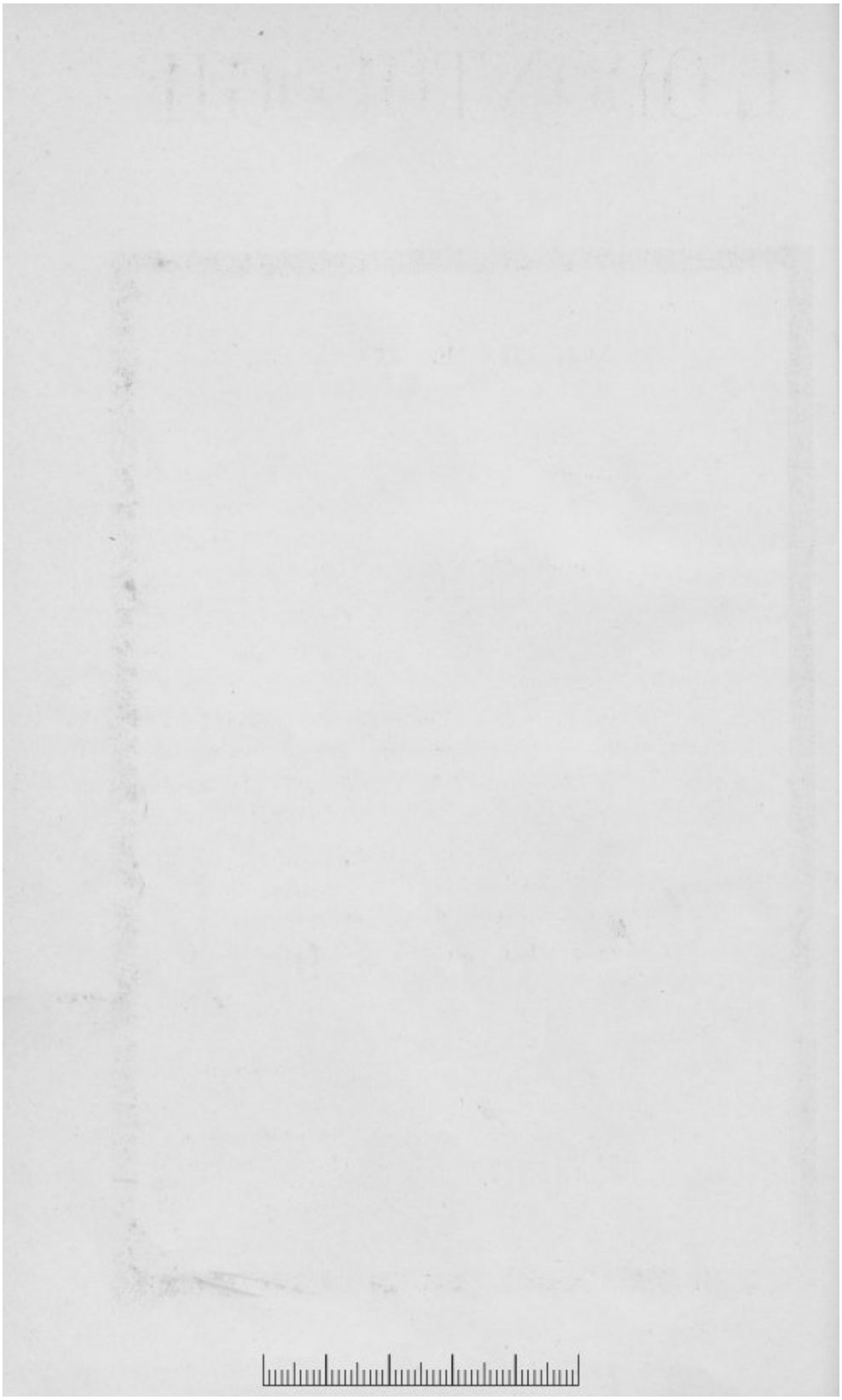
Bibliothèque numérique
medic@

L'Odontologie

tome 85. - Paris, 1947.
Cote : PF92

PARIS biu Santé

Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé (Paris)
Adresse permanente : http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?PF092x1947



MAURICE ROY

Notre maison est en deuil, et, avec elle, toute la science odontologique contemporaine, française et étrangère.

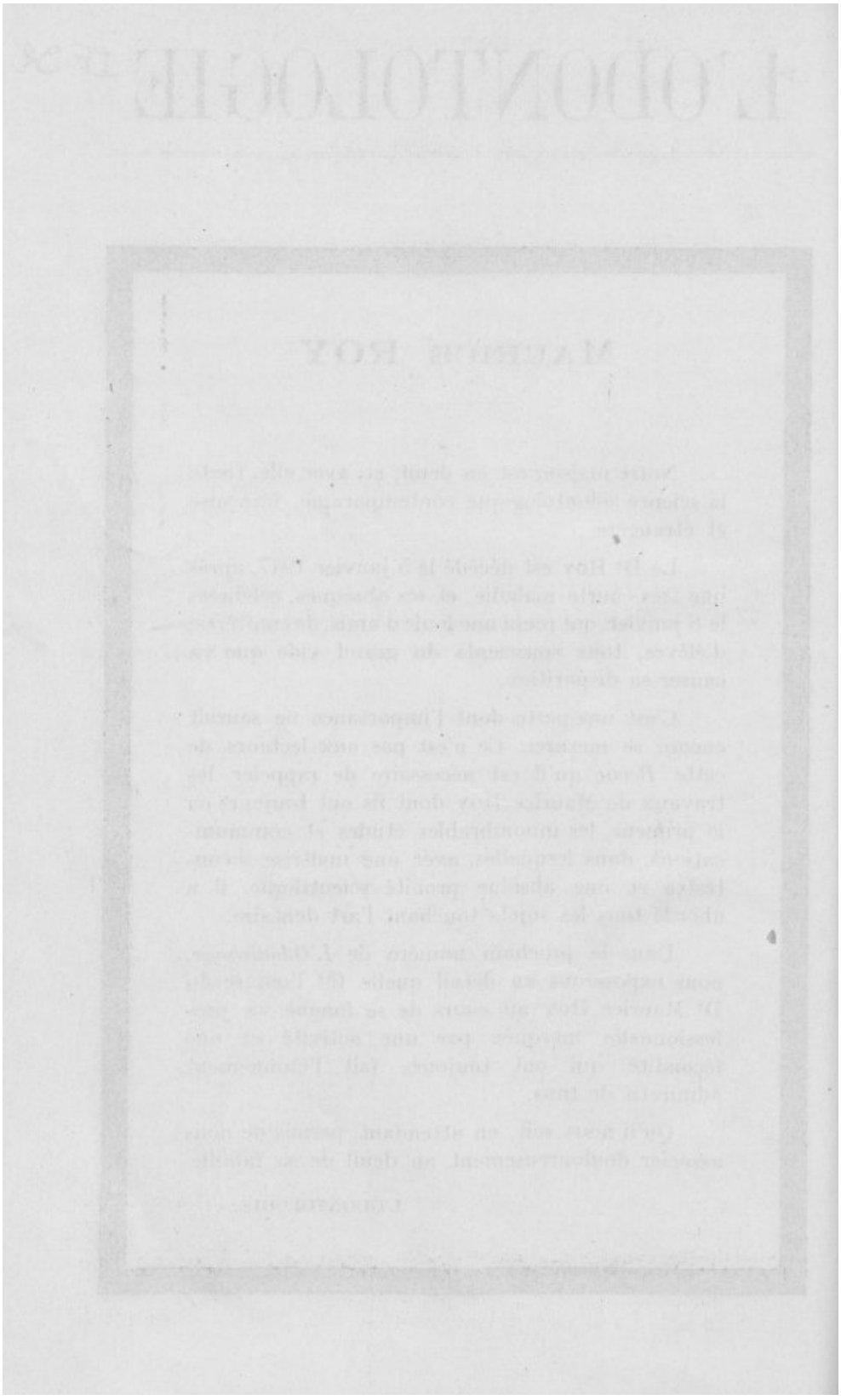
Le Dr Roy est décédé le 5 janvier 1947, après une très courte maladie, et ses obsèques, célébrées le 8 janvier, ont réuni une foule d'amis, de confrères, d'élèves, tous conscients du grand vide que va causer sa disparition.

C'est une perte dont l'importance ne saurait encore se mesurer. Ce n'est pas aux lecteurs de cette *Revue* qu'il est nécessaire de rappeler les travaux de Maurice Roy dont ils ont toujours eu la primeur, les innombrables études et communications, dans lesquelles, avec une maîtrise incontestée et une absolue probité scientifique, il a abordé tous les sujets touchant l'art dentaire.

Dans le prochain numéro de *L'Odontologie*, nous exposerons en détail quelle fût l'œuvre du Dr Maurice Roy au cours de sa longue vie professionnelle marquée par une activité et une fécondité qui ont toujours fait l'étonnement admiratif de tous.

Qu'il nous soit, en attendant, permis de nous associer douloureusement au deuil de sa famille.

L'ODONTOLOGIE.



TRAVAUX ORIGINAUX

LA DENTURE DES HOMMES DU PALÉOLITHIQUE

Par Mme CARETTE-PILLOT,
Licenciée ès Sciences.

611.314.016

INTRODUCTION

Les dents des hommes du Paléolithique n'ont jamais fait l'objet de travaux d'ensemble ; chaque auteur ayant étudié un type particulier, il n'existe pas d'exposé général concernant cette question. Cette hétérogénéité des descriptions étant un obstacle pour le chercheur, nous nous proposons de faire une synthèse des travaux publiés, synthèse qui sera d'ailleurs incomplète à cause du manque de documents. En effet, certains crânes n'ont pas été étudiés du point de vue de la denture, ou fort incomplètement, et nous n'avons pu faire les voyages nécessaires pour aller examiner des pièces conservées dans des Musées éloignés. Nous allons donc réunir ici les documents publiés et nous y ajouterons nos observations personnelles.

Il nous semble indispensable, avant d'aborder cette étude, de dresser rapidement un tableau chronologique des races du Paléolithique :

TABLEAU CHRONOLOGIQUE DES RACES DU PALÉOLITHIQUE

	Age :	*Race :*		
Pleistocène (début du quaternaire.)	Paléo. sup. — Age du Renne — Magdalénien	Chancelade	Chancelade le Roc	Homo Sapiens Fossilis.
	Paléo. sup. — Age du Renne — Solutréen	Cro Magnon	Combe Capellé Le Placard Afalou	Homo Sapiens Fossilis.
	Paléo. sup. — Age du Renne — Aurignacien	Grimaldi	La Genière Asselar Négroïde de Grimaldi.	Homo Sapiens Fossilis.
	Paléo. moyen — Moustérien	Homo Neanderthalensis	La Chapelle aux Saints. Krapina. Spy. Le Moustier. La Quina. La Ferrassie. Gibraltar. Ehringsdorf.	
	Paléo. inf. — Acheuléen	Homo Dawsoni (Piltdown).		
	Paléo. inf. — Chelléen	Homo Heidelbergensis.		

