre section a demandé aux Docteurs ROY, FRISON et Albert JOACHIM de bien vouloir accepter une présidence d'honneur.

En votre nom à tous, permettez-moi de leur exprimer tout l'affectueux respect dont nous avons voulu les honorer, et de leur dire combien nous sommes heureux de leur acceptation.

Leurs trois grandes personnalités professionnelles unissent 1939 à 1945 en symbolisant la bonne et fidèle amitié franco-belge.

Depuis juillet 1939, date de son dernier Congrès, à Liège, l'Association française pour l'avancement des Sciences avait suspendu, en grande partie, son activité.

En reprenant ses travaux annuels sous le titre de Congrès de la Victoire et en choisissant Paris comme base de départ à son futur rayonnement, elle a voulu marquer la renaissance de son action scientifique.

Samedi dernier, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la haute présidence de M. le Prof. PIERON, du Collège de France, s'est déroulée une séance solennelle au milieu d'une grande affluence de personnalités françaises et étrangères. Cette inauguration ouvre les réunions qui vont avoir lieu dans les 24 Sections, dont les travaux vont permettre de développer encore les connaissances dans bien des domaines de la science française.

J'adresse, à cette occasion, au principal organisateur de cette série de manifestations, M. le Prof. VERNE, Secrétaire Général de l'A. F. A. S., qui a toujours eu pour notre XIV^e Section des attentions toutes particulières, dont nous le remercions, nos vœux les plus sincères de réussite pour la lourde tâche qu'il a entreprise.

Malgré les années de guerre qui viennent de se dérouler, la vitalité de notre pays n'a pas été détruite, nous sentons tous que l'oppression n'a pu entamer le potentiel scientifique de l'A. F. A. S. et nous en avons la preuve aujourd'hui.

Il est donc nécessaire de faire un bref bilan de cette période qui s'échelonne sur cinq années et de revoir rapidement l'activité de notre profession.

Si l'Odontologie continue toujours à se développer et à prendre une place importante dans la défense de la santé publique, c'est grâce au travail assidu qui fut effectué par tous les praticiens de l'art dentaire dans ces moments difficiles.

La marche de nos sociétés scientifiques françaises s'est trouvée notablement diminuée, mais chaque année, depuis 1940, une nouvelle progression était constatée sur l'année précédente.

Par suite de restrictions, d'ordre économique, quelques rares revues professionnelles ont pu continuer leur publication, entretenant très faiblement, de ci, de là, des contacts entre Paris et la Province.

De tous nos grands Congrès annuels d'avant guerre, seules les Journées Dentaires de Paris, dès novembre 1941, reprirent leurs travaux, sur un plan national extrêmement limité. Puis chaque année, la flamme s'avivait et en 1944, la Société des Chirurgiens-Dentistes Indépendants organisait, à son tour, un deuxième Congrès annuel français, à la veille de la Libération.

Ces organismes d'étude et de liaison, Ecoles dentaires, Sociétés scientifiques, Congrès annuels, Revues professionnelles, permirent à nos Confrères d'échanger entre eux des idées, des techniques nouvelles, d'adapter aux circonstances difficiles des méthodes de travail leur permettant d'assurer leur rôle dans la vie de la nation.

Tout en entretenant et en perfectionnant certains côtés de notre pratique courante nous avons dû nous astreindre à des modifications profondes dans la réalisation de nos travaux.

L'exécution de la prothèse fut conditionnée aux possibilités de trouver des substances prothétiques de remplacement pour suppléer à la raréfaction des dents, de l'or, dont nous faisions grand usage et du caoutchouc, dont l'emploi était courant dans nos laboratoires de prothèse.

Ceci créa un bouleversement assez important dans nos méthodes particulières

de travail et chacun s'efforça de s'adapter au mieux. Les résultats en furent divers et parfois fort controversés.

Que deviendront dans un avenir proche les métaux de remplacement avec leurs divers alliages, les gammes de résines synthétiques, quand nous aurons retrouvé la possibilité de nous procurer tous les produits dont nous estimons avoir besoin ?

J'ai l'impression que l'utilisation en sera beaucoup plus rationnelle, qu'elle s'appliquera à des cas bien déterminés et que les expériences successivement entreprises sous la pression des événements permettront d'envisager une amélioration de l'exercice de notre art.

Pour juger de la question, on ne peut rester uniquement sur le plan professionnel, il faut également tenir compte de l'état d'esprit de nos patients et surtout des déficiences causées par les restrictions alimentaires qui ont provoqué un bouleversement profond de leur organisme.

Nous pouvons, par nos connaissances et notre activité, aider à développer rapidement l'hygiène bucco-dentaire dans la famille française.

Ceci est un grave problème que l'on ne peut oublier d'envisager, au moment où le pays marque sa volonté de redressement et de développement.

Au cours de ce Congrès de la Victoire, le Comité Exécutif de notre Section d'Odontologie a voulu essayer de faire le point sur différents problèmes et le programme des travaux a été conçu pour répondre à cette idée.

Avec l'aide des membres du Bureau, nous avons groupé, autant que possible le même jour, des communications intéressant des *questions générales*, pouvant permettre une large discussion au sein de notre section.

L'emploi de cette formule, que nous espérons voir se généraliser pour les Congrès, permettrait d'apporter sur un sujet principal, au cours d'une même séance, diverses idées parfois opposées.

Malheureusement, cette année, le temps de préparation fut très court et les difficultés auxquelles nous nous sommes heurtés pour l'organisation, nous ont forcé à nous en tenir à un programme restreint supprimant même les démonstrations pratiques.

A propos d'organisation, permettez-moi de citer deux de nos collègues de bureau : M. DEROUINEAU et Mlle NEVEU, dont le dévouement a grandement facilité la besogne administrative toujours ingrate, je les en remercie bien vivement.

Je dois bien avouer que la présence, au mois de novembre prochain, du Congrès annuel des Journées Dentaires de Paris, en préparation depuis un an, me donna quelques inquiétudes, mais les encouragements de tous me facilitèrent la tâche.

Je tiens à souligner ici, le geste très confraternel de la Société Odontologique de France qui a bien voulu supprimer sa séance mensuelle de demain soir pour permettre à tous nos Confrères d'assister à nos travaux.

Les Conférenciers sollicités par nous, n'ont pas hésité à répondre à notre appel et même, pour certains, en dépit de conditions de voyage très difficile en ce moment.

Les Facultés de Province, les Ecoles Dentaires, les Sociétés, Groupements Scientifiques et même nos Amis Belges se sont efforcés de participer au regroupement de la Section d'Odontologie de l'A. F. A. S. en nous envoyant des délégations.

A tous, je souhaite une cordiale bienvenue.

Mes chers Confrères, je vous invite donc à travailler en commun pendant ces quelques jours, en apportant dans les discussions qui vont s'ouvrir, le fruit de votre expérience personnelle pour le plus grand bien de la science française et du succès de la XIV^e Section du Congrès de la Victoire.

Communication de M. le Dr LAURIAN. — *Un cas d'intervention à chaud au niveau d'un foyer apical.*

Le Dr LAURIAN relate un cas d'intervention à chaud, au niveau d'un foyer apical. Il s'agissait d'une mono-arthrite apicale aiguë de l'incisive latérale supérieure gauche, avec névralgie intense, s'accompagnant d'une mortification pulpaire, à rétro, de l'incisive centrale voisine. Cette infection apicale, dite en canon de fusil, nécessitait un traitement rapide : la cure chirurgicale, à l'encontre des cas généralement observés, fut pratiquée d'urgence, et, à chaud, avec d'excellents résultats.

Argumentateurs : MM. FOURQUET, GUICHARD, Dr ROY, CORNIOU et André BOUCHER.

Communication de M. le Dr Maurice ROY. — *Quelques considérations sur la pathogénie de la fistulisation des abcès alvéolaires (arthrites alvéolaires suppurées).*

L'auteur appelle l'attention sur les particularités anatomiques qui conditionnent les fistules cutanées. Il montre que celles-ci sont dues au fait que, par suite de dispositions anatomiques particulières, les perforations alvéolaires donnant issue au pus,

se produisent dans ces cas, *au delà* des insertions musculo-aponévrotiques de la face et non *en deçà* comme dans les fistulisations par voie vestibulaire. Il en résulte que le pus ne traverse pas les plans musculaires, ainsi que cela est généralement décrit, mais qu'il les déborde passant au delà de leurs insertions.

Le Dr ROY montre ensuite que, dans les fistulisations gingivo-cervicales, à moins qu'il y ait concomitance d'un abcès apical et d'un cul-de-sac pyorrhéique profond, comme dans les pulpites rétrogrades, le trajet fistuleux ne se fait pas entre la paroi alvéolaire et la racine, ainsi que cela est décrit dans des traités classiques, mais entre la paroi alvéolaire et la muqueuse et qu'il s'agit dans ces cas d'abcès *sus-périostés* susceptibles d'une guérison parfaite contrairement à l'opinion généralement admise.

Argumentateurs : Dr LAURIAN, M. André BOUCHER.

La séance du soir est ouverte à 21 heures, sous la présidence de M. André BOUCHER, qui, pour faire sa conférence, passe la présidence au Vice-Président, M. le Dr HULIN.

Communication de M. André BOUCHER. — *Observations sur un traitement rapide de dents infectées, effectué sur un enfant de 24 mois.* (Projections, dessins).

L'auteur expose le cas d'un enfant de 24 mois, qui a été présenté à sa consultation avec une nécrose pulpaire de l'incisive centrale gauche supérieure, donnant des complications : œdème de l'hémi-face gauche, allant jusqu'à la fermeture complète de l'œil.

Le traitement consista à faire l'ouverture large du canal, et quelques jours plus tard à obturer le canal complètement « après nettoyage et désinfection », par une pâte antiseptique, *sans aucun pansement intermédiaire*.

La destruction coronaire des autres incisives supérieures obligea l'auteur à répéter le même traitement à ces dents.