Au cours de ce travail, nous emploierons les notations proposées par le *Comité de Standardisation de la Technique Anthropologique* au Congrès de Copenhague, en 1938 : désignant par les majuscules I. C. P. M., les incisives, les canines, les prémolaires et les molaires permanentes ; les mêmes lettres minuscules désigneront les dents de lait. La place des dents sera indiquée par un chiffre placé

de la façon suivante : M^1 désigne la première molaire supérieure et M_2 la deuxième molaire inférieure. Quand l'observation s'applique aussi bien à la molaire supérieure qu'à la molaire inférieure, on emploie la notation M1.

Pour définir sans ambiguité s'il s'agit de dents de droite ou de gauche, on emploie quelquefois la notation suivante, en inscrivant la lettre dans un angle droit dont la branche verticale représente l'axe du palais et l'horizontale le bord de la mâchoire : ainsi, $\lfloor \underline{M\,3}$ désignera la première molaire supérieure droite, $\underline{M\,3} \rfloor$ la première molaire supérieure gauche, $\lfloor \overline{M\,3}$ la première molaire inférieure droite, $\overline{M\,3} \rfloor$ la première molaire inférieure gauche (voir fig. 1).

En ce qui concerne les diverses faces les termes adoptés sont ceux-ci :

la face *mésiale* est celle qui regarde le milieu anatomique ;

la face *distale* est la face opposée à la précédente ;

la face *palatine* ou *linguale* est celle qui est dirigée vers le palais (le mot buccal est à rejeter car peu précis, comme le dit BOURDELLE) ;

la face *vestibulaire* est celle qui est dirigée vers le vestibule, c'est-à-dire vers l'espace compris entre la mâchoire et la joue ;

la face *masticatrice* est naturellement celle où s'opère la mastication. On l'appelle aussi quelquefois face occlusale. Dans les figures la représentant, la dent sera arbitrairement orientée de façon que la face vestibulaire soit dirigée vers le haut.

Nous allons maintenant tracer brièvement le plan que nous suivrons dans notre étude. Voici quels en seront les chapitres :

I. Forme de l'arcade dentaire,
II. Nombre de dents,
III. Mesures des dents,
IV. Forme des dents,
V. Diastème,
VI. Taurodontisme,
VII. Mode d'éruption,
VIII. Occlusion des dents,
IX. Usure,
X. Pathologie dentaire.

Dans chacun de ces différents chapitres, nous examinerons l'un après l'autre : l'Homo Heidelbergensis, avec l'Homo Dawsoni, l'Homo Neanderthalensis, et l'Homo sapiens fossilis.

FORME DE L'ARCADE DENTAIRE

Nous observerons successivement les types actuels et les types fossiles.

1° *Les types actuels* : Broca et Topinard ont individualisé quatre types d'arcades dentaires chez l'homme et les Primates :

— parabolique,

— hyperbolique, tous deux fréquents dans les races blanches. Nous ramènerons pour simplifier ces deux types à un seul ;

— upsiloïde, c'est-à-dire en forme d'U, chez les singes anthropoïdes ;

— elliptique, chez le sajou et le macaque.

La forme en U est considérée comme primitive ; les deux autres en dériveraient par modes d'évolution opposés (voir fig. 2).

2° *Les types fossiles.* — Considérons les formes des arcades dentaires dans les trois types : Homo Heidelbergensis, Homo Neanderthalensis, Homo Sapiens Fossilis.

Homo Heidelbergensis :

La mandibule de *Mauer* est parabolique, ce qui est un caractère humain évolué.

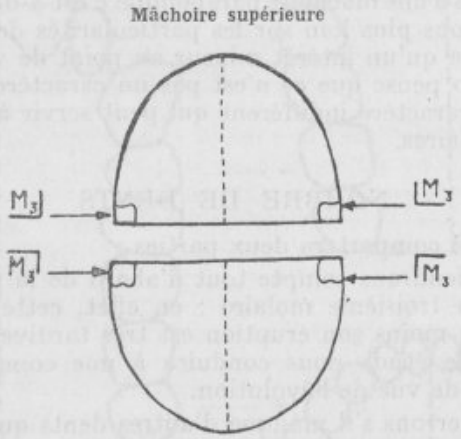


Fig. 1.

Homo Neanderthalensis :

C'est la forme primitive des anthropomorphes qui est la plus fréquente.

Homme de la Chapelle aux Saints. — L'arcade supérieure est en U avec des branches très courtes, divergeant légèrement, marquant une tendance vers la forme parabolique. La partie correspondant aux canines et aux incisives est remarquable par sa grande largeur. Elle a l'aspect d'un cintre surbaissé (rappelant le crâne de Gibraltar). Les bords postérieurs correspondant aux arrières-molaires paraissent avoir été droits et à peu près parallèles.

L'arcade inférieure a des caractères analogues, mais ici la forme est plus nettement parabolique, comme c'est le cas habituel. Nous verrons dans le chapitre « Occlusion » ce qui résulte de cette disposition. Keith et Knowles, se basant uniquement sur la forme du crâne de la Chapelle aux Saints, déclarent que les caractères les plus saillants du palais de la race de Neanderthal sont sa forme en fer à cheval et sa largeur relativement beaucoup plus grande que sa longueur. Ils trouvent très remarquable que le type humain le plus anciennement connu s'écarte beaucoup des anthro-

poïdes et des hommes actuels mégadontes (Tasmaniens, Mélanésiens), chez lesquels le palais est très long. BOULE pense que le raccourcissement si singulier du palais (et l'orthognatisme de toute la face) pourrait provenir d'une déformation posthume.

Homo Sapiens Fossilis :

En général, l'arcade est parabolique comme dans les races supérieures modernes. GAUDRY a signalé un rétrécissement des mâchoires dans les races inférieures ou préhistoriques par comparaison avec la race blanche actuelle.

CONCLUSION. — On voit que l'évolution ne s'est pas faite synchroniquement pour tous les caractères (nous aurons l'occasion d'y revenir) ; elle a commencé très tôt pour certains d'entre eux. Ainsi, en ce qui concerne la forme de l'arcade dentaire, l'Homo Heidelbergensis a une mâchoire parabolique c'est-à-dire très évoluée (nous reviendrons plus loin sur les particularités de cet individu). Cet attribut n'a qu'un intérêt mineur au point de vue physiologique ; TOPINARD pense que ce n'est pas un caractère sériaire, mais seulement un caractère indifférent qui peut servir à distinguer les groupes secondaires.

NOMBRE DE DENTS

Ce chapitre comportera deux parties :

a) Nous tiendrons compte tout d'abord de la présence ou de l'absence de la troisième molaire : en effet, cette dent manque souvent, ou du moins son éruption est très tardive chez les races modernes. Cette étude nous conduira à une conclusion intéressante du point de vue de l'évolution.

b) Nous verrons s'il manque d'autres dents que la M3.

I. — PRÉSENCE OU ABSENCE DE LA TROISIÈME MOLAIRE

Homo Heidelbergensis :

La troisième molaire (M3) est présente dans la mandibule de *Mauer*. C'est un des caractères évolués de cet individu, contrastant avec l'aspect simien de la mandibule ; dans la mâchoire de *Piltdown* elle ne devait pas être sortie complètement, mais elle existait.

Homo Neanderthalensis :

En général M3 existe, parfois très petite, en particulier chez l'homme d'*Ehringsdorf*.

Cependant, elle manque chez quelques-uns des hommes de *Krapina*.

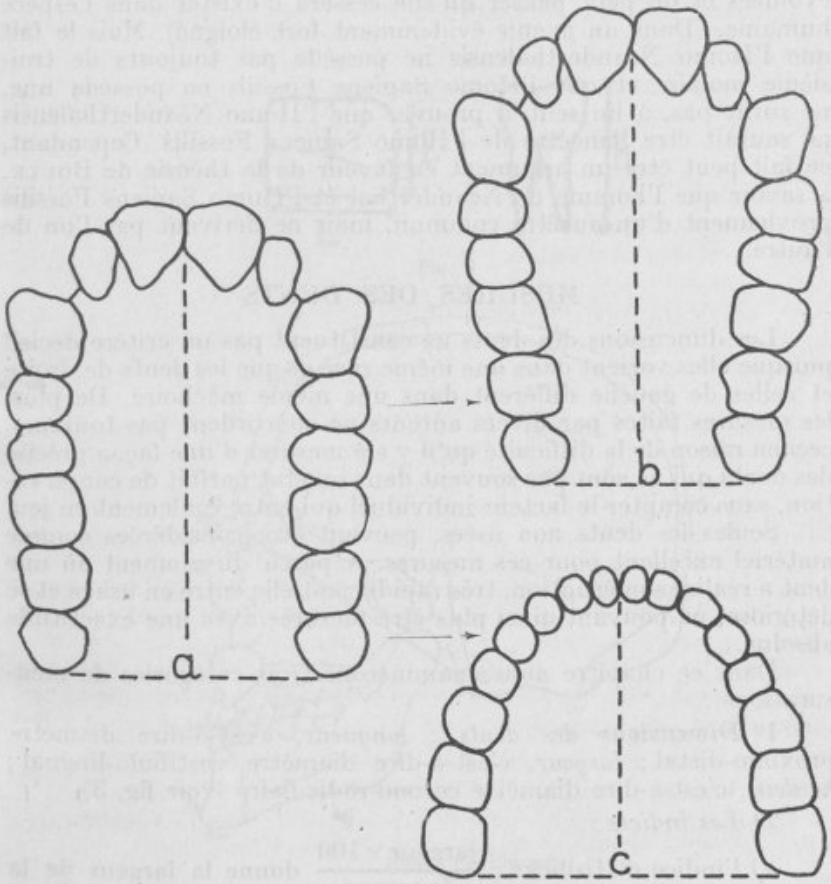
Chez les enfants (Enfant de la *Quina*) elle n'est pas encore sortie quand l'individu n'a pas atteint l'âge de 18 ans (âge théorique).