Il en tire plusieurs conclusions pour les enfants :

1° Le jeune âge et l'état nerveux d'un enfant ne sont pas des obstacles insurmontables pour lui appliquer un traitement dentaire rationnel ;

2° Il a acquis la certitude que l'emploi de pansements intermédiaires médicamenteux, complice inutilement le traitement des dents temporaires infectées, toutefois, il est indispensable de posséder une excellente radiographie ; et l'usage d'une pâte obturatrice ayant un pouvoir antiseptique atténué, est conseillé pour ne pas créer d'irritation médicamenteuse dans le voisinage des sacs folliculaires des dents de remplacement ;

3° La diminution appréciable du nombre de séances augmente nos chances de faire accepter à nos très jeunes clients les soins nécessaires, en évitant de lasser le peu de patience qu'ils nous accordent au début. Ceci ne peut que rendre nos efforts plus efficaces et faciliter la progression de l'hygiène bucco-dentaire dans la famille française. Mais ce dernier avantage ne pourra se généraliser dans ce domaine, que le jour où notre profession sera appréciée à sa juste valeur par l'ensemble du corps médical.

Argumentateurs : MM. FOULON (Belgique), GOLDSTEIN, PASCAL-DUBOIS, Dr HULIN, Dr LAURIAN.

MARDI 23 OCTOBRE

La séance est ouverte, à 10 heures, sous la présidence de M. André BOUCHER.

Communication de M. le Dr HULIN. — *La pyorrhée est-elle guérissable ?*

Le Dr HULIN rappelle les travaux de FAUCHARD, BOURDET, OUDET..., qui décrivent si bien la pyorrhée alvéolo-dentaire et honorent toujours la science française. Il s'oppose à la dénomination de « Parodontose » des auteurs étrangers, qui amène une confusion du diagnostic, au point que la conception du Parodontium fait, de la pyorrhée, une atrophie alvéolaire.

Il décrit et donne son nom à la *Parodontose atrophique sénile* et la *Parodontose atrophique juvénile*, qui n'ont rien à voir avec la pyorrhée.

Il fait le diagnostic différentiel contre les deux atrophies et les a séparées en deux catégories distinctes.

L'une est une atrophie physiologique due à l'âge ;

l'autre est une atrophie pathologique du jeune âge.

Ces deux atrophies évoluent pour leur compte et peuvent ne jamais présenter de cryptes, de poches ou clapiers suppurants.

Il ne faut pas confondre la courte période inflammatoire qui précède habituellement la chute de la dent, avec l'état chronique suppuratif et le décollement progressif du ligament qui constitue la lésion pathognomonique de la *Parodontose pyorrhéique*.

Cette lésion qui creuse une cavité virtuelle sur la périphérie de la racine représente l'élément indispensable pour poser le diagnostic de maladie *pyorrhéique* ou *pyorrhée alvéolaire*.

Cette lésion « la Cryptulie » évolue indépendamment des deux atrophies précédemment décrites et apparaît autour des dents lorsque les conditions pathogènes spéciales

sont requises, c'est-à-dire lorsque l'état général présente des caractères pathologiques spéciaux. Cet état général se retrouve dans l'asthme, l'urticaire, la prurit, dans tous les états d'instabilité humorale.

La lésion, sorte d'émonctoire, se développe chez les « surchargés humoraux ».

A cette lésion spécifique de début viennent s'ajouter les complications dues au microbisme ambiant, les troubles de la fonction mécanique.

Elle est phagédénique, lente et progressive et dure tant que la dent est présente.

Elle disparaît lorsque la dent, qui forme une paroi de la cryptulie, disparaît.

L'organisme cherche alors à éliminer, par ailleurs, les substances albuminoïdes activées qui s'éliminaient par cette sorte de « séton ». Les reins, l'intestin, la peau, prennent en charge l'élimination qui se faisait au niveau de l'amygdale gingivale.

C'est la *parodontose pyorrhéique* ou *pyorrhée alvéolo-dentaire*, qui est guérissable.

Lorsqu'elle est guérie, seule subsiste et continue l'atrophie sénile due à l'âge, qui elle, est sans traitement, alors que l'on peut arrêter l'évolution de la pyorrhée et de l'atrophie juvénile par un traitement approprié.

Ainsi mise en évidence et différenciée des états concomitants, la Parodontose peut être traitée et guérie.

Argumentateurs : MM. Jacques FILDERMAN, D^r ROY, Prof. BELTRAMI, D^r DELIBÉROS.

Communication de M. le D^r Francis BELTRAMI. — *Considérations biologiques sur « la mandibule chez l'homme »*. Conférence faite par le Prof. Géo BELTRAMI, à la place de son fils absent.

Le corps de la mandibule est composé de divers os tout à fait différents, par leur origine, leur évolution et leur pathologie.

Une partie basale, d'origine complexe qui existe chez le fœtus, chez l'adulte, et chez l'édenté, et une partie appelée par les anthropologistes, os alvéolaire, d'origine purement dentaire, qui selon la formule du Prof. BELTRAMI, « naît avec la dent, vit avec la dent, et disparaît après la dent ».

Ces deux os, ne sont pas chez l'homme complètement inséparables ; l'os alvéolaire surplombe l'os basal dans la région incisive et surtout dans la région molaire où les dents sont en corbellement. Cet os alvéolaire est nettement isolé au point de vue anatomique par un ensemble « ligaments-musculaires ».

Le ligament ptérygo-maxillaire donne insertion sur sa lèvre externe au buccinateur et sur sa lèvre interne au constricteur supérieur du pharynx qui, continué par le mylo-hyoïdien forment une vraie corolle musculaire qui isole l'os alvéolaire que le D^r Francis BELTRAMI, propose d'appeler l'os dentaire. (*Thèse, Marseille, juin 1945*).

Argumentateurs : MM. D^r ROY, FOURQUET, D^r HULIN.

M. FOURQUET, au nom des Congressistes, adresse sa sympathie au D^r Francis BELTRAMI, victime des brutalités nazies.

La séance du soir est ouverte, à 21 heures, sous la présidence de M. André BOUCHER.

Communication de M. le Prof. Géo BELTRAMI. — *La mélanodontie infantile*.

Le Prof. Géo BELTRAMI décrit sous le nom de Mélanodontie infantile, un mode particulier atypique de désintégration des dents temporaires, caractérisé anatomiquement par une disposition primitive de zones d'email, laissant à nu l'ivoire qui, par altération s'use et disparaît secondairement.

Cliniquement, par l'apparition sur les faces vestibulaires des dents supérieures principalement, de taches noirâtres envahissant circulairement la couronne qui finit par disparaître, laissant à fleur de gencive des moignons généralement obturés par l'ivoire hyperdensifié.

Ces lésions dentaires d'apparition nouvelle dans la pathologie, ont été confondues, avec les caries dentaires typiques des dents permanentes.

Ce ne sont pas des caries.

L'étiologie n'est pas connue. Le Prof. BELTRAMI, en fait le résultat d'un déséquilibre nutritionnel à prédominance carence C, mais ce qu'il y a de certain, c'est que ce n'est pas d'origine syphilitique.

Argumentateurs : MM. SUDAKA, MONTEIL, SEIMBILLE, A. BOUCHER, MACARY.

Communication de M. Jacques FILDERMAN. — *Qui a découvert l'anesthésie ?*

C'est à Horace WELLS, que revient la gloire, tout le monde le sait, d'avoir le premier pratiqué une extraction sous anesthésie. Il a donc droit à toutes les priorités.

Mais, il est un autre de nos confrères, William MORTON, dont la part prise à la découverte de l'anesthésie, a aussi, une grande importance.

Car si Horace WELLS, est celui qui a introduit l'anesthésie dans la chirurgie dentaire, le dentiste MORTON, est celui qui a introduit l'anesthésie dans la grande chirurgie, en ce mémorable jour du 16 octobre 1846, lorsque, grâce à lui, pour la première

fois, un homme a été opéré sans douleur, en présence d'un grand nombre de médecins et d'étudiants.

Ce fait a été consacré par l'Académie des Sciences de Paris, par l'attribution du prix Montyon, 1847-1848, avec la mention suivante :

A M. JACKSON, pour ses observations et ses travaux sur les propriétés de l'éther.

A M. MORTON, pour avoir introduit la méthode inhalatoire dans la chirurgie pratique.

La découverte de l'anesthésie est donc essentiellement une découverte des dentistes, et c'est ce qu'il importe de souligner à l'occasion du centenaire de cette grande découverte, tout en rendant justice à la mémoire de MORTON, dont le nom a trop souvent été laissé dans l'oubli.

Argumentateurs : MM. HENRI VILLAIN, Prof. BELTRAMI.

MERCREDI 24 OCTOBRE

Conférences du Comité d'hygiène bucco-dentaire

La séance est ouverte à 10 heures, sous la présidence de M. le Dr ROY.

Communication de M. CORNIOU. — *L'hygiène dentaire en France : hier et aujourd'hui.*

On ne saurait nier que la France soit en retard en matière d'hygiène et de prophylaxie bucco-dentaires, sur de nombreux pays, grands et petits.

Pourtant, on trouve la preuve, dans de nombreux textes des XVIII^e, XVIII^e et XIX^e siècles, que les chirurgiens-dentistes d'autrefois préconisaient une hygiène buccale en rapport avec les connaissances scientifiques de leur temps, et surtout la surveillance systématique de l'état bucco-dentaire des enfants.

La première tentative durable de coordination des efforts des hygiénistes fut réalisée par F. FERRAND, en 1922, par la création de la Société d'hygiène dentaire de France, à laquelle succéda, en 1934, le Comité National d'hygiène et de prophylaxie bucco-dentaires.