Homo Sapiens Fossilis. — Les trois races ont une M3.

a) *Race de Grimaldi*. — Le *négroïde de Grimaldi* (moulage, à l'Institut de Paléontologie Humaine), possède une M3 ainsi que l'homme d'*Asselar*.

b) *Race de Cro-Magnon*. — Toutes les pièces ont une M3.

c) *Race de Chancelade.* — M3 est également présente. Nous verrons tout à l'heure dans le chapitre (fort important) réservé au mode d'éruption des dents, que, dans le crâne du Roc, le stade d'éruption de la troisième molaire est assez précis, ce qui nous conduira à des constatations intéressantes sur l'ordre d'apparition des dents.



Formes des arcades dentaires chez l'homme et les Primates

a) Upsiloïde (en U) ;
b) Elliptique ;
c) Parabolique ou hyperbolique.

Fig. 2.

II. — Dents manquantes

Homo Neanderthalensis :

Dans la *mandibule de Malarnaud*, il manque les deux incisives médianes.

Chez *l'enfant de la Quina*, on note une absence accidentelle des canines de lait.

Homo Sapiens Fossilis :

a) *Race de Grimaldi.* — L'*homme d'Asselar* est remarquable par la mutilation des incisives supérieures.

b) *Race de Cro-Magnon.* — La mutilation des incisives médianes est également fréquente chez l'*homme d'Afalou.*

Conclusion. — La M3 a tendance à disparaître chez les races évoluées et on peut penser qu'elle cessera d'exister dans l'espèce humaine. (Dans un avenir évidemment fort éloigné). Mais le fait que l'Homo Neanderthalensis ne possède pas toujours de troisième molaire et que l'Homo Sapiens Fossilis en possède une, ne suffit pas, à lui seul, à prouver que l'Homo Néanderthalensis ne saurait être l'ancêtre de l'Homo Sapiens Fossilis. Cependant, ce fait peut être un argument en faveur de la théorie de Boule, à savoir que l'homme de Neanderthal et l'Homo Sapiens Fossilis proviennent d'un ancêtre commun, mais ne dérivent pas l'un de l'autre.

MESURES DES DENTS

Les dimensions des dents ne constituent pas un critère décisif puisque elles varient dans une même race et que les dents de droite et celles de gauche diffèrent dans une même mâchoire. De plus, les mesures faites par divers auteurs ne concordent pas toujours, ceci en raison de la difficulté qu'il y a à mesurer d'une façon précise des dents qui ne sont pas souvent dans un état parfait de conservation, sans compter le facteur individuel qui entre également en jeu.

Seules les dents non usées, peuvent être considérées comme matériel excellent pour ces mesures. A partir du moment où une dent a réalisé son éruption, très rapidement elle entre en usage et se détériore, ne pouvant ainsi plus être mesurée avec une exactitude absolue.

Dans ce chapitre nous examinerons trois catégories de mensurations :

1° *Dimensions des dents* : *longueur*, c'est-à-dire diamètre proximo-distal ; *largeur*, c'est-à-dire diamètre vestibulo-lingual ; *hauteur*, c'est-à-dire diamètre corono-radiculaire (voir fig. 3).

2° *Les indices* :

a) l'indice d'Hrdlicka : $\frac{\text{largeur} \times 100}{\text{longueur}}$ donne la largeur de la dent quand la longueur est 100 ; plus l'indice se rapproche de 100, c'est-à-dire plus la dent est carrée, plus l'évolution est avancée (les couronnes des dents humaines sont plus carrées que celles des dents de Singes).

b) indice dentaire de Flower : Longueur antéro-postérieure totale (P et M) $\times$ 100 : distance Basion-Nasion.

Rappelons que le Basion et le Nasion sont deux points de repère craniométriques, le premier : B étant le milieu du bord antérieur du trou occipital, et le deuxième : N le point de rencontre de la suture internasale et de la suture fronto-nasale (fig. 4).

L'indice de Flower permet la classification en dentures :

microdontes (indice de X à 41,9), fréquent chez les Européens actuels ;

— *mésodontes* (Indice de 42 à 43,9), chez les races jaunes et les nègres d'Afrique ;

— *mégadontes* (indice de 44 à X), chez les races humaines dites inférieures : Australiens, Mélanésiens.

3° *Le rapport des dimensions des arrières molaires entre elles* :

Indice d'Hrdlicka

$$\frac{l \times 100}{L}$$

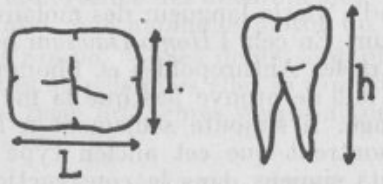
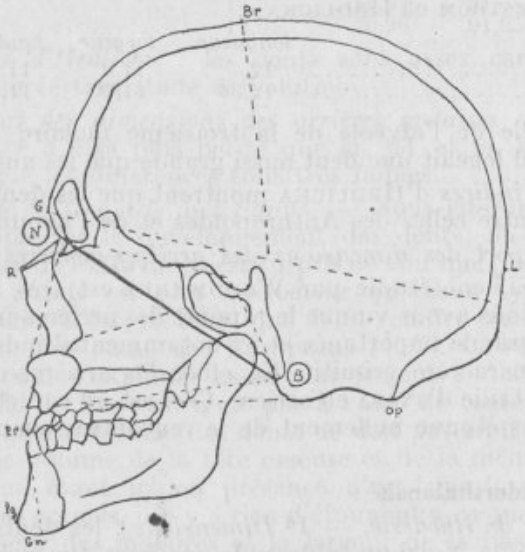


Fig. 3



Indice de Flower

$$\frac{\text{Longueur antérieure-postérieure de PM + M}}{\text{Nasion-Basion = N B}}$$

Coupe sagitto-médiane d'un crâne humain pour montrer le nasion : N, et le Basion : B.

Fig. 4

Nous verrons qu'il est très différent chez les fossiles et chez les modernes : chez les fossiles M1 < M2 < M3 ; au contraire chez les modernes M1 > M2 > M3.

Homo Heidelbergensis :

Mandibule de Mauer : 1° *Dimensions* : les dents sont grosses en valeur absolue, mais petites par rapport à la mâchoire.

2° Les *indices d'Hrdlicka* sont voisins de 100, la surface de la couronne se rapprochant ainsi de la forme carrée. C'est encore

un caractère évolué contrastant avec l'aspect simien de la mâchoire.

3° *Rapport des dimensions des arrières-molaires entre elles* : elles augmentent de taille de M^1 à M^3. La différence est surtout nette entre la première et la deuxième molaires, la troisième ayant presque les mêmes dimensions que sa voisine.

— *Homme de Piltdown* :

1° *Dimensions* : la longueur des molaires est plus grande que la largeur (comme chez le gorille et le chimpanzé). Au contraire, chez l'homme, on l'a vu, la longueur des molaires est sensiblement égale à leur largeur. En cela l'*Homo Dawsoni* occupe une position intermédiaire entre les Anthropoïdes et l'homme et assez voisine des premiers. Ce fait ne prouve pas que la mâchoire de *Piltdown* est celle d'un singe. Il s'ajoute seulement à la longue liste des caractères qui montrent que cet ancien type d'homme possède beaucoup de traits simiens dans la construction des dents, ainsi que des mâchoires et de la face. Voici un tableau des dimensions d'après Ramström et Hrdlicka) :

	longueur	*largeur*	*hauteur*	*indice*
M1	12,	11,0	11,50	91,7
M2	12,30	11,20	11,75	91,1

La taille de l'alvéole de la troisième molaire (manquante) indique qu'il logeait une dent aussi grande que les autres molaires.

2° *Les indices* d'Hrdlicka montrent que les dents sont intermédiaires entre celles des Anthropoïdes et de l'homme.

3° *Rapport des dimensions des arrières-molaires entre elles* :

Ce spécimen (étudié par Woodward) est très intéressant à cet égard. Nous avons vu que le rapport des arrières-molaires entre elles a une grande importance et ici notamment il indique très nettement un caractère primitif. En effet, les arrières-molaires augmentent de taille d'avant en arrière. Ceci est un caractère ancestral et il ne nous étonne nullement de le rencontrer chez l'homme de *Piltdown*.

Homo Neanderthalensis :

Homme de Rhodésie. — 1° *Dimensions* : les dents sont toutes de grande taille. Voici un tableau de quelques dimensions :

	longueur	*largeur*	*hauteur*	*indice*
M1		13,5	26	
M2		14	24	
M3	9	12		133,33

2° *Indices* : en général, chez les fossiles, l'indice d'Hrdlicka est voisin de 50, c'est-à-dire que les couronnes sont rectangulaires. On a vu que cet indice tend vers 100 ou devient supérieur à 100 chez les modernes où les couronnes sont carrées. Ici, le seul indice qu'on puisse calculer est élevé, ce qui donne un caractère moderne à M3. Mais il faut tenir compte que c'est une troisième molaire, c'est-à-dire une dent susceptible d'être déformée et sur laquelle on ne peut se fier pour assimiler les deux autres molaires.

Mandibule de la Naulette. — 1° *Dimensions* : les alvéoles seuls peuvent nous donner une indication puisque les dents man-

quent. Ces alvéoles sont profonds, ce qui nous fait supposer que les dents étaient fortes. Il faut tenir compte du fait que cette mandibule a dû appartenir à une femme (d'une trentaine d'années) et que les dimensions auraient probablement été encore plus grandes pour un sujet masculin. En résumé, les alvéoles ont des caractères simiens.

3° *Rapport des dimensions des arrières-molaires entre elles* : elles augmentent de taille d'avant en arrière. Cet accroissement est régulier et porte sur les deux dimensions. Cette mâchoire est plus « anthropoïde » que la moyenne des anthropoïdes. TOPINARD y voit un caractère accidentel, une anomalie plutôt qu'une réversion.

Mandibule de Krapina. — Ses dents sont plus volumineuses que celles des hommes actuels mais elles se rapprochent très sensiblement de celles des races inférieures vivant actuellement, surtout si on se base sur les minima.

1° *Dimensions* :	*longueur*	*largeur*	*indice*
M1	12,04	11,33	94,10
M2	12,07	11,04	91,46
M3	12,01	10,96	91,25

2° *Indices d'Hrdlicka* : les dents sont assez carrées, donc parvenues à un certain stade d'évolution.

3° *Rapport des dimensions des arrières molaires entre elles* : M3 a tendance a être plus petite que la M1 et la M2, mais il faut avouer que les différences sont très faibles.