Cet organisme professionnel est chargé officiellement par les pouvoirs publics, de la propagande d'hygiène dentaire en France et son action s'exerce par l'intermédiaire des Comités départementaux d'hygiène bucco-dentaire, qui ont en particulier, la charge d'organiser les inspections dentaires scolaires. Ces inspections fonctionnent déjà en de nombreux points du territoire, les pouvoirs publics semblent disposés à les rendre obligatoires.

L'action de propagande du Comité National s'est exercée par le tract, l'affiche, la brochure, la presse, la conférence, la radio, le cinéma ; son effort d'éducation et de documentation a porté plus spécialement sur les enfants dans l'école même, les membres du corps enseignant, les assistantes sociales, par des distributions d'images, de brochures, et par des conférences accompagnées de films.

Il importe que les praticiens, comme dentistes conférenciers ou dentistes inspecteurs des écoles, et l'Etat par ses subsides, lui permettent d'agir vite et en profondeur, pour le plus grand bien de la Santé Publique.

Argumentateurs : MM. MONTEIL, Dr NESPOULOS, GINGOLD, BESOMBE, THIL, RIOLLAND, le Préfet LÉON.

Communication de M. DEHILOTTE. — *Une expérience d'enseignement et de dépistage en Province.*

L'auteur expose l'organisation des Conférences en Province qui consiste à l'éducation d'hygiène bucco-dentaire dans les écoles — particulièrement dans les Basses-Pyrénées et les Landes. — Il rappelle les résultats acquis qui sont d'ordre prophylactique.

Le Comité Départemental d'hygiène dentaire des Basses-Pyrénées s'est adjoint le concours des Instituteurs et Institutrices des départements qui reconnaissent dans des rapports, l'utilité de la propagande d'éducation sanitaire et dentaire.

Au point de vue dépistage, il expose l'organisation des inspections scolaires sur le plan national, départemental et régional.

Communication de M. FREY. — *Une expérience d'enseignement et de dépistage dans la région parisienne.*

I. — Définition du potentiel biologique de la nation qui est un des éléments du potentiel économique de cette nation.

Rôle du corps médical dans l'économie générale d'un pays.

Influence de l'hygiène générale et place de l'hygiène bucco-dentaire dans l'hygiène en général.

II. — Rôle du Comité d'hygiène bucco-dentaire national, définition de sa doctrine « éducation et dépistage ».

III. — Un exemple de cette double action « éducation et dépistage » pris dans une grande agglomération de banlieue comprenant divers milieux sociaux. Avec des

statistiques tenues à jour depuis quelques années et montrant de façon évidente à quel résultat l'on arrive par cette action.

IV. — Considérations de ces résultats :

a) *Positifs* : Enfants que cette action a conduit vers le cabinet du praticien. C'est le plus grand nombre ;

b) *Négatifs* : Détermination des causes d'échecs, âge..., milieu social..., causes diverses.... Définition des moyens à employer pour rendre effectifs les soins dentaires sur cette partie de la population infantile. Obligation ? Moyens de coercition ? C'est le plus petit nombre, et ce sont les très jeunes.

Conclusion à tirer sur le plan national.

Communication de M. LOISIER. — *L'avenir de l'hygiène dentaire sociale en France.*

Dès le début de son exposé, l'auteur pose en principe, que nous sommes en train de vivre une évolution de l'idée sociale caractérisée par la protection de la santé de l'individu. Il pense que, sous réserve de certains aménagements, la communauté ne peut que trouver des avantages dans cette évolution.

L'idéal serait, en ayant préalablement introduit l'idée d'obligation de parvenir à soigner l'ensemble des individus. Vouloir atteindre ce but en une seule étape, serait parfaitement utopique. Il y a donc lieu d'essayer d'y parvenir en trois phases : d'abord la population scolaire, puis les indigents, assistés et économiquement faibles, enfin l'ensemble de la collectivité. L'auteur donne les raisons techniques pour lesquelles cette décision devrait, selon lui, être adoptée. Les moyens d'arriver à ce but sont, soit l'utilisation de la Profession telle qu'elle est organisée actuellement, soit la création de cliniques, avec fonctionnarisation de nombreux confrères, soit un système mixte utilisant les cabinets existants et créant certains centres de soins collectifs. C'est à ce dernier mode d'action que l'auteur pense qu'il faut avoir recours étant donné le nombre de praticiens et les difficultés économiques actuelles. Il propose enfin la création d'un certain nombre d'organismes nationaux consistant en deux Directions générales, l'une, Direction générale de l'hygiène bucco-dentaire, faisant la liaison entre les Ministères de la Santé Publique et de l'Education Nationale, et comprenant trois sous-directions : a) sous-direction de recherches et améliorations techniques ; b) sous-direction de l'éducation, du dépistage et des soins bucco-dentaires ; c) sous-direction de l'administration et du personnel ; l'autre, au Ministère du Travail, Direction nationale du Contrôle.

Il demande, dans chaque département, la création, à côté du médecin inspecteur d'hygiène, d'un poste de dentiste inspecteur d'hygiène et de certains centres d'odontostomatologie, complétés, si besoin est, par des voitures automobiles.

Il pense que l'on pourrait arriver à une simplification administrative en établissant, en accord avec les dirigeants professionnels et les ministères intéressés un tarif unique pour tous les ayants-droits, quels qu'ils soient, une ventilation étant ensuite assurée par les soins des A. S.

Comme il ne saurait être question de faire subir les charges nouvelles inhérentes à ces services, par la seule profession dentaire, l'effort nouveau demandé au praticien pourrait être reconnu partie par l'exonération des impôts professionnels, partie par la création d'une caisse de retraites.

ARGUMENTATEURS : M. le Dr ROY, félicite les auteurs qui ont apporté leurs expériences, chacun dans leur milieu, et en particulier, M. LOISIER, qui a fait un rapport sur l'organisation des soins ; prennent ensuite part à la discussion : MM. GUINAT, RIOLLAND, Dr AUDY, Dr NESPOULOS, BUDIN, FREY.

A 15 heures. — *Conférence d'intersections*, sous la présidence de M. le Prof. Jean VERNE.

Communication du Dr DECHAUME. — *Dents et alimentations.*

L'auteur envisage seulement le rôle de la composition des aliments sur la pathogénie de la carie.

Il rappelle les notions classiques en cours avant la guerre, en particulier, le rôle des aliments protecteurs (substances minérales et vitamines). Mais, déjà à cette époque, quelques auteurs (NEWTON, HUGELMANS, BOITEL), avaient souligné l'heureuse influence d'un régime alcalin sur la fréquence de la carie.

M. DECHAUME donne ensuite le résultat d'une enquête qu'il a poursuivie aux *Enfants Assistés* : en 1942, 13 % des enfants sans carie ; en 1945, 44,8 %. De plus, les enfants nés depuis 1940, présentent moins de carie qu'avant la guerre.

Pour l'auteur, étant donné que jamais l'hygiène buccale n'a été plus déplorable en raison de la pénurie ou de la mauvaise qualité des brosses à dents et des dentifrices, la cause de cette moindre fréquence de la carie ne saurait être locale. Peut-être faut-il retenir l'heureuse influence du régime alcalin, la suppression de l'alcool, des conserves et des sucreries, la plus grande régularité des repas sans collations fragmentaires.

D'autre part, avec VISCONTINI et M. MARIE, le Dr DECHAUME a fait des mesures

du pH salivaire et du pouvoir tampon chez 300 sujets ; d'où il ressort que le pH salivaire et le pouvoir-tampon de la salive sont remarquablement constants chez un individu en bonne santé ; ils ne sont pas en rapport avec la présence de caries dentaires et ne se modifient que sous l'influence de troubles profonds du métabolisme général tels que : la grossesse ou des états fébriles.

De nombreux travaux Anglo-Saxons confirment cette opinion et le D^r DECHAUME de conclure qu'il est important de retenir les faits suivants :

On se préoccupe trop de savoir quelles sont les déficiences alimentaires responsables de la carie, pas assez de connaître les aliments qui, par leur excès la favorisent.

Le mythe de la décalcification, cause de caries, doit être abandonné. Il ne faut plus, en particulier, continuer à s'illusionner sur la valeur thérapeutique des sels de calcium.

Les vitamines n'ont pas une efficacité absolue.

L'action du fluor est encore à contrôler.

Le rôle d'un régime alcalinisant semble particulièrement efficace.

L'influence néfaste du sucre artificiel est indiscutable, moins par le mécanisme d'une action locale que par l'intermédiaire de perturbation du métabolisme général.

Le danger de l'alcool paraît certain.

La régularité des repas doit être surveillée.

En raison de ces incertitudes, il faut abandonner, du moins actuellement, pour la carie comme pour la plupart des maladies d'ailleurs, l'ambition de réaliser par un seul traitement général une prophylaxie certaine. Nous devons encore nous efforcer d'assurer un diagnostic et un traitement précoce local ; et pour ce dernier, il faut retenir que la carie est certainement une maladie de cause interne, dont la thérapeutique locale ne doit plus être exclusivement prothétique (obturation), mais devenir médicale, biologique, si l'on veut escompter des résultats efficaces et durables, qui assurent la conservation de la denture.

Argumentateurs : MM. le Prof. BELTRAMI, D^r NESPOULOS, RIOLLAND, André BOUCHER, D^r ROY, M. GUICHARD, SEIMBILLE, RIOLLAND.

La séance du soir est ouverte, à 20 h. 30, sous la présidence de M. André BOUCHER.

Communication de M. GINGOLD. — *Réflexions sur la propagande d'hygiène bucco-dentaire auprès de la clientèle et des collectivités sociales.*

Il est souhaitable et logique, que les progrès scientifiques et techniques de l'art dentaire, soient parallèlement suivis et renforcés par une propagande d'hygiène bucco-dentaire, c'est-à-dire d'une vulgarisation à base scientifique qui doit être l'instrument d'avant-garde et un moyen d'orientation et d'acheminement du public vers un comportement sanitaire ou préventif ou curatif approprié.