Homme de la Chapelle aux Saints. — Nous citerons BOULE : « Si, pour apprécier le développement des dents, on se sert de l'indice dentaire de FLOWER on est surpris de voir que l'homme de la Chapelle aux Saints est plus *microdonte* qu'aucun type humain actuel ; son indice n'est, en effet, que de 38, chiffre fort inférieur à la moyenne la plus basse des Européens (40,5). Ce résultat, qui paraît paradoxal, s'explique assez simplement : d'abord parce que la méthode de FLOWER n'est pas à l'abri de toutes critiques, ensuite parce que le volume des dents ne doit pas croître nécessairement avec le volume de la tête osseuse et de la même manière, enfin parce que, étant ici en présence d'un type fossile fort différent des types actuels, il n'y a rien d'étonnant à ce que le rapport entre la longueur des molaires et la largeur de la base du crâne soit aussi fort différente ».

Enfant du Moustier. — 1° *Indices* : l'indice d'HRDLICKA montre que les molaires (et les prémolaires) sont élargies transversalement et raccourcies antéro-postérieurement, ce qui est le signe d'une évolution avancée.

2° *Rapport des dimensions des arrières-molaires entre elles* : M2 est plus petite que M1 (c'est l'inverse chez le dryopithèque dont nous aurons à parler longuement plus loin).

Homme d'Ehringsdorf. — 1° *Dimensions* :

	longueur	*largeur*	*indice*
M2 droite	11,2	11,0	98,2
M1 gauche	11,7	11,0	94,0
M2 droite	12,2	10,8	88,5
M2 gauche	12,0	11,5	95,8
M3	11,7	9,5	81,2

2° *Les indices d'Hrdlicka* sont fort voisins de 100.

3° *Rapport des dimensions des arrières-molaires entre elles* : M3 est nettement plus petite que M1 et M2. M2 est plus grande que M1, particulièrement à gauche. *Aucune mâchoire ne montre la réduction de M3 à un tel degré. La tendance à la disparition de cette dent est donc très ancienne.*

Enfant d'Ehringsdorf. — 1° *Dimensions* :

	longueur	*largeur*	*indice*
M1 gauche.....	11.9	10,5	88,2
M2.....	12,5	10,8	86,4

2° *Les indices d'Hrdlicka* : sont peu élevés, indiquant une évolution peu avancée.

3° *Rapport des dimensions des arrières-molaires entre elles* : M2 > M1. *En général*, la largeur de M2 est plus grande que celle de M1 chez l'enfant et l'homme d'Ehringsdorf ; chez l'homme moderne, en particulier l'Européen, c'est la règle que M1 soit plus forte que M2. L'homme « diluvien » comme l'appelle Virchow ressemble à cet égard davantage à l'anthropoïde que l'homme civilisé.

Femme de la Quina. — 1° *Dimensions* :

	longueur	*largeur*	*hauteur*	*indice*
M1.....	12	11,5	6,5	95,8
M2.....	12,5	12	6	95,9
M3.....	11,5	13	5,5	113,0

2° *Les indices d'Hrdlicka* : sont élevés, indiquant un assez haut degré d'évolution. L'*indice de Flower* montre que les dents sont *mégadontes*.

3° *Rapport des dimensions des arrières-molaires entre elles* : M3 est la plus grosse : c'est un caractère ancestral.

Fréquents sont les cas de ce genre où il y a contraste entre un caractère évolué et un caractère archaïque. (C'est une mise en défaut de la loi de corrélation de Cuvier). On pourrait parler d'un certain balancement, d'une compensation entre des caractères à des stades différents d'évolution.

Homo Sapiens Fossilis :

a) *Race de Grimaldi* :

L'Enfant de la Genière a des dents volumineuses.

Le négroïde de Grimaldi a des dents plus grosses que les dents actuelles. M1 > M2 > M3 ; cette dernière est petite, ridée et a une forme indéfinie. Nous voyons ici l'Homo Sapiens marquer un net progrès évolutif en ce qui concerne la réduction de la dent de sagesse.

L'homme d'Asselar :

1° On peut calculer l'indice de *Flower* : la distance Basion Nasion étant 0 m. 100, nous obtenons :

$$\text{Pour la mâchoire supérieure} \ldots\ldots \frac{0^{m}046 \times 100}{0,100} = 46$$

$$\text{Pour la mâchoire inférieure} \ldots\ldots \frac{0^{m}048 \times 100}{0,100} = 48$$

ce qui classe l'homme d'Asselar parmi les *mégadontes*.

2° *Rapport des dimensions des arrières-molaires entre elles* : M3 est un peu moins grosse que les autres ; c'est un caractère évolué.

b) *Race de Cro-Magnon* :

le crâne de Brno marque la même tendance : la M3 est plus petite et de forme irrégulière. Nous notons le même phénomène chez l'homme du *Placard*.

le crâne masculin de Predmost : M3 est nettement plus petite d'un côté. Elle est d'une forme irrégulière et moins usée que les autres.

les hommes d'Afalou :

1° *Indices* : l'indice de Flower montre que les dents ne sont pas extrêmement développées, eu égard à la massivité des crânes. Dans l'ensemble, les dents supérieures sont *microdontes* et les inférieures *mégadontes*.

La plus grande longueur des dernières dents a pour conséquence le phénomène suivant ; la partie postérieure des troisièmes arrières-molaires inférieures déborde en arrière les dents supérieures correspondantes, ce qui a une importance pendant l'occlusion.

2° *Rapport des dimensions des arrières-molaires entre elles* : le volume diminue de la première à la troisième comme dans les races actuelles civilisées. Parfois, à la mâchoire supérieure, M2 est égale à M1 ou un peu plus grande qu'elle, mais M3 est nettement plus petite que les deux autres et quelquefois ridée, aussi bien en haut qu'en bas.

c) *Race de Chancelade* :

Rapport des dimensions des molaires entre elles : M1 est plus petite que les autres et M3 > M2. Donc le type de Chancelade s'éloigne des races européennes actuelles, et se rapproche des races nègres, ainsi que des mâchoires quaternaires de Spy et de la Naulette (par exemple).

Le Roc. — 1° *Dimensions* : les dents sont un peu plus fortes mais pas tant que les dents de Neanderthal ni que celles de certaines races sauvages actuelles.

2° *Rapport des dimensions des molaires entre elles* : M3 est la plus petite, ce qui est le fait de l'Homo Sapiens actuel.

Conclusion. — Les faits les plus importants à retenir sont les suivants : 1° la troisième molaire est plus petite que les autres et tend à disparaître au cours de l'évolution ; 2° cette tendance à la disparition de la troisième molaire est très ancienne (puisque nous l'avons déjà vue se manifester chez l'homme d'Ehringsdorf).

FORME DES DENTS

Tout d'abord, nous indiquerons brièvement l'aspect actuel de chaque catégorie de dents : I. C. P. M. Puis nous nous étendrons plus longuement sur la description de ces mêmes dents chez les hommes fossiles.

1. — Aspect actuel

A) **Incisives actuelles** :

a) *I. supérieures* : l'incisive centrale $\lfloor \overline{I^1}$ a deux sillons qui séparent *trois lobes*. La racine est conique. L'incisive latérale $\lfloor \overline{I^2}$ est plus petite que la centrale. La racine a une section ovale.

b) *I. inférieures* : l'incisive centrale $\lceil \overline{I_1}$ est la plus petite de toutes et en particulier plus petite que l'incisive latérale (c'est le contraire à la mâchoire supérieure). Elle a *trois lobes*. L'incisive latérale $\lceil \overline{I_2}$ est plus grosse que la précédente.

B) **Canines actuelles** : la canine supérieure est plus grosse que l'inférieure et sa racine est plus volumineuse. En règle générale, la racine des canines est unique et en forme de pivot.

C) **Prémolaires actuelles** : la présence de deux cuspides : une externe et une interne est générale mais non absolue : en effet Bourdelle et Bennejeant décrivent trois cuspides à la deuxième prémolaire inférieure et Choquet en compte même parfois quatre.

a) *A la mâchoire supérieure* la première P. est plus volumineuse que la deuxième et sa cuspide externe ou vestibulaire est plus haute que l'interne ou linguale. La racine de la première est en général bifide et celle de la deuxième tend à être unique, ce qui est en accord avec la taille respective de ces deux dents, la première étant plus grosse et plus solidement implantée.

b) *A la mâchoire inférieure*, inversement, c'est la première P. qui est plus petite que la deuxième. Celle-ci est tricuspide. La cuspide vestibulaire est plus haute que les deux cuspides linguales (la mésiale étant plus grosse et plus haute que la distale).

D'autre part, W. Courtney Lyne note que la pulpe des prémolaires humaines montre une diminution graduelle de taille avec l'âge (fait bien connu des dentistes). Il en est d'ailleurs de même pour toutes les dents.

D) **Molaires actuelles** : Avant de décrire les mâchoires actuelles nous rappellerons brièvement l'évolution des molaires d'après la théorie de la *tritubercule d'Osborn et Cope* qui est maintenant la plus généralement admise.

Examinons *les dents supérieures* (fig. 5) :

A partir du simple cône reptilien à une seule cuspide : le *protocône* (stade 1 ou type *protodonte*) nous voyons apparaître par addition d'une cuspide de chaque côté : *paracône* et *métacône*, le type 2 à trois cuspides ou type *triconodonte*. Puis ces nouvelles formations se disposent en triangle pour donner le type *tritubercule* : stade 3. Enfin, au stade 4 nous voyons s'ajouter l'hypocône, tendant à donner à la couronne une forme quadrangulaire. Celle-ci est alors composée du triangle primitif ou trigone et d'un talon formé par l'hypocône.

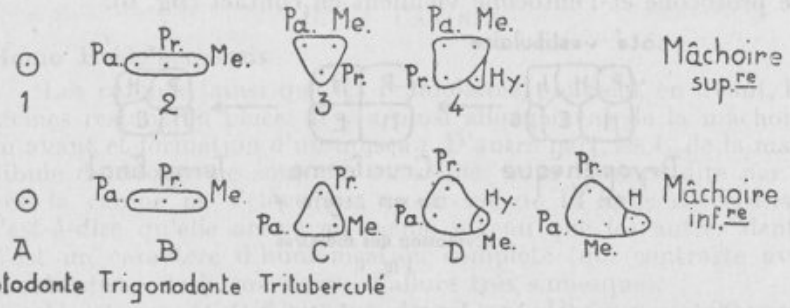
Pour les dents inférieures les termes sont les mêmes avec le suffixe ide ; le talonide se compose de trois denticules : *l'hypoconide*, *l'endoconide* et *l'hypoconulide*.

Chez les molaires *supérieures le protocône est interne ou lingual* ; chez les molaires *inférieures* il est du *côté labial ou vestibulaire*.