Pour être effective et complète, la propagande doit être adoptée en vue d'atteindre les divers milieux et les différentes catégories de personnes intéressées à l'aide de méthodes multiples et variées, simples ou associées (tracts, brochures et notices, conférences de documentation sanitaire éducative, etc...).

L'action documentaire instructive d'hygiène bucco-dentaire peut se propager par :

1° Les milieux scolaires, pour joindre les élèves et leurs parents ;

2° Les organismes médico-sociaux des travailleurs ;

3° Les centres médico-sociaux réservés aux femmes en état de gestation ou allaitant, syphilitiques, tuberculeux, malades ayant à subir sous anesthésie générale une intervention chirurgicale ;

4° Les chirurgiens-dentistes et les praticiens privés, qui sont consultés par toutes les catégories de personnes, enfants, adolescents, adultes, etc... ;

5° Les firmes de fabrication et de vente de produits d'hygiène dentaire (pâte ou élixir dentifrices, brosses à dents, etc...), dont la publicité pourrait être orientée sous la forme éducative et s'adresser à un vaste public.

En conséquence, il apparaît qu'une action d'organisation coordonnée et complète, doit être étudiée et expérimentée dans les différents milieux, établissements ou centres médico-sociaux intéressés. Il serait avantageux de pouvoir diffuser un tract dépliant de format carte-lettre comportant au maximum 4 à 7 pages de texte, exposant les causes principales, les manifestations, les complications buccales et générales de la carie dentaire (avec dessin sommaire explicatif). Les remèdes préventifs et curatifs à la disposition du public. Les avantages sanitaires, économiques et sociaux de l'hygiène bucco-dentaire.

L'orientation sanitaire convenable de toutes les catégories du public peut être heureusement encouragée par une propagande appropriée.

Mais il est certain que quelle que soit la forme et les efforts de la publicité d'hygiène bucco-dentaire, celle-ci ne pourra atteindre toute son efficacité que dans la mesure où les notions éducatives pourront souligner, un jour, que les différents organismes professionnels ont demandé et pu obtenir des Assurances Sociales pour les

ayants-droit, le remboursement intégral d'une visite d'hygiène bucco-dentaire préventive annuelle chez les praticiens de leur choix.

Argumentateurs : MM. André BOUCHER, BERTET-BOREL, CORNIOU.

Communication de M. ROGER. — *Nécessité de la rééducation respiratoire au cours du traitement orthodontique et perfectionnements apportés aux appareils à plaque.*

Le conférencier soumet à la discussion, la proposition des trois « lois » concises, codifiant les indications respectives de l'appareil à plaque et de l'arc sur bagues, au cours du traitement orthodontique.

Il expose ensuite :

1^o La nécessité d'intégrer la rééducation respiratoire au traitement orthodontique ;

2^o La possibilité d'améliorer grandement les appareils à plaque en inversant le monobloc, et en adoptant le moteur en ressort de 25/100^e sur guides fins noyés dans l'épaisseur des plaques ;

3^o Enfin, et surtout la nécessité impérieuse de *toujours dégager le sommet* de la voûte palatine dans toutes les plaques orthodontiques, si l'on veut faire de la correction de la voûte ogivale autre chose qu'un objectif théorique.

Argumentateurs : MM. GOLDSTEIN, D^r LECLERC, André BOUCHER, MONTEIL, LERICHE.

JEUDI 25 OCTOBRE

La séance est ouverte, à 10 heures, sous la présidence de M. le D^r FRISON.

Election des membres du Comité Exécutif de la Section. Sont élus : MM. les D^{rs} ROY, FRISON, MM. FOURQUET, DUBOIS, DELARRAS, H. VILLAIN, WALLIS-DAVY, D^r QUINTERO, PERROT (Lyon).

Election du Président de la Section pour 1946. Le D^r HULIN fut élu à l'unanimité.

Communication de M. BOURGOIN. — *Considérations générales sur les résines synthétiques employées en prothèse dentaire.*

L'auteur expose ses considérations sur les résines synthétiques utilisées en prothèse dentaire suivie d'un développement comparatif de certaines résines synthétiques françaises et étrangères, en justifiant l'effort de notre production dans ces matières plastiques. Les qualités physiques, chimiques et bio-mécaniques de cette réalisation. Les progrès réalisés depuis les dix dernières années dans ce domaine.

Communication de M. Robert DUPONT. — *Technique des bridges en céramique.*

Après avoir fait l'historique rapide de sa technique antérieure pour les bridges de porcelaine, l'auteur décrit une nouvelle méthode consistant en une armature de fils de platine irridiés renforçant la selle métal-céramique. Il donne successivement les indications des bridges sur dents vivantes, puis sur dents dépulpées et termine par l'exposé de la technique des bridges à fausses racines en porcelaine.

Il illustre sa communication par la présentation d'un malade et de nombreuses gravures.

Argumentateurs : MM. D^r Gérard MAUREL, D^r ROY, FOURQUET, NEUFNSCWANDER.

La séance du soir est ouverte, à 10 h. 45, sous la présidence de M. Albert JOACHIM (Bruxelles).

Allocution de M. le D^r Albert JOACHIM, remerciant les Congressistes de l'avoir élu président d'honneur de la Section d'Odontologie pour 1945.

Communication de M. RIVAUT. — *Technique d'utilisation des alliages inoxydables à couler en prothèse.*

Dans cette question il englobe les aciers inoxydables et les nickels chrome.

Après quelques considérations biologiques, l'auteur fait remarquer que les alliages inoxydables ne peuvent pas encore remplacer l'or, et indique que ces prothèses ont un emploi restreint du fait de l'uniformité de l'alliage employé. D'autre part, leur dureté exagérée, limite leurs emplois, et les ancrages sur dents vivantes, sans être impossibles, sont difficilement réalisables.

D'une façon générale, les qualités des alliages inoxydables permettent de satisfaire les conditions mécaniques, rarement les conditions biologiques, et dans bien des cas des réalisations esthétiques, mais avec moins de précision qu'avec les alliages d'or.

Après un exposé sur les différents métaux inoxydables les revêtements, l'outillage, l'auteur passe ensuite à la partie de technique pure. Il indique pour les différents procédés d'exécution la méthode de choix dans :

La prothèse fixe. — Couronne coulée, Richmond, Richmond demi-bague, Bridge simple en forme d'arche, Bridge dont la travée est habillée de : facettes à glissières genre Steels, de dents traponctics, de dents à tube genre dowels ; Ponts segmentés,

Ponts de contention (inlay de raccordement avec clavettes), Exécution d'un bâti demi-bague pour transformer une dent à tenon simple en demi-bague.

La prothèse amovible. — Après avoir présenté quelques cas de prothèses décolletées, il conclut que, pour les prothèses amovibles, les alliages inoxydables coulés constituent des plaques-bases remarquables étant donné leur grande résistance mécanique (rigidité).

Les crochets seront constitués par des fils ronds agissant en rupteur de force, et ne seront pas soudés mais investis dans la matière plastique. Les barres cingulaires et étais occlusaux seront évités par suite de la grande dureté du métal (action scoliodontique sur l'émail).

Il présente ensuite une télescope exécutée en Rémanit, permettant d'envisager la construction de bridges amovibles.

D'une façon générale, l'auteur de cet exposé a résumé les progrès réalisés et tous ceux qui seraient à accomplir pour satisfaire les praticiens, qui ne se contentent pas des seuls résultats mécaniques, mais cherchent à maintenir intact l'intégrité tissulaire.

Argumentateurs : MM. H. VILLAIN, Albert JOACHIM.

Communication de M. VIDAL. — *De l'avenir de la prothèse en acryliques dans notre profession.*

Pour nous, dentistes, qui sommes restés sans communications avec le reste du monde extérieur pendant quatre ans, l'armée américaine nous a ouvert des horizons dont nous étions bien loin.

Ayant eu le privilège de faire un voyage en Angleterre, j'ai pu voir le travail qui avait été fait dans les pays anglo-saxons durant cette période.

Pour nous, dentistes, la chose la plus importante a été l'essor prodigieux donné aux substances plastiques, en particulier « les résines acryliques ». Je vous ferai simplement un aperçu des possibilités que ces substances peuvent donner dans notre activité prothétique.

- a) *Base* ;
 - b) *Dents* : 1. dents pour dentiers ; 2. dents pivots ; 3. Jackets Crown, dent vivante ; 4. incrustations ;
 - c) *Inlays* ;
 - d) *Prothèse* : amovible, base, dent acrylic ; amovible, or, dent acrylic.
- Bridges* : dents armées, Pontopin ; dents interchangeables ; bloc acrylic, bridge complet.

Avantages. — Les avantages sont énormes au fauteuil. Le dentiste peut préparer par la méthode d'empreinte directe, un travail qui sera exécuté très facilement à l'atelier ; maintenant, s'il veut travailler par une méthode classique d'empreinte indirecte, le travail du mécanicien n'en sera pas tellement plus difficile.

Néanmoins, bien que la technique en soit simple, il ne faut pas la traiter à la légère, car c'est de cela que dépendra la dureté et la qualité du travail.

Inconvénients. — *Usure.* L'usure des travaux en acrylic, dépend, d'une part de la qualité de l'acrylic employée et d'autre part, du soin apporté à la confection du travail.

Il est incontestable que le ciment employé avec les travaux en résine acrylic, n'est pas tout à fait au point ; mais je ne doute pas que, dans un avenir très proche, les recherches des techniciens ne donnent un ciment tout à fait adapté à la prothèse acrylic.

Pour terminer, je tiens à signaler qu'il y a un avenir énorme pour notre profession avec cette nouvelle matière, et quand elle aura fait ses preuves nous aurons là une substance de choix qui nous rendra les plus grands services.

VENDREDI 26 OCTOBRE

A 15 heures. — *Séance solennelle de clôture et Assemblée Générale*, au Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris, sous la présidence de M. PIÉRON, Professeur au Collège de France.

Conférence de M. le Doyen CHOLLEY. — *Structure agraire et habitat rural.*

Assemblée Générale. — Présentation de plusieurs vœux.

Le prochain Congrès de l'A. F. A. S., aura lieu à Nice, en 1946, avec le *Congrès International de la Recherche Scientifique*.

Après le vote des Rapports du Secrétaire Général et du Trésorier, conférence de M. JACOBSON. — *La conquête des têtes de Pont de l'Atlantique.*

Le Président clôture les travaux en félicitant les Conférenciers qui tous honorent la Science Française.

A. DEROUINEAU.



OSCAR AMOEDO (1863-1945)

NÉCROLOGIE

DOCTEUR OSCAR AMOEDO (1863-1945)

C'est avec le plus profond regret que nous avons appris la mort du Docteur Oscar AMOEDO, l'un de nos plus distingués confrères et l'un des doyens de la profession qui vient de mourir à Toulouse à 82 ans.

Né à Matanzas (Cuba) en 1863, il avait fait ses études à la Havane, puis à New-York, et exerça d'abord à Cuba. Délégué par le Gouvernement et la Société Odontologique de La Havane au premier Congrès International qui se tint à Paris en 1889, il se fixa alors à Paris où il exerça jusqu'à ces dernières années.

Démonstrateur en 1889 à l'Ecole Odontotechnique, il fut ensuite nommé professeur suppléant, puis professeur titulaire en 1895, fonction qu'il remplit durant quinze années. Entre temps, AMOEDO entreprit ses études médicales et fut reçu Docteur en Médecine en 1898. D'une activité remarquable, Oscar AMOEDO, outre la collaboration qu'il a apportée aux différentes sociétés professionnelles, a participé à peu près à tous les Congrès français et étrangers qui se sont tenus dans le monde depuis 1889, y présentant des travaux sur presque toutes les questions relatives à notre art ; nous ne pouvons en donner la liste complète, ne disposant pas de la place nécessaire pour cela, nous nous contenterons d'en citer les principaux.

L'implantation des dents qui avait été déjà tentée au XVIII^e siècle et qui avait été reprise par YOUNGER à la fin du XIX^e, a rencontré en AMOEDO un ardent protagoniste ; il a fait sur ce sujet de multiples communications qu'il a rassemblées en 1906 au Congrès International de Médecine de Lisbonne dans un travail intitulé : *Vingt ans d'existence avec les implantations dentaires*. Le mécanisme de l'articulation temporo-maxillaire et la question des articulateurs physiologiques en prothèse dentaire est un des sujets qui l'ont particulièrement occupé et, de 1899 à 1922, il a fait de nombreuses communications sur ce sujet, ayant lui-même construit plusieurs modèles d'articulateurs anatomiques ; ses travaux sur cette question sont parmi les plus remarquables. Il avait rassemblé une très belle collection des divers articulateurs anatomiques imaginés depuis BONWILL par de nombreux auteurs, il en a généreusement fait don au Musée de l'Ecole Dentaire de Paris où elle figure en bonne place dans les vitrines du Musée Pierre Fauchard.

A la suite de la catastrophe du Bazar de la Charité en 1897, AMOEDO avait eu l'occasion de participer à l'identification de plusieurs cadavres des victimes dont le corps avait été rendu méconnaissable par le feu ; ceci l'amena l'année suivante à consacrer sa thèse inaugurale de docteur en médecine à *l'Art Dentaire en Médecine légale*, gros volume de 608 pages, qui a apporté une contribution des plus importantes à la médecine légale. Outre l'identification des cadavres par leurs dents, l'auteur y étudie les différentes questions médico-légales sur lesquelles le dentiste peut être appelé à se prononcer à titre d'expert. L'importance de cet ouvrage est soulignée par ce fait qu'il a été, peu après sa publication, traduit en allemand, en italien, en anglais et en espagnol.

Le Professeur POIRIER, qui avait pu apprécier la compétence du D^r AMOEDO, notamment dans l'identification des restes de Louis XVII (1894), lui confia la rédaction du chapitre *Dents* de son *Traité d'Anatomie humaine* (Paris 1900), chapitre où il donna une description tout à fait précise des dents avec leurs plus légères particularités et qui constitue un modèle parfait de cette anatomie spéciale. Ce chapitre du *Traité* de POIRIER fut la base d'un *Traité d'anatomie des dents et de la bouche* qu'AMOEDO publia en espagnol (1899) et qui eut le plus grand succès dans tous les pays de langue espagnole.

Très ingénieux, AMOEDO, outre les articulateurs dont nous avons déjà parlé, créa divers instruments dont nous citerons particulièrement la pince Collège, universellement employée, de même que divers écarteurs des lèvres fort bien adaptés à leur usage sans compter des pinces, seringues, etc...

Par ces quelques trop courtes données, on a une idée de la contribution si importante apportée par le D^r Oscar AMOEDO à l'œuvre professionnelle que nombre de sociétés étrangères avaient reconnu en le nommant membre d'honneur de leur compagnie.

Décoré de divers ordres espagnols, portugais, vénézuélien, AMOEDO était Officier de l'Instruction Publique et avait été en 1924 fait Chevalier de la Légion d'Honneur. Il laissera dans toutes nos sociétés professionnelles le souvenir d'un grand travailleur,

dispensant très libéralement le fruit de ses connaissances étendues sur nombre de sujets, en même temps que celui d'un homme d'une grande courtoisie. Tous les confrères se doivent de rendre un grand hommage à une vie si largement remplie.

Tant au nom du Groupement de l'Ecole Dentaire de Paris auquel il appartenait depuis 1889, qu'en mon nom personnel, j'adresse ici un dernier adieu et un bien sincère témoignage de reconnaissance à Oscar AMOEDO qui a grandement honoré notre profession où il ne laisse que des regrets de la part de tous ceux qui l'ont connu. Il laisse trois enfants dont un fils, notre confrère Antoine AMOEDO dont on sait la grande activité qu'il déploie au service de nos diverses sociétés. Nous leur adressons nos plus vives condoléances avec l'expression de notre douloureuse sympathie.

Maurice Roy.

NOUVELLES

Légion d'Honneur. — Nous avons appris avec plaisir la nomination au grade de Chevalier de la Légion d'Honneur de notre confrère Henri Casalis, avec la citation suivante :

- « Casalis Henri, Chef de Bataillon d'Infanterie,
- « Déjà cité pour sa brillante conduite pendant la guerre de 1914-1918, de nouveau cité en 1940 alors qu'il était officier de liaison auprès de l'Armée Britannique.
- « A volontairement repris du service en septembre 1944, à la Mission Militaire Française de Liaison auprès de l'Armée Américaine comme Chef de Détachement de liaison auprès de Chanor Base ; y a accompli un gros travail en faveur des populations françaises sinistrées, notamment au Havre et, par son dévouement, a contribué à l'amélioration matérielle et morale d'une situation délicate.
- « A rendu des services exceptionnels grâce à ses qualités de diplomate et à sa large compréhension du rôle d'officier de liaison français. »

Nous sommes heureux de cette nomination qui vient récompenser notre confrère des services qu'il a rendus pendant l'occupation à la Commission des Prisonniers du Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, en qualité de membre, puis de Secrétaire de la Commission et à la Croix Rouge.

Il a été également décoré de la « Bronze Star Medal » Américaine.

FISCALITÉ

Nous relevons au *J. O.* du vendredi 16 novembre 1945 : Annexe à l'Ordonnance n° 45-2522 du 19 octobre 1945, relative aux impôts directs et aux taxes assimilées perçus au profit des départements, des communes et de divers établissements publics dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle :

Cabinet dentaire (Tenant un) :

Droit fixe :

	Taxe déterminée	Par opérateur salarié	Par autre salarié
Communes :			
De plus de 80.000 habitants.....	100	100	40
De 25.001 à 80.000 habitants.....	60	60	30
De 25.000 habitants et au-dessous.....	40	40	20
Chirurgien-Dentiste ou Médecin-Stomatologiste :			
Droit fixe :			
Communes :			
De plus de 80.000 habitants.....	100	100	40
De 25.001 à 80.000 habitants.....	60	60	30
De 25.000 habitants et au-dessous.....	40	40	20

- « Le droit fixe est réduit de moitié pour l'année au cours de laquelle le praticien a déposé pour la première fois son diplôme à la Préfecture et pour les deux années suivantes, ainsi que pour les années suivant celle au cours de laquelle le praticien a atteint l'âge de soixante-cinq ans.

« Lorsque des chirurgiens-dentistes ou des médecins-stomatologistes travaillent en association, chacun d'eux est personnellement redevable de la taxe déterminée, de la taxe par salarié d'après la totalité du personnel salarié employé en commun et du droit proportionnel sur la valeur locative totale des locaux. »

Livres reçus. — Brochure (Extrait des *Annales de Médecine sociale*, cahier n° 7, mai 1945) contenant l'analyse du livre de M. Jean Walter, architecte des Facultés de Médecine de Paris, Lille et Ankara : *Renaissance de l'Architecture Médicale*, un vol. grand in-4°, 210 pages, 140 fig. (Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, Paris).

Syndicat des Chirurgiens-Dentistes du Morbihan. — Lors de la reconstitution de ce Syndicat, le Bureau a été élu comme suit : *Président* : M. Badel (Vannes) ; *Vice-Président* : M. Moy (Pontivy) ; *Secrétaire* : M. Maire (Vannes) ; *Trésorier* : M. Bossard (Auray) ; *Membres* : M. Planchet (Gourin), M. Abraham (Hennebont), M. Timon (Ploërmel).

Collège Départemental des Chirurgiens-Dentistes des Ardennes. — Composition du Bureau. — *Président* : M. Marchal (Aiglemont) ; *Secrétaire général* : M. Cubertier (Charleville) ; *Trésorier* : M. Blanchard (Rethel) ; *Membres* : MM. Lafargue, Bouché, Delcourt, Bibette.