Cette théorie étant admise, passons maintenant à la description des molaires humaines actuelles :

a) **Molaires supérieures** : $\lfloor M^1$ a le type quadricuspide avec un triangle et un hypocône surajouté toujours présent, mais qui devient de plus en plus petit et indistinct chez les hommes de races élevées. Le protocône est souvent flanqué du côté lingual d'une cuspide supplémentaire dite cuspide de *Carabelli*. Nous reviendrons sur sa signification. L'hypocône peut disparaître dans $\lfloor M^2$: la dent devient alors tricuspide ; $\lfloor M^3$ est souvent tricuspide ou même bicuspide ou rayonnée.

Les racines sont au nombre de trois : deux externes (l'antérieure plus grosse que la postérieure) et une interne.



Théorie de la trituberculie

Fig. 5

b) **Molaires inférieures** : $\lceil M_1$ est pentacuspide, le paracône (cuspide antéro-interne) a disparu dans les molaires inférieures. $\lceil M_2$ est quadricuspide et $\lceil M_3$ penta- ou quadricuspide. Les racines sont au nombre de deux : l'antérieure plus forte que la postérieure.

2. — Hommes fossiles

Nous considérerons surtout les dents définitives car les dents de lait ne nous donnent pas beaucoup de renseignements :

Pour chaque denture nous examinerons :

— si les I. sont « *en pelle* » ; ce terme employé par Hrdlicka désigne une dent creusée sur sa face linguale et bombée sur sa face labiale ou vestibulaire ;

— si les C. sont en *saillie* : en effet nous savons que chez les Anthropoïdes, les C. très robustes et pointues dépassent le niveau des autres dents.

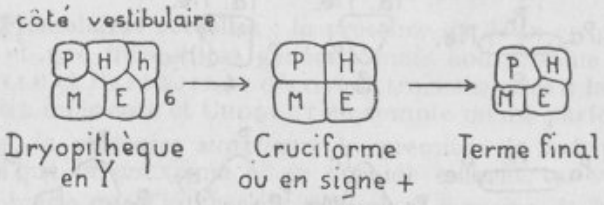
— le cas échéant, les Prémolaires.

— si les molaires sont du type dryopithèque : le Dryopithèque est un singe anthropoïde de la fin du miocène, inférieur aux singes anthropoïdes actuels, lié aux chimpanzés et aux gorilles mais plus primitif. Sa denture est voisine de celle de l'homme et on s'en sert comme type dans les descriptions. Aussi nous semble-t-il utile, avant d'aborder l'étude de la forme des dents des hommes fossiles, de rappeler ce qu'on entend par *type Dryopithèque des molaires* (voir fig. 6 ; les dessins sont toujours arbitrairement orientés

avec la face vestibulaire de la dent dirigée vers le haut et la face mésiale vers la gauche de la page).

Le *type Dryopithèque* se définit sur les molaires *inférieures*. Chez lui, la partie antérieure de la couronne représente tout ce qui reste du trigonide (le paracône ayant disparu) tandis que la partie principale de la dent représente le talonide agrandi. C'est ce qu'on appelle le type *pentacuspide en Y*, caractérisé par le fait que le *métacône et l'hypocône sont en contact*. Au cours de l'évolution, nous allons voir le métacône diminuer de taille et l'entocône augmenter, de telle sorte qu'on arrive au type *cruciforme ou en signe plus*, l'hypocône et le cuspide 6 éventuel ayant disparu.

On obtiendra même par exagération de ce type le schéma où le protocône et l'entocône viennent en contact (fig. 6).



Evolution des molaires
Fig. 6

Grégory met en évidence un fait très intéressant : à savoir qu'on retrouve ce type dryopithèque chez un grand nombre d'individus, notamment chez l'homme de Piltdown, le jeune du Moustier, le sinanthrope et même chez les mâchoires d'hommes modernes (Australiens, Indiens américains), ce qui semblerait indiquer son caractère primordial. C'est pourquoi on l'a pris pour base dans les descriptions dentaires.

Après cet exposé, étudions les quatre catégories de dents à l'intérieur de chaque groupe :

A. — Incisives

Homo Heidelbergensis : les incisives sont « *en pelle* ».

Homo Neanderthalensis :

Krapina : tout d'abord, on peut noter que toutes ses dents frappent par leur forme massive, les I. supérieures sont en pelle, avec une rainure médiane, ce qui fait penser à Kramberger que l'I. humaine est née de la fusion de deux I. D'autre part, on voit sur l'aspect lingual des incisives de l'homme de Krapina un gros développement du cingulum.

Enfant d'Ehringsdorf : chez les modernes, I^2 est réduite ou manque : elle est en voie de disparition ; déjà chez les orangs-outans, elle est plus petite que I^1.

Les I. inférieures sont courbées en direction labio-linguale : c'est ce que Virchow appelle *kyrtodontie*.

Enfant de la Quina : les I. ont un émail épais. I^1 a 11 $^m/_m$ de large, alors que l'actuelle en a 9. La face linguale (ou palatine) affecte la forme d'une cuillère assez profonde. Les I^2 sont incluses dans leurs alvéoles. Leur bord est crénelé en trois nodules d'émail ; la dent a 8 $^m/_m$ de large alors que l'actuelle en a 7.

Homo Sapiens Fossilis :

a) *Race de Grimaldi* : *homme d'Asselar*, les incisives inférieures sont très hautes et dépourvues de biseau d'usure à cause du manque d'antagonistes.

b) *Race de Cro-Magnon : l'homme d'Afalou* (quand il possède ses incisives) les a bien développées et dépassant les prémolaires.

c) *Race de Chancelade* : les individus appartenant à cette race ont des incisives normales.

Conclusion. — Le fait à retenir est la tendance évolutive à la disparition de la deuxième incisive supérieure. Chacun peut, en effet, constater que, chez l'homme actuel, l'I^2 est très réduite par rapport à I^1.

B. — Canines

Homo Heidelbergensis :

Les canines (ainsi que les prémolaires, poussent en avant, les racines restant en place. Il y a ainsi allongement de la mâchoire en avant et formation d'un museau. D'autre part, les C. de la mandibule de *Mauer* ne sont pas en saillie, nous voulons dire par là que la canine ne s'élève pas au-dessus de la ligne d'occlusion, c'est-à-dire qu'elle arrive au même niveau que les autres dents. C'est un caractère d'humanisation complète (qui contraste avec la robustesse de la mâchoire, d'allure très simiesque).

La canine de *Piltdown* ne devait pas dépasser sensiblement le niveau des autres dents car les couronnes des molaires sont abrasées. Cette canine est élevée, conique et volumineuse pour un homme mais bien petite pour un anthropoïde. Elle est, quant à sa position, intermédiaire entre celle de l'homme et celle de la femelle du chimpanzé. En effet, chez les anthropoïdes, les canines sont disposées latéralement sur la mâchoire alors que chez l'homme, elles sont frontales, c'est-à-dire disposées à la partie tout-à-fait antérieure de la courbe de la mâchoire. Il y a donc eu, au cours de l'évolution, transfert des canines vers l'avant. Nous pouvons dire que, du point de vue des canines, l'humanisation a commencé chez l'homme de *Piltdown*.

Homo Neanderthalensis ;

chez l'*homme de Krapina* les canines sont légèrement plus hautes que les incisives et ont la forme « en pelle » ;

chez l'*homme de la Chapelle aux Saints* et l'*enfant du Moustier*, les canines ne dépassent pas le niveau des dents voisines). Chez ce dernier, les canines (ainsi que les incisives d'ailleurs), présentent un cingulum bien développé ;

chez l'*homme d'Ehringsdorf* nous pouvons noter une particularité de la racine de la canine gauche, qui est simple en haut, mais divisée dans le bas ;

chez l'*enfant d'Ehringsdorf*, les canines dépassent de très peu le bord coupant des I, malgré que ce soit ces dernières qui soient les plus usées. Les canines ont une protubérance linguale qui les fait ressembler à des incisives. D'autre part, elles ressemblent à des prémolaires par la présence de protubérances latérales. Ainsi les canines empruntent les caractéristiques des deux genres de dents entre lesquelles elles se trouvent placées ;

dans le crâne de la Quina, les canines supérieures sont grosses et ont un émail épais. Les inférieures sont grosses également et leur émail plissé rappelle celui des incisives. Il y a tendance au rétrécissement du collet et à la bifidité des racines, ce qui est l'indice d'une solide implantation ;

chez l'enfant de la Quina, les canines supérieures (temporaires) manquent. L'examen de leur alvéole ne fait pas supposer une racine sillonnée ou bifide.

Homo Sapiens Fossilis :

Les canines ne sont jamais en saillie bien qu'elles soient assez fortes chez l'*homme d'Afalou*.

Conclusion. — L'évolution se marque dans la diminution de taille de la canine qui perd le rôle extrêmement puissant et presque défensif qu'elle avait chez les anthropoïdes.

C. — Prémolaires

Homo Neanderthalensis :

Homme de Krapina : les P. supérieures ressemblent aux canines : la cuspide labiale est réduite et la cuspide linguale bien développée.

Enfant d'Ehringsdorf : la $\overline{P_1}$ droite est pointue comme une canine. Comme dans tous les autres Neanderthaliens, le cingulum et ses différenciations manquent sur les prémolaires.

La morphologie de $\overline{P_2}$ n'est pas toujours purement du type prémolaire c'est-à-dire à deux cuspides, mais elle en présente parfois trois ou même quatre. Virchow a constaté cette particularité chez une espèce de singe : macacus necki et même chez les hommes.

Femme de la Quina : nous examinerons seulement les dents qui nous ont paru présenter un intérêt, la P^1 droite est plus grosse que chez l'Européen (la longueur dépasse de 3 $^m/_m$ la longueur maximum moderne). Cette dent a deux cuspides. La racine est dédoublée en une colonne jugale et une colonne palatine unies par un pont qui occupe les quatre cinquièmes de la hauteur.

Sur $\overline{P_1}$ droite, la face labiale de la couronne est bombée. La cuspide linguale est assez peu usée et le lobe intérieur est très bombé : c'est un caractère *ancestral*. Cette dent a subi une rotation en dehors sur son axe : c'est encore un caractère ancestral que l'on retrouve dans la première denture de l'enfant et chez les anthropoïdes.

La $\overline{P_1}$ gauche a la face labiale de sa couronne losangique. On remarque un fort bombement du lobe antéro-externe. Ce caractère existe sur la P_1 de l'enfant et la P_2 des anthropoïdes. C'est une tendance à la conservation d'un type primitif. On note une rotation de la dent sur son axe : l'angle antéro-externe est porté en dehors.

La $\overline{P^2}$ gauche est plus petite que P^1. Elle a deux cuspides. La racine tend à être bifide.