Association France-U. R. S. S. — La Commission du Centre Culturel de France-U. R. S. S., présidée par le Dr Lebourg, stomatologiste des Hôpitaux, se tient dès à présent à la disposition de tous les confrères désireux d'avoir des renseignements sur l'activité professionnelle et scientifique des praticiens soviétiques.

Ecrire à M. Pierre Lemoine, chirurgien-dentiste, secrétaire de la Commission d'Odonto-Stomatologie de France-U. R. S. S., 1, rue Arsène-Houssaye, Paris (8^e).

Mariages. — Le mariage de M. Jacques Gresset, fils de M. André Gresset, membre du Corps Enseignant de l'Ecole Dentaire de Paris, avec Mlle Colette Bardin, a eu lieu à Paris, le 20 octobre 1945, dans la plus stricte intimité.

Le mariage de M. Pierre Robert, élève à l'Ecole Dentaire de Paris, avec Mlle Raymonde Goy, a été célébré dans l'intimité, le 17 novembre 1945, à Suresnes (Seine). Nos sincères félicitations et vœux de bonheur.

Naissances. — Nous sommes heureux de porter à la connaissance de nos lecteurs :

La Naissance de :

Catherine, fille de M^{me} et M. Giovannelli, chirurgien-dentiste à Mamers (Sarthe), membre de notre Groupement ; le 2 septembre 1945.

Marie-Dominique, fille de M^{me} et M. Dirheimer, chirurgiens-dentistes à Gamaches (Somme), membres de notre Groupement ; le 1^{er} septembre 1945.

Didier, deuxième enfant de M^{me} et M. Almanzor, chirurgien-dentiste à Brienon (Yonne), membre de notre Groupement ; le 23 septembre 1945.

Evelyne, deuxième fille de M. et M^{me} Joullié, chirurgien-dentiste à Rueil (S.-et-O.), membre de notre Groupement ; le 2 octobre 1945.

Bernard, fils de M^{me} et M. R. Calamaro, chirurgien-dentiste de Marine, Mission Navale en Grande-Bretagne, membre de notre Groupement ; le 13 octobre 1945.

Dominique, fille de M^{me} et M. Serge Dahinden, chirurgien-dentiste à Paris, membre de notre Groupement ; le 22 octobre 1945.

Nicole, fille de M. et M^{me} Asty, chirurgien-dentiste à Paris et petite-fille de M. Maurice Brenot, vice-président de l'Association Générale des Dentistes de France ; le 22 octobre 1945.

Marie-Christine, fille de M^{me} et M. Hary, chirurgien-dentiste à Lézignan (Aude), membre de notre Groupement ; le 19 novembre 1945.

Christine, fille de M^{me} et M. Baumgardt, chirurgiens-dentistes, anciens élèves de l'Ecole Dentaire de Paris ; le 24 novembre 1945.

Pierre-Alain, fils de M^{me} et M. R. Richeux, chirurgien-dentiste à Tours, membre de notre Groupement.

Agnès, troisième fille de M^{me} et M. Jacomin de Vigny, chirurgiens-dentistes à Limoges, membres de notre Groupement.

A tous, nous adressons nos sincères félicitations.

Nécrologie. — M^{me} Odette Varet, chirurgien-dentiste à Paris, membre de notre Groupement, a été éprouvée par la perte de son père, M. Jules Varet, décédé le 29 septembre 1945.

Nos sincères condoléances.

Index Alphabétique des Matières pour l'Année 1944 (1)

A

- Aciers inoxydables** en art dentaire (le traitement thermique des), p. 98.
Acquisitions nouvelles en Stomatologie et Pathologie maxillo-faciale à l'usage du praticien, p. 44.
Affaires disciplinaires (Jugements rendus par le Conseil régional de la région de Paris envers certains chirurgiens-dentistes), p. 94.
A.G.D.F. (voir Table méthodique).
Alliages jaunes or (dits bronzes d'aluminium) en art dentaire. Propriétés et usages (Les), p. 56.
Anesthésie du nerf maxillaire inférieur au niveau du trou ovale par voie intra-buccale, p. 87.
Ankyloses temporo-mandibulaires. Variétés anatomiques et traitement, p. 63.
Annales de Médecine sociale, p. 71.
Appareil pour obvier à une sialorrhée intense empêchant le scellement d'un bridge, p. 18.
Avitaminoses en Odontologie (Les), p. 125.
Avitaminose nicotinique (L'), p. 62.

C

- Cancer** (Hygiène et), p. 22.
Cas de septicémie à staphylocoques traités par injections intra-veineuses de bactère-staphylophage. Guérison (Trois), p. 86.
Code de déontologie médical, p. 128.
Contribution à la prophylaxie des rétro-morphoses mandibulaires, p. 66.
Croës (Jehan de), p. 29.

D

- Dents** artificielles en substance plastique. Procédés de construction, p. 110.
 — incluses et kyste dermoïde de l'ovaire. Présentation d'une pièce anatomique, p. 82.
 — de sagesse à racines inversées en « bec d'aigle », p. 86.
 — premières dents. Mécanisme de l'éruption. Pathogénie des accidents de la première dentition (Les), p. 120.

E

- Ecarteurs** dans les malpositions compliquées non symétriques du maxillaire supérieur (Les), p. 50.

École Dentaire de Paris (voir Table méthodique).

Epulis congénitale du maxillaire supérieur, p. 63.

Evolution des tumeurs dites mixtes de la parotide. Indications du traitement, p. 22.

F

Fiançailles, p. 95.

Fiches bibliographiques, pp. 48, 80, 96.

Fiche officielle d'inspection dentaire scolaire (présentation de la), p. 2.

H

Hémostase pré-opératoire en oto-rhino-laryngologie (L'), p. 62.

Huet (Emile), p. 91.

Hygiène bucco-dentaire (Comité national d'), pp. 12, 46, 78, 94.

Hygiène et cancer, p. 22.

I

Importance de l'Odontologie en Psychiatrie, p. 125.

Investigations cliniques autour de l'évolution dentaire en relation avec le manque de Vitamine D, p. 125.

J

Journées dentaires de Paris, p. 11.

Jurisprudence, p. 79.

K

Kyste dermoïde de l'ovaire (Dents incluses et), p. 82.

L

Leucoplasie électro-galvanique (Stomatite et), p. 22.

M

Malpositions compliquées non symétriques du maxillaire supérieur (Ecarteurs dans les), p. 50.

Mariages, pp. 31, 47, 79, 95, 128.

Médecine sociale (Annales de), p. 71.

Mode d'action des sulfamides dans l'organisme et posologie, p. 34.

N

Naissances, pp. 31, 47, 79, 96, 128.

Nécrologie (Voir Table méthodique).

Nerf maxillaire inférieur (Anesthésie du), p. 87.

(1) Les chiffres gras indiquent la pagination des travaux originaux.

O

- Odontologie** en Psychiatrie (Importance de l'), p. 125.
Orthodontie (Orthopédie dento-faciale), p. 60.

P

- Pathogénie** des accidents de la première dentition (Les premières dents, mécanisme de l'éruption), p. 120.
Paradentose (Traitement de la), par une méthode personnelle de transplantation de tibia humain dans l'os maxillaire, p. 73.
Présentation de la Fiche officielle d'inspection dentaire scolaire, p. 2.
Prognathisme et de son traitement chirurgical (Du), p. 86.
Prophylaxie des rétro-morphoses mandibulaires (Contribution à la), p. 66.
 — et traitement préventif en Orthodontie, p. 72.

S

- Section dentaire** du Conseil National de l'Ordre des Médecins, p. 64.
Septicémie à staphylocoques traitée par injections intra-veineuses de bactériostaphyphage (Trois cas de), p. 86.
Sialorrhée intense empêchant le scellement d'un bridge (Appareil pour obvier à), p. 18.
Société d'Odontologie de Paris (voir Table méthodique).

- Société** Odontologique de France (voir Table méthodique).
Sports à l'E. D. P. (voir Table méthodique).
Staphylococcies chirurgicales (Le traitement de Legroux (iode-sulfamide) dans les), p. 23.
Stomatite et leucoplasie électro-galvaniques, p. 22.
 — du diphényl-hydantoïmate de soude, p. 72.
Sulfamides dans l'organisme et posologie (Mode d'action des), p. 34.
Sulfamino-résistance (A propos de la), p. 125.

T

- Traitement** de Legroux (Iode-sulfamide) dans les staphylococcies chirurgicales, p. 23.
 — de la Paradentose par une méthode personnelle de transplantation de tibia humain dans l'os maxillaire, p. 73.
 — thermique des aciers inoxydables en art dentaire (Les), p. 98.
Tumeurs dites mixtes de la parotide, indications du traitement (Evolution des), p. 22.

V

- Vitamine D** (Investigations cliniques autour de l'évolution dentaire en relation avec le manque de), p. 125.

Table Méthodique des Matières pour l'Année 1944 ⁽¹⁾

A. G. D. F.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE du 26 mars 1944, p. 79.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS.

CONCOURS, pp. 31, 59.
 PROMOTION DELIBÉROS, p. 95.
 FICHES BIBLIOGRAPHIQUES, pp. 48, 80, 96.

HYGIÈNE.

COMITÉ NATIONAL d'Hygiène bucco-dentaire, pp. 12, 46, 78, 94.

NÉCROLOGIE.

JEHAN DE GROES, p. 29.
 EMILE HUET, p. 91.
 DIVERS, pp. 16, 47, 64, 80.

NOUVELLES.

AFFAIRES disciplinaires, p. 94.
 BIBLIOTHÈQUE de l'École Dentaire de Paris, p. 31.
 COMMUNIQUÉS, p. 128.
 JURISPRUDENCE, p. 79.
 SECTION DENTAIRE du Conseil National de l'Ordre des Médecins, p. 64.
 LES SPORTS à l'École Dentaire de Paris, pp. 32, 48, 64.
 FIANÇAILLES, p. 95.
 MARIAGES, pp. 31, 47, 79, 95, 128.
 NAISSANCES, pp. 31, 47, 79, 96, 128.