La $\overline{P2}$ droite est un tiers plus large que l'actuelle et a une face palatine losangique (comme P1). La racine a tendance à être divisée en quatre — tendance indiquée par des sillons — mais néanmoins elle reste unique.

Conclusion. — L'étude des prémolaires, dents intermédiaires entre les C. et les M., nous montre que ces dents acquièrent de plus en plus une morphologie d'un type molaire, s'éloignant ainsi du type canine. Le fait à retenir est que les P. deviennent définitivement bicuspides, exception faite pour la deuxième inférieure qui est tricuspide.

D. — Molaires

Homo Heidelbergensis :

Mandibule de Mauer : les molaires sont du type dryopithèque. Le trigonide est plus étroit que le talonide. Il y a agrandissement du talon et réduction de l'hypoconulide qui persiste cependant encore. Au lieu de faire saillie en forme de talon comme chez les singes, il est déjà diminué et encastré entre les deux denticules voisins.

Les molaires rapportées à l'*Homo Dawsoni* (homme de Piltdown) par Sir Arthur Smith Woodward montrent un dessin de couronne qui est sans aucun doute le même que le dryopithèque (fig. 6). Bien que plus usées, les trois cuspides vestibulaires et les deux cuspides palatines existent. Les cinq cuspides sont bien développées. L'hypoconulide a son bord postérieur plus saillant que chez l'homme. Les cuspides du talonide sont séparées des autres cuspides non seulement sur la surface triturante, mais aussi sur les côtés extérieurs de la couronne. Ce fait (spécifique) n'est jamais retrouvé chez l'homme, mais existe chez un orang. La molaire gauche a cinq cuspides : deux externes ou vestibulaires, deux internes ou linguales et une cinquième qui est la plus intéressante : chez l'*homme de Pilldown*, elle est présente, bien développée sur la deuxième molaire. On peut admettre qu'elle existait sur la troisième. Chez le *gorille*, la cinquième cuspide est plus développée sur la troisième molaire que sur la deuxième. Chez les individus où M2 = M1, elle est plus développée sur M1 que sur M2. Chez l'*homme actuel* et le *chimpanzé*, où la troisième molaire est plus petite que les autres, la cinquième cuspide disparaît sur M3, parfois sur M2 et même sur M1.

Les racines ne sont pas soudées. Elles sont plus petites, par exemple, que celles de la femelle d'orang : ceci est naturel car la mandibule choisie pour la comparaison est plus haute et plus volumineuse que celle de Piltdown. Les racines sont courtes (12 $^{m}/_{m}$ au lieu de 15 chez les modernes). Elles sont courbées et bien séparées, comme chez les races modernes les plus primitives. Au point de vue aspect général, la petitesse des molaires de Piltdown est en complet accord avec la taille de la mandibule, qui est inférieure dans toutes ses dimensions à celle de la femelle d'orang actuel.

Homo Neanderthalensis :

Enfant de Gibraltar : les molaires inférieures ont cinq cuspides mais M_2 a un sixième tubercule remarquablement développé. La M_1 a un trigonide de même largeur que le talonide. Les racines des molaires supérieures sont très divergentes. Les dentistes ont l'habitude de regarder la fusion des racines comme un signe de dégénérescence, comme dans le cas de la dent de sagesse moderne. Un meilleur examen cependant montre que la

fusion des racines chez l'homme primitif est plutôt due à un réel accroissement de leur épaisseur (Norris Snell).

Mandibule de la Naulette : il faut se contenter d'examiner l'alvéole. L'existence de cinq racines dans l'alvéole de M3 indique qu'il y avait cinq cuspides d'après Broca. En effet, il pense que le nombre des cuspides est égal au nombre de racines, mais il peut y avoir moins de racines que de cuspides à cause de la soudure des premières. Au contraire, Topinard a vu sur le moulage de l'alvéole, quatre empreintes de racines et non cinq. D'après Darwin, l'amoindrissement de M3 ou son absence est une supériorité, la multiplication de ses parties une infériorité. Il est difficile de conclure avec exactitude.

Homme de Krapina : a) les dents sont conformes au type Dryopithèque à cinq tubercules avec une tendance vers le type quadricuspidé. M3 a même trois cuspides avec un hypocône réduit. Il y a tendance à la soudure des racines en un seul gros bloc. La dent est implantée profondément et solidement, ce qui semble indiquer une grande puissance de mastication.

b) Gorjanovic-Kramberger voit un tubercule de *Carabelli* sur les molaires. C'est Jeanselme qui définit le tubercule de *Carabelli* comme une cuspide surnuméraire appendue à la face *interne* ou linguale de la couronne et ne descendant pas jusqu'au niveau de la surface triturante (ou masticatrice). Ce tubercule existe surtout sur M1 et souvent sur M2, exceptionnellement sur M 3. Choquet signale sa présence sur la deuxième molaire temporaire. On croyait autrefois que cette cuspide était un signe d'hérédosyphilis mais on sait maintenant que la réaction de Wassermann n'est pas forcément positive chez les individus la possédant.

Le tubercule de Carabelli serait le vestige le plus dégradé de denticules bien développés chez les Lémuriens et certains singes, denticules émanant du cingulum qui pousserait des prolongements cuspidiens.

c) Un phénomène concernant les *plis de l'émail* a été signalé par Gorjanovic-Kramberger dans une étude de l'homme de Krapina ; il note l'importance phylétique de la disposition de ces plis qui, non seulement est réglée suivant des normes précises mais encore correspond dans une très large mesure, à celle des dents des anthropoïdes. Quand on examine le système de plis (qui se divisent en plis principaux et plis secondaires fourchus) on voit qu'il y a un schéma analogue chez l'anthropomorphe et l'homme de Krapina.

Homme de la Chapelle aux Saints : les molaires supérieures devaient avoir quatre cuspides bien développées et les inférieures cinq. Le développement relativement énorme des arrières-molaires doit faire supposer que la morphologie de leurs couronnes était du même type que le négroïde de Grimaldi et certains Océaniens actuels. Le développement des cuspides doit être en proportion de l'allongement des bords alvéolaires. A la mâchoire supérieure, les deux dernières molaires devaient avoir, comme la première, une couronne carrée et composée de quatre cuspides distinctes, au lieu d'être subtriangulaires et à trois cuspides, comme chez les hommes actuels de races civilisées. A la mâchoire inférieure, les deux dernières dents devaient présenter une cinquième cuspide

séparée qui augmentait singulièrement la surface triturante. Et cela est conforme à ce que nous pouvons observer sur les rares spécimens de denture bien conservés des hommes du Pleistocène inférieur et moyen : Mauer, Spy, Malarnaud, Krapina, La Ferrassie.

Enfant du Moustier. KLAATSCH (1909) qui découvrit les dents du jeune du Moustier reconnaît le caractère essentiellement humain des couronnes des M. inférieures, mais ne les compare pas avec les M. des Anthropoïdes. En 1916, cependant, GREGORY note que les M. inférieures du Moustier, non seulement possèdent les cuspides des Anthropoïdes, mais aussi les traces nettes des rainures du dryopithèque. La M^1 possède quatre tubercules et un tubercule de *Carabelli*. M_1 et M_2 ont cinq cuspides (trois externes et deux internes). Le trigonide est plus étroit que le talonide et (surtout sur M_2) très large en proportion de la longueur. Le métaconide est plus petit que le protoconide.

Homme d'Ehringsdorf : pour M1, le type à cinq cuspides n'est pas douteux. Les racines ont quelque chose de très simiesque, surtout à droite où la racine antérieure est légèrement courbée. Les deux racines sont courbées et se rapprochent par les pointes.

Pour M2 : le type à cinq cuspides est très net à gauche, mais il n'est pas non plus douteux à droite. Le fait que ce type pentacuspide soit plus apparent à gauche provient de ce que l'usure n'est pas aussi forte de ce côté.

Les racines sont légèrement courbées vers l'arrière.

Pour M3 : le type de la couronne ne peut être identifié en raison de l'usure. (Les dimensions varient à droite et à gauche. Cela arrive aussi dans la mandibule de Mauer ; chez les Anthropoïdes également, ces différences ne sont pas rares).

Chez l'*homme de Krapina*, on note une torsion en arrière des racines de M3. (La M3 manque, mais on peut voir le même processus dans son alvéole). Selon ADLOFF, le phénomène n'est pas rare chez les modernes.

— *Enfant d'Ehringsdorf* : le type à cinq cuspides est évident. Le trigonide de M_2 est plus étroit que le talonide. Le métaconide a la même taille que le protoconide. La surface linguale de $\frac{M^1}{}$ est plus bombée que chez l'homme actuel et possède une protubérance près de la base de la couronne : c'est la cuspide de *Carabelli*.

— *Femme de la Quina* : M^1 à quatre cuspides (l'antéro-externe plus grosse que les autres) et trois racines (la palatine est plus longue que les autres et son extrémité incurvée est vers le centre de la dent.)

M_1 a cinq cuspides. Les racines forment deux pyramides aplaties, l'une antérieure ou mésiale, l'autre postérieure ou distale. Chaque racine tend au dédoublement.

Il y a tendance à la subdivision des racines qui aboutit presque dans M_2 à la formation de quatre racines.

La distinction des cuspides de M3 est malaisée. Il y a deux racines principales : une palatine et une jugale.

Enfant de la Quina : M^1 est plus forte que l'actuelle, et a quatre cuspides. Le sillon qui limite les deux cuspides palatines se prolonge sur la racine de même nom. Les sillons sont très profonds et compliqués de sillons secondaires perpendiculaires, ce qui donne

un aspect plissé à la dent. Il y a trois racines. *La mésiale est la plus grosse : elle correspond à la plus grosse cuspide.* Les racines sont réunies entre elles par un pont de substance.

M^2 est incluse dans l'alvéole et a quatre cuspides. Les racines ne sont pas encore apparues.

Homo Sapiens Fossilis :

a) *Race de Grimaldi* :

Enfant de la Génière :

M^1 a quatre cuspides comme M^2.

M_1 est très grosse et pentacuspide.

Les fortes dimensions de ces dents font prévoir un grand développement d'avant en arrière de l'arcade dentaire.

Le négroïde de Grimaldi : se rapproche des Australiens par ses molaires. On note un développement exagéré des molaires d'avant en arrière. Les molaires supérieures sont allongées, surtout M^2. M^3 n'est pas atrophiée et conserve son hypocône bien reconnaissable. Les molaires inférieures sont remarquables sur un très beau spécimen de l'Institut de Paléontologie Humaine. M_1 a cinq cuspides. M_2 en a quatre. M_3 et la précédente sont plus allongées que M^1.