REVUE DES LIVRES ET DES REVUES.

ACQUISITIONS nouvelles en Stomatologie et Pathologie maxillo-faciale à l'usage du praticien, p. 44.

(1) Les chiffres gras indiquent la pagination des travaux originaux.

ANKYLOSES temporo-mandibulaires. Variétés anatomiques et traitement, p. 63.
 ANNALES de Médecine sociale (Les), p. 71.
 ANESTHÉSIE du nerf maxillaire inférieur au niveau du trou ovale par voie intra-buccale, p. 87.
 AVITAMINOSES en Odontologie (Les), p. 125.
 AVITAMINOSE nicotinique (L'), p. 62.
 CAS DE SEPTICÉMIE à staphylocoques traités par injections intra-veineuses de bacté-staphyphage. Guérison (Trois), p. 86.
 DENT DE SAGESSE à racines inversées en « bec d'aigle », p. 86.
 ÉPULIS congénitale du maxillaire supérieur, p. 63.
 ÉVOLUTION des tumeurs dites mixtes de la parotide. Indications du traitement (De l'), p. 22.
 HÉMOSTOSE pré-opératoire en oto-rhino-laryngologie (L'), p. 62.
 HYGIÈNE et Cancer, p. 22.
 IMPORTANCE de l'Odontologie en Psychiatrie, p. 125.
 INVESTIGATIONS cliniques autour de l'évolution dentaire en relation avec le manque de Vitamine D, p. 125.
 ORTHODONTIE (Orthopédie dento-faciale), p. 60.
 PROGNATHISME et de son traitement chirurgical (Du), p. 86.
 PROPHYLAXIE et traitement préventif en orthodontie, p. 72.
 STOMATITE et leucoplasie électro-galvaniques, p. 22.
 STOMATITE du diphenyl-hydantoïnat de soude, p. 72.
 SULFAMINO-résistance (A propos de la), p. 125.
 TRAITEMENT de Legroux (Iode-sulfamide) dans les staphylococcies chirurgicales (Le), p. 23.
 TRAITEMENT de la paradentose par une méthode personnelle de transplantation de tibia humain dans l'os maxillaire, p. 73.
 RÉUNIONS ET CONGRÈS.
 XVII^{es} JOURNÉES Dentaires de Paris, p. 11.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Société d'Odontologie de Paris.

SÉANCE du 7 décembre 1943, p. 9.
 ALLOCUTION du Président, p. 24.
 SÉANCE du 4 janvier 1944, p. 26.
 SÉANCE du 1^{er} février 1944, p. 42.
 SÉANCE du 7 mars 1944, p. 74.
 SÉANCE du 4 avril 1944, p. 74.
 SÉANCE du 2 mai 1944, p. 76.
 SÉANCE du 6 juin 1944, p. 87.
 SÉANCE du 4 juillet 1944, p. 126.

Société Odontologique de France.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE du 25 janvier 1944, pp. 10 et 43.
 SÉANCE du 26 octobre 1943, p. 27.
 SÉANCE du 25 janvier 1944, p. 42.
 SÉANCE du 28 mars 1944, p. 77.
 SÉANCE du 25 avril 1944, p. 89.
 SÉANCE du 23 mai 1944, p. 127.

TRAVAUX ORIGINAUX.

ALLIAGES jaunes or (dits bronzes d'aluminium) en art dentaire. Propriétés et usages (Les), p. 56.
 APPAREIL pour obvier à une sialorrhée intense empêchant le scellement d'un bridge, p. 18.
 CONTRIBUTION à la prophylaxie des rétro-morphoses mandibulaires, p. 66.
 DENTS artificielles en substance plastique. Procédés de construction, p. 110.
 DENTS incluses et kyste dermoïde de l'ovaire. Présentation d'une pièce anatomique, p. 82.
 PREMIÈRES DENTS. Mécanisme de l'éruption. Pathogénie des accidents de la première dentition (Les), p. 120.
 ÉCARTEURS dans les malpositions compliquées non symétriques du maxillaire supérieur (Les), p. 50.
 MODE d'action des sulfamides dans l'organisme et posologie, p. 34.
 PRÉSENTATION de la Fiche officielle d'Inspection dentaire scolaire, p. 2.
 TRAITEMENT thermique des aciers inoxydables en art dentaire (Le), p. 98.

Noms d'Auteurs ⁽¹⁾

BARTHÉLÉMY DE MAUPASSANT (P.), p. 34.	LOISIER (P.), pp. 20, 71.
BEAUREGARDT (A.), p. 66, 60.	MARREL (P.), p. 56.
BESOMBES (A.), pp. 2, 46, 63, 72, 125.	MIR (M.), p. 98.
BONNET-ROY (D ^r F.), p. 44.	NÉVREZÉ (D ^r B. DE), p. 60.
BRUN (J.), p. 50.	PIERSON (M.), pp. 110, 24.
DEVILLIERS (D ^r B.), p. 82.	ROY (D ^r M.), pp. 18, 91.
DUBOIS-PRÉVOST (R.), p. 120.	VANEL (D ^r P.), pp. 22, 23, 62, 72, 73, 86.

(1) Les chiffres gras indiquent la pagination des travaux originaux.

Index Alphabétique des Matières

pour l'Année 1945 ⁽¹⁾

A

- Accidents** de la dent de sagesse (Les), p. 9.
- Accidents** du traitement de l'épilepsie par la diphényl-hydantoïne : la gingivite hyperplasique, p. 94.
- A. F. A. S.** (voir Table méthodique).
- A. G. D. F.** (voir Table méthodique).
- Alliages inoxydables** à couler en prothèse dentaire (Technique d'utilisation des), p. 80.
- Aménagements des salaires** (relations du Praticien avec son personnel relativement aux), p. 68.
- Anesthésie** du nerf maxillaire supérieur par la voie sus-zygomato-malaire, p. 42.
- Anthrax** de la lèvre supérieure avec traînée de lymphangite sur la joue, guérie par des injections locales de Pénicilline, p. 11.
- Appareil** à bouche destiné à la prophylaxie des principaux accidents de l'électro-choc (Un), p. 95.
- Applications de la génétique** à la médecine (Les), p. 96.
- Art dentaire** préhistorique (L'), p. 96.
- Avis**, pp. 22, 49.
- Avitaminoses** en Odontologie (Les), p. 41.

B

- Bec-de-lièvre** et syphilis, p. 9.

C

- Cas d'Hémotripsie hémorragipare** (Un), p. 105.
- Centenaire** d'Horace Wells, p. 18.
- Contribution** à l'étude de l'Ozone en Odonto-Stomatologie, p. 35.

D

- Dent de sagesse** (Les accidents de la), p. 9.
- Disjonction** des maxillaires supérieurs et ses résultats (La), p. 27.

E

- École Dentaire de Paris** (voir Table méthodique).
- École Dentaire de Lyon** (voir Table méthodique).
- Éditorial.** A nos lecteurs, p. 1.

F

- Foyers septiques** dentaires (le rhumatisme en relation avec les), p. 9.
- Fractures** des maxillaires (traitement des, par l'arc à porte-manteaux), p. 96.

G

- Gingivite hyperplasique** (accidents du traitement de l'épilepsie par la diphényl-hydantoïne, La), p. 94.
- Gingivo-stomatites** ulcéreuses aiguës (Les pastilles de Pénicilline dans le traitement des), p. 42.
- Grossesse** (La) n'est pas une cause de carie dentaire, p. 53.

H

- Hémorragie hémophilique** continue, arrêtée par le diéthylstilboestrol après échec des traitements classiques, p. 94.
- Hémotripsie hémorragipare** (Un cas d'), p. 105.
- Hygiène bucco-dentaire** (Comité National d'), p. 111.

L

- Législation**, pp. 48, 99.
- Lésions bulbo-protubérantielles** (Le trismus dans les), p. 94.
- Lèvres** de l'orifice buccal (reconstitution totale des), p. 9.

M

- Maxillaires supérieurs** (la disjonction des), p. 27.

N

- Nécrologie** (voir Table méthodique).
- Nerf maxillaire supérieur** (Anesthésie du, par la voie sus-zygomato-malaire), p. 42.
- Névralgie faciale** (Traitement de la, par l'électro-coagulation du ganglion de Gasser), p. 41.

O

- Orthopédie-dento-faciale** (Précisions sur la prédétermination du point incisif en), p. 4.
- Ostéomyélite** aiguë du maxillaire supérieur chez le nourrisson, p. 10.
- Ozone** (Contribution à l'étude de l', en Odonto-Stomatologie), p. 35.

P

- Pénicilline** (Anthrax de la lèvre supérieure avec traînée de lymphangite sur la joue, guérie par), p. 11.
- (dans le traitement des gingivo-stomatites ulcéreuses aiguës (les pastilles de), p. 42.
- (Staphylococcie de la face guérie par des injections de), p. 10.
- Point incisif** en orthopédie dento-faciale (Précisions sur la prédétermination du), p. 4.

(1) Les chiffres gras indiquent la pagination des travaux originaux.

Prophylaxie des principaux accidents de l'électro-choc (Un appareil à bouche destiné à la), p. 95.

R

Reconstitution totale des lèvres de l'orifice buccal, p. 9.

Relations du Praticien avec son personnel relativement aux aménagements des salaires, p. 68.

Rhumatisme en relation avec les foyers septiques dentaires (Le), p. 9.

Rôle des apports alimentaires de calcium et de potassium dans la régulation des activités fonctionnelles. Applications aux restrictions alimentaires (Le), p. 10.

S

Secours Dentaire International (A propos d'une initiative du), p. 109.

Service de Santé militaire, p. 102.

Société d'Odontologie de Paris (voir Table méthodique).

— **Odontologique de France** (voir Table méthodique).

Staphylococcie de la face guérie par des injections de Pénicilline associées à un traitement sulfamidé, p. 10.

T

Technique d'utilisation des alliages inoxydables à couler en prothèse dentaire, p. 80.

Traitement chirurgico-thermal des états pyorrhéiques (Le), p. 95.

— — des fractures des maxillaires par l'arc à porte-manteaux, p. 96.

— — de la névralgie faciale par l'électro-coagulation du ganglion de Gasser, p. 41.

Trismus dans les lésions bulbo-protubérantielles (Le), p. 94.

Table Méthodique des Matières pour l'Année 1945 (1)

A. F. A. S.

CONGRÈS de la Victoire, p. 67, 98, 112.

A. G. D. F.

CORRESPONDANCE avec le Ministre de la Santé Publique, relativement à la motion votée le 14 mai 1945 par le Conseil d'Administration, pour la constitution des Conseils de l'Ordre, p. 76.

DÉCISION du Conseil du 14 mai 1945, fixant la date de l'Assemblée Générale, p. 51.

BIBLIOGRAPHIE.

BALZAC, les Médecins et la Science, p. 11.

BULLETIN DE L'A. G. D. F.

DÉCRET N° 45.808, du 20 avril 1945, relatif à la réquisition des médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes, p. 48.

NOMINATIONS et promotions pendant la durée de la guerre des chirurgiens-dentistes et des étudiants en art dentaire, p. 19.

ORDONNANCE N° 45.319 du 3 mars 1945, relative à la fixation des tarifs des assurances sociales pour les risques maladie et maternité, p. 19.

ORDONNANCE N° 45-2184, du 24 septembre 1945, relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme, p. 99.

RELATIONS du praticien avec son personnel relativement aux aménagements des salaires avec les récents décrets, p. 68.

CONDITIONS dans lesquelles peuvent continuer à servir dans l'armée les chirurgiens-dentistes et pharmaciens étrangers détenteurs d'un grade à titre F. F. I., ayant souscrit à ce titre un engagement pour la durée de la guerre, p. 103.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS.

BIBLIOTHÈQUE, p. 52.

CONCOURS, p. 77.

COURS de perfectionnement d'orthopédie dento-faciale, p. 77.

ENSEIGNEMENT technique. Cours théorique de prothèse, p. 104.

ÉDITORIAL.

A NOS LECTEURS, p. 1.

HYGIÈNE.

HYGIÈNE bucco-dentaire (Comité National d'), p. 111.

NÉCROLOGIE.

GEORGES ANDRÉ, p. 50.

F. HALOUA, p. 23.

M^{me} RÉGIS, p. 50.

A. ROBINE, p. 24.

O. AMOEDO, p. 122.

DIVERS, pp. 24, 25, 51.

(1) Les chiffres gras indiquent la pagination des travaux originaux.

NOUVELLES.

- ASSOCIATION France-U.R.S.S., p. 125.
 COLLÈGE départemental des chirurgiens-dentistes des Ardennes, p. 125.
 ÉCOLE Dentaire de Lyon. Inauguration du buste du D^r Pont, p. 51.
 ÉCOLE de chirurgie dentaire et de Stomatologie de Paris, concours, p. 78.
 FIANÇAILLES, p. 25.
 FISCALITÉ, p. 124.
 JOURNÉES Dentaires de Paris, p. 52.
 LÉGION d'Honneur, p. 124.
 LIVRES reçus, p. 125.
 MARIAGES, pp. 25, 52, 78, 104, 125.
 NAISSANCES, pp. 26, 52, 78, 104, 125.
 NOMINATION, p. 52.
 PROMOTION militaire, pp. 77, 103.
 SYNDICAT des Odontologistes de Pelotas (Brésil), p. 104.
 SYNDICAT des chirurgiens-dentistes du Morbihan, p. 125.

RÉUNIONS ET CONGRÈS.

- CONGRÈS de la Victoire (A.F.A.S.), pp. 67, 112.
 JOURNÉES Dentaires de Paris, p. 52.

REVUE ANALYTIQUE.

- ACCIDENTS de la dent de sagesse (Les), p. 9.
 ACCIDENTS du traitement de l'épilepsie par la diphényl-hydantoïne : la gingivite hyperplasique, p. 94.
 ANESTHÉSIE du nerf maxillaire supérieur par la voie sus-zygomato-malaire, p. 42.
 ANTRAX de la lèvre supérieure avec trainée de lymphangite sur la joue, guérie par des injections locales de Pénicilline, p. 11.
 APPAREIL à bouche destiné à la prophylaxie des principaux accidents de l'électro-choc, p. 95.
 AVITAMINOSES en Odontologie (Les), p. 41.
 BEC-DE-LIÈVRE et syphilis, p. 9.
 HÉMORRAGIE hémophilique continue arrêtée par le diéthylstilboestrol après échec des traitements classiques, p. 94.
 OSTÉOMYÉLITE aiguë du maxillaire supérieur chez le nourrisson, p. 10.
 PASTILLES de Pénicilline dans le traitement des gingivo-stomatites ulcéreuses aiguës, type Vincent (Les), p. 42.
 RECONSTITUTION totale des lèvres de l'orifice buccal, p. 9.
 RHUMATISME en relation avec les foyers septiques dentaires (Le), p. 9.
 RÔLE des apports alimentaires de calcium et de potassium dans la régulation des activités fonctionnelles. Applications aux restrictions alimentaires (Le), p. 10.
 STAPHYLOCOCCIE de la face guérie par des injections de Pénicilline associées à un traitement sulfamidé, p. 10.

- TRAITEMENT chirurgico-thermal des états pyorrhéiques (Le), p. 95.
 TRAITEMENT de la névralgie faciale par l'électro-coagulation du ganglion de Gasser, p. 41.
 TRISMUS dans les lésions bulbo-protubérantielles (Le), p. 94.

REVUE DES LIVRES.

- L'ART dentaire préhistorique, p. 96.
 APPLICATIONS de la génétique à la médecine (Les), p. 96.
 TRAITEMENT des fractures des maxillaires par l'arc à porte-manteaux, p. 96.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES.**Société d'Odontologie de Paris.**

- SÉANCE du 16 janvier 1945, p. 12.
 ALLOCUTION inaugurale du Président, p. 43.
 SÉANCE du 6 février 1945, p. 12.
 SÉANCE du 6 mars 1945, p. 13.
 SÉANCE du 10 avril 1945, p. 45.
 SÉANCE du 1^{er} mai 1945, p. 46.
 SÉANCE du 5 juin 1945, p. 65.
 SÉANCE du 3 juillet 1945, p. 97.

Société Odontologique de France.

- SÉANCE du 27 juin 1944, p. 14.
 SÉANCE du 24 octobre 1944, p. 14.
 SÉANCE du 23 janvier 1945, p. 15.
 ASSEMBLÉE GÉNÉRALE du 23 janvier 1945, p. 16.
 SÉANCE du 27 février 1945, p. 16.
 SÉANCE du 23 mars 1945, p. 17.
 ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE du 27 mars 1945, p. 17.
 SÉANCE du 24 avril 1945, p. 47.
 SÉANCE du 29 mai 1945, p. 66.
 SÉANCE du 26 juin 1945, p. 97.

TRAVAUX ORIGINAUX.

- A PROPOS d'une initiative du Secours Dentaire International, p. 109.
 CAS d'Hémostase hémorragipare (Un cas d'), p. 105.
 CONTRIBUTION à l'étude de l'Ozone en Odonto-Stomatologie, p. 35.
 DISJONCTION des maxillaires supérieurs et ses résultats (La), p. 27.
 GROSSESSE n'est pas une cause de carie dentaire (La), p. 53.
 PRÉDÉTERMINATION du Point incisif en orthopédie dento-faciale (Précisions sur la), p. 4.
 TECHNIQUE d'utilisation des aciers inoxydables à couler en prothèse dentaire, p. 79.

VARIÉTÉS.

- L'ARMÉE demande des dentistes, p. 18.
 CENTENAIRE d'Horace Wells, p. 18.

Noms d'Auteurs ⁽¹⁾

BEAUREGARDT (A.), p. 4.
BONNET-ROY (D^r F.), p. 11.
DELIBÉROS (D^r J.), p. 43.
DREYFUS (D^r H.), pp. 50, 105.
FONTANEL (P.), p. 68.
GABRIEL (R.), p. 35.

RIVAUT (M.), p. 79.
ROHNER (D^r), p. 109.
ROY (D^r Maurice), pp. 23, 27, 53, 50,
96, 102.
VANEL (D^r P.), pp. 9, 10, 41, 42, 95.
VILLAIN (Henri), p. 18.

(1) Les chiffres gras indiquent la pagination des travaux originaux.

LEMAIRE & BEAUVAIS ANCIENNE MAISON LEMAIRE

Société à Responsabilité limitée : 700.000 Francs

4, Passage Choiseul — 40, rue des Petits-Champs
Téléphone : OPÉRA 45-27

Toute la Fourniture Dentaire des meilleures Marques
Grand choix de DENTS

Carte de Priorité Pharmaceutique

Spécialisés depuis plus de vingt ans dans la fabrication et la vente de tous les produits de thérapeutique dentaire, les Laboratoires du Docteur P. ROLLAND informent leur clientèle de Paris et de Province qu'ils sont à sa disposition pour lui assurer la fourniture des produits contingentés de la CARTE DE PRIORITÉ 1945.

Les Laboratoires du Docteur Pierre ROLLAND vous informent que vous pouvez leur adresser directement les CARTES DE PRIORITÉ, au besoin par lettre recommandée à leur dépôt, 127, boulevard Saint-Michel, PARIS (5^e).

Pour tous renseignements, s'adresser aux LABORATOIRES du Docteur Pierre ROLLAND, à l'adresse ci-dessus indiquée.