Homme d'Asselar : les M3 sont nettement quadricuspides, ce qui est un caractère primitif ou archaïque.

b) *Race de Cro-Magnon* :

Combe Capelle :

M^1 a quatre tubercules auxquels s'ajoute un tubercule de Carabelli.

M^2 a quatre tubercules, ainsi que M^3.

Afalou :

M^1 a quatre tubercules comme l'homme actuel.

M^2 n'est qu'exceptionnellement tricuspide, c'est-à-dire, avec protocône, paracône et métacône, en triangle.

M^3 a trois tubercules (l'hypocône est atrophié) et est parfois ridée.

L'hypocône est isolé par un sillon bien marqué. Il est très développé, et sa saillie arrive sur le même plan que les deux autres.

M_1 a quatre tubercules (il y en a cinq chez les Européens) ; l'hypoconulide manque.

M_2 a quatre tubercules en croix.

M_3 a quatre ou cinq tubercules et est souvent ridée.

c) *Race de Chancelade* : *l'homme du Roc* ne présente pas de particularités intéressantes à ce point de vue.

Conclusion. — Nous pouvons conclure avec Gaudry, que suit Boule, que chez les races inférieures, les couronnes des arrières-molaires ont des éléments (denticules, cuspides ou tubercules) un peu plus nombreux et plus compliqués que chez les races supérieures, ce qui les rapproche à cet égard des grands singes. Ce caractère est lié à la mégadontie, la *réduction du volume des dents* entraînant la simplification des couronnes, d'abord par *réduction du volume des cuspides*, puis *par réduction de leur nombre.*

(A suivre).

LES ÉPITHÉLIOMAS DES MAXILLAIRES SUPÉRIEURS

Par le Dr Pierre CERNÉA,
Stomatologiste des Hôpitaux.

(Communication à la Société d'Odontologie, 8 octobre 1946

616.31.006

Les épithéliomas du maxillaire inférieur ne sont pas nouveaux, mais l'affection est suffisamment grave et redoutable pour que de temps à autre il soit nécessaire de faire le point parmi les thérapeutiques modernes.

Parmi les cancers de la cavité buccale, les épithéliomas du maxillaire inférieur sont relativement rares, mais ils posent des problèmes diagnostiques et thérapeutiques spéciaux et difficiles. Ces tumeurs évoluent au contact de l'os et l'envahissent parfois.

L'électro-chirurgie apporte dans ce domaine et dans celui de notre spécialité des progrès appréciables.

Avant d'envisager les aspects cliniques de ces épithéliomas, nous verrons les possibilités offertes aujourd'hui par l'électro-chirurgie.

L'électro-chirurgie utilise les effets des courants de haute fréquence. Ce sont des courants alternatifs dont les périodes atteignent au minimum 100.000 par seconde. Ils ont des actions différentes, selon la manière dont on les produit et dont on les emploie.

Schématiquement, ils proviennent de deux sources différentes :

— Soit les appareils à lampes qui fournissent un courant du type des ondes entretenues, et donnent un effet de section ;

— Soit les appareils à éclateur qui donnent les ondes décroissantes ; les successions de ces trains d'ondes donnent à ces courants un aspect irrégulier, discontinu, ils ont surtout un effet coagulant. Seuls ces derniers vont retenir notre attention, car ils permettent de faire des destructions, *in situ*, à la demande des lésions, à l'inverse du bistouri qui vise à une exérèse.

Le passage d'un courant coagulant provoque, au contact de l'électrode, des modifications des tissus. Ils vont pâlir, puis bouillir, et quand ils seront désséchés, ils se carboniseront. Autour de l'électrode, il existe donc deux zones : une dans laquelle la température de mortification des tissus a été atteinte, l'autre, plus éloignée, dans laquelle les cellules auront simplement subi un effet calorique n'entraînant pas la mort.

A la limite des deux zones, un sillon va se former, circonscrivant l'escarre.

Ces notions sont très anciennes : en 1907, Doyen avait été très séduit par les possibilités des applications diathermiques. Et il s'était intéressé à la thermo-sensibilité cellulaire. Doyen a montré que, pendant l'échauffement, les cellules cancéreuses sont détruites avant les cellules saines. Ces travaux ont été repris après

la guerre de 1914-1918 et il semble bien qu'on soit arrivé à les confirmer expérimentalement. Ainsi, autour de l'escarre, il existe une « zone de sécurité » dans laquelle la cellule saine est respectée, la cellule néoplasique détruite.

Cette thermo-sensibilité des cellules cancéreuses est comparable à leur radio-sensibilité.

L'action sur l'os du courant diathermique est beaucoup moins connue : au Brésil, KROEFF, en France, GERNEZ et MOULONGUET, ont montré qu'il est possible de coaguler l'os de la même façon que les tissus mous. Cette notion nous paraît essentielle.

Il devient aisé de pratiquer des résections du maxillaire interrompant la continuité de l'os mais également des sections en épaisseur « en tranches » permettant de conserver une table, soit l'interne, soit l'externe, ou de supprimer la portion alvéolaire en respectant le bord basilaire.

Ces quelques données montrent l'intérêt de cette technique dans le traitement des épithéliomas du maxillaire inférieur.

Le terme d'épithéliomas du maxillaire inférieur est fâcheux car l'os est un tissu conjonctif et ces tumeurs proviennent des tissus voisins : la muqueuse du plancher ou de la joue, les débris épithéliaux intra-osseux qui donnent naissance habituellement à des tumeurs bénignes. Ils évoluent surtout chez l'homme et classiquement après 40 ans, selon deux types :

Les épithéliomas de surface et les épithéliomas térébrants, décrits par LEMAITRE et RUPPE.

Les épithéliomas de surface débutent le plus souvent par une ulcération siégeant au voisinage d'une dent et se traduisant par des gingivorragies peu douloureuses. Cette ulcération encore petite présente tous les caractères d'une ulcération cancéreuse et il faut en faire le diagnostic dès ce stade ; plus tard, la lésion va coiffer le maxillaire en arceau, elle déborde vers le plancher, vers la joue, le but de l'examen à ce stade est de rechercher l'extension du néoplasme.

Les épithéliomas qui naissent au niveau du triangle rétromolaire se développent avec une grande facilité vers la joue ou vers le voile, ils entraînent rapidement du trismus et sont toujours d'un fâcheux pronostic. Il est banal de rappeler que deux recherches se font systématiquement : celle de l'adénopathie, celle des lésions osseuses grâce à la radiographie. Les aires ganglionnaires seront explorées dès le début, non seulement du côté atteint, mais du côté opposé, et l'on peut trouver souvent précocement des ganglions durs, franchement néoplasiques ou inflammatoires dont la nature reste douteuse. La radiographie, théoriquement, ne doit pas montrer d'atteinte osseuse dans ces formes, le maxillaire étant simplement érodé, on est surpris parfois de voir une véritable fonte alvéolaire : sur le cliché, les dents paraissent flotter dans une pseudo-cavité.

Les formes térébrantes pénètrent le maxillaire et vont se développer dans le corps de l'os, elles sont beaucoup plus intéressantes au point de vue diagnostic : elles simulent la plupart des affections que nous avons l'habitude de traiter : les unes ressem-

blent à certaines formes de pyorrhée, les dents tombent expulsées par la tumeur. L'une des formes les plus fréquentes simule une ostéite subaiguë du maxillaire accompagnée de peu de fièvre et d'élimination de petits séquestres et de suppuration, elle siège avec prédilection dans la région de l'angle et peut induire longtemps en erreur. D'autres épithéliomas se révèlent par une anesthésie ou par une névralgie du nerf dentaire inférieur.

Après s'être développé dans le corps de l'os, le néoplasme va grignoter les tables et apparaître dans la joue ou dans le plancher buccal ; mais cette évolution est souvent si insidieuse qu'il est utile de toujours rechercher une fracture spontanée au cours de l'examen de ces malades. L'image radiologique de ces épithéliomas a été bien décrite par RUPPE : l'os paraît « mité », perforé par une série de petits trous qui représentent son envahissement par les bourgeons cancéreux.

Le traitement de ces épithéliomas se divise en :

— traitement de la lésion locale,

— traitement des chaînes ganglionnaires.

On n'applique plus guère la technique de MORESTIN qui consistait à enlever en bloc la tumeur et les ganglions, car le malade supportait difficilement un choc opératoire aussi important ; dans un premier temps, le traitement de la tumeur sera fait grâce à l'électro-coagulation ; secondairement, on procédera à l'ablation des chaînes ganglionnaires, chaque fois que cela sera possible.

L'examen pré-opératoire revêt ici une grande importance, car il faut connaître à l'avance l'étendue des destructions que l'on veut pratiquer en s'aidant des examens cliniques et radiologiques. La position du malade au cours de l'intervention n'est pas indifférente : nous connaissons tous la facilité avec laquelle nous intervenons sur le maxillaire inférieur en position assise sous anesthésie régionale. Nous donnons la préférence aux anesthésies de base complétées par les anesthésies régionales qui évitent les complications pulmonaires.

Dès lors, la conduite de l'intervention s'opère d'une façon très simple ; s'il s'agit d'une tumeur bourgeonnante, sous l'application de l'électrode, la tumeur disparaît et l'on obtient une surface plane qui en est le pédicule d'implantation qu'il faudra détruire ; à l'inverse, les formes infiltrantes, ulcérées, obligent à des destructions par couches successives sans jamais atteindre la carbonisation ; après l'ablation de la plus grande partie du coagulum sans atteindre les tissus vivants, on procède à une nouvelle application diathermique et, de proche en proche, on déborde rapidement les limites de la tumeur. L'électro-coagulation terminée, les tissus qui étaient indurés se sont assouplis et l'on ne trouve plus trace de la tumeur autrefois palpable. Les destructions osseuses s'opèrent par simple application de l'électrode sur l'une des tables ou sur les deux si l'on désire faire une résection intéressant la continuité osseuse. Les dents peuvent être extraites sans hémorragie et très aisément après l'application de l'électrode sur la couronne. A la fin de l'intervention, on obtient une plaie sèche, un os sec et blanc ; malgré leur importance, ces destructions sont bien supportées et ne provoquent pas de choc opératoire ; il n'y a jamais

d'accidents inflammatoires autour des escarres qui ne déterminent jamais de suppurations ganglionnaires.

Dans le service du Dr Richard, nous administrons la pénicilline post-opératoire, elle supprime les réactions inflammatoires habituelles à toutes les interventions pratiquées par voie buccale, il ne reste plus que les inconvénients liés à la coagulation, l'escarre s'élimine en dix à vingt jours et découvre une plaie propre et nette. La nécrose osseuse évolue beaucoup plus lentement et le séquestre ne tombe qu'à partir du 45e jour. Cela rend inutile un appareillage pré-opératoire lorsqu'une solution de continuité doit se produire ; et cela permet de réaliser cette prothèse quatre ou cinq semaines après l'intervention en connaissant exactement l'étendue de la perte de substance future, puisque le séquestre est visible sur les radiographies. A cette date, la cicatrisation de la muqueuse est en bonne voie.

L'électro-chirurgie permet le traitement de ces tumeurs par voie buccale et il n'est pas inintéressant de comparer ces résultats aux interventions chirurgicales pratiquées par les moyens habituels sous anesthésie générale ; ces dernières ont toujours entraîné une mortalité importante par leurs complications pulmonaires, si l'on s'en réfère aux travaux parus avant la guerre.

La présence de l'os interdit la curie-thérapie ou la roentgen-thérapie en raison des radio-nécroses. Il semble donc que l'électro-chirurgie apporte un progrès incontestable ; il est encore des plus remarquables pour les épithéliomas du plancher buccal accolés au maxillaire ; les inconvénients du radium sont déjà connus et l'exérèse chirurgicale de ces épithéliomas est fort difficile, alors que leur destruction sur place par électro-coagulation est des plus simples.

Mais cela ne veut pas dire que nous éliminions délibérément les interventions par voie externe : elles trouvent, combinées à l'électro-coagulation, leur application à certains épithéliomas de l'angle du maxillaire. Ce sont ces formes térébrantes ayant envahi la plus grande partie de l'angle et s'associant à une adénopathie sous-angulo maxillaire qui paraît fixée à l'os ; il est dès lors bien difficile de pouvoir séparer la tumeur proprement dite de son paquet ganglionnaire. Les conditions locales ne paraissent pas désespérées, la joue est intacte, le trismus encore peu marqué. On ne peut penser, par la chirurgie, séparer la tumeur de son adénopathie et l'exérèse se heurte au niveau du plancher, aux obstacles habituels : dissémination, difficulté d'accès.

L'électro-coagulation ne peut espérer à elle seule détruire l'infiltration ganglionnaire. Les opérations combinées nous ont donné de meilleurs résultats.

Au cours de la même intervention, on pratique dans un premier temps, suivant la technique déjà vue, et sous anesthésie de base, complétée par une anesthésie régionale, l'électro-coagulation des lésions buccales, en descendant le long de la face interne du maxillaire à la limite des lésions, il en est de même du côté externe, l'os malade est coagulé. Puis, sous une anesthésie générale qui sera très modérée, on pratique l'évidement ganglionnaire sous-maxillaire et la résection de l'angle et de la broche montante

avec désarticulation du condyle, la section osseuse étant passée en os sain. La pièce opératoire comprend donc : la tumeur coagulée, le maxillaire inférieur avec ses masses musculaires et la loge sous-maxillaire, le tout d'un seul bloc. Il semble que cette technique limite le choc opératoire, puisque le dernier temps pratiqué sous anesthésie générale peut-être conduit assez rapidement : elle s'adresse évidemment à des sujets robustes et ne dispense pas de compléter l'évidement ganglionnaire dans un second temps.

Le traitement des aires ganglionnaires, quand on a réalisé l'électro-coagulation de la tumeur, a lieu après la chute des escarres. Chaque fois que cela sera possible, on donnera la préférence à un évidement ganglionnaire suivant la technique décrite par Roux-Berger et supprimant la veine jugulaire et les sterno cleido-mastoïdiens.

Quels résultats peut-on attendre de ces interventions ? ils seront sûrement meilleurs que ceux qui relèvent d'un traitement purement chirurgical ou curie-thérapique.

Les observations publiées par Moulonguet comportaient déjà des guérisons dont certaines dataient de 7 ans.

Nous avons malheureusement perdu de vue nombre de malades opérés avant la guerre mais, si on se réfère aux résultats que nous avons obtenus depuis cinq ans dans le service du Dr Richard, ils paraissent être de l'ordre de 35 à 40 %

Ce résultat, bien que non définitif, est déjà très favorable, car on ne voit malheureusement ces malades que trop tardivement. C'est d'un diagnostic précoce que dépend l'amélioration des statistiques.

LE TEMPS, NOTION PRIMORDIALE, EN ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

Par le Dr Roger VILLAIN
Orthodontiste à Cannes.

(Communication au Congrès de l'A. F. A. S., Nice, septembre 1916)

Lors du dernier Congrès d'Orthopédie dento-faciale qui s'est tenu à Paris en juin dernier, nous avons envisagé l'orthodontie d'un point de vue social et nous avons vu combien serait grande la tâche des praticiens pour répondre à une véritable évolution sociale ; nous avons en effet, reconnu que 50 % des enfants présentaient une malformation dento-faciale.

Tout en préconisant la formation d'un cadre d'orthodontistes, je précisais que l'aide de tous les omnipraticiens était actuellement indispensable pour généraliser l'orthopédie dento-faciale et ne plus laisser croire qu'il s'agissait là d'une thérapeutique sujette à caution.

J'émettais donc le vœu que les spécialistes entreprennent de vulgariser parmi leurs confrères omnipraticiens, quelques principes élémentaires de l'orthodontie pour que le praticien ne soit pas rebuté par ce travail souvent ingrat et que lui soient évités les gros insuccès préjudiciables à tous.

Il ne s'agit donc pas de vous présenter tel ou tel mécanisme pour obtenir plus ou moins facilement tel ou tel déplacement ; cela, je considère que l'on peut sans crainte l'abandonner à l'ingéniosité dont tous les praticiens font preuve dans l'exercice de leur art.

Je voudrais, tout au contraire, que vous soient exposées les idées directrices que nous avons toujours à mettre en pratique dans la généralité des cas qui se présentent à vous, et je suis particulièrement heureux de voir M. Tacail vous exposer un problème fondamental comme celui de l'appareillage vu du point de vue général et vous aurez sûrement beaucoup à apprendre de sa grande expérience.

Pour ma part, je vous parlerai donc de la notion de temps en orthopédie dento-faciale et j'espère vous en montrer toute l'importance : j'envisagerai deux points principaux :

Primo : la notion de temps pour le début du traitement ;

Secondo : la notion de temps au cours du traitement.

Pour cette première partie, j'aurai certainement assez de mal à vous guider d'une façon très précise, car c'est là tout le problème de la *date de début du traitement*, et cette date est variable suivant les cas, mais très précise pour chacun d'eux.

Ceci revient malheureusement à dire qu'il faudrait connaître à fond tous les cas d'orthodontie qui peuvent se présenter à vous ; néanmoins, je crois pouvoir faciliter votre tâche en vous donnant quelques points de repère importants en partant de la naissance de l'enfant, car nous devons considérer qu'un cas d'orthodontie

peut être suivi même chez le nourrisson ; on ne doit jamais dire à des parents : » On a le temps », phrase qui hélas a été trop souvent prononcée ! et bien au contraire, je dois rappeler ici toute l'importance de notre rôle dans le dépistage des malformations.

Même chez le jeune patient de tous les jours, nous devons donc essayer, quel que soit son âge, de faire un diagnostic simple peut-être, mais toujours envisagé dans les trois sens : frontal, saggital et vertical ; si, au début, vous restez sans réaction devant les premiers enfants que vous examinerez, faites néanmoins un examen attentif, non seulement bouche ouverte, mais aussi bouche fermée et les deux mâchoires en occlusion et ainsi vous arriverez vite à dépister les anomalies, c'est là une simple question d'habitude et toute idée d'habitude implique avant tout l'idée de pratique.

Nous devons donc avertir les parents et leur dire « votre enfant présente une malformation dento-faciale ou n'en présente pas », actuellement on peut faire tel ou tel traitement, ou bien, vous ramènerez l'enfant à telle ou telle époque, mais surtout fixons la date.

Et maintenant, reprenons notre enfant à sa naissance. Chez le nourrisson, nous pouvons obtenir une action tout à fait bienfaisante avec la myothérapie et les massages, et je rappelle ici une communication faite par mon oncle, Georges VILLAIN, il y a près de 25 ans ; il s'agissait d'un cas d'endognathie parfaitement traité par les massages entre 2 ans et 3 ans. Voici donc pour une première période, de la naissance à 3 ans environ.

Une deuxième période peut être envisagée de 3 ans à 6 ans ; celle-ci assez creuse d'ailleurs, quant aux possibilités de traitement. De 6 ans à 7 ans, c'est la période de surveillance de l'évolution des incisives et si une tendance à l'articulation croisée se manifeste, nous devons toujours éviter de la laisser s'établir.

Puis l'enfant atteint 7 ans et dès que ses incisives définitives sont poussées, c'est là une date capitale dans son avenir dento-facial. En effet, de deux choses l'une : ou nous faisons notre traitement sur des dents de lait et alors, si nous laissons passer cette date, nous sommes sûrs de voir notre traitement interrompu ou bien inutilement prolongé par la chute des molaires de lait et l'évolution des prémolaires ;

Ou bien nous jugeons que l'enfant n'est pas assez développé ou trop indocile pour être soigné et alors nous attendons 10 ou 11 ans, c'est-à-dire l'évolution complète des prémolaires, celle des canines pouvant fort bien se faire durant notre traitement.

Mais si vous renoncez à soigner un enfant de 7 ans, interrogez-vous pour savoir si vous avez bien cherché à adapter votre appareillage à un jeune patient et si, après un traitement fait tardivement, votre cas récidive partiellement, je ne voudrais pas que vous ayez à vous le reprocher.

Mon rôle aujourd'hui n'est pas de vous exposer les avantages ou les inconvénients d'un traitement précoce mais de vous dire que les deux dates capitales pour commencer un traitement par appareillage sont 7 ans et 11 ans et cela sans oublier le rôle des massa-

ges et de la myothérapie chez le tout jeune ainsi qu'une malformation très particulière, la prognathie mandibulaire vraie qu'il faut essayer d'enrayer dès le plus jeune âge, comme vous le savez tous.

A cette règle stricte, je sais que vous allez m'objecter qu'il faut bien traiter le patient lorsqu'il se présente à vous et s'il vient à 17 ans ou 18 ans ou même à 40 ans, doit-on l'abandonner ? Certes non, mais je vous parle de l'orthodontie telle que l'on doit tendre à la pratiquer à l'avenir et non telle qu'on le fait aujourd'hui, à une époque où elle est encore bien peu connue du public, et ce n'est qu'à force de répéter ces règles que nous pourrons obtenir dans quelques années une évolution souhaitable.

Messieurs, en voyant devant moi mon père, je ne peux passer sous silence les excellents résultats qu'il a déjà présentés, à des âges défiant tout praticien sans hardiesse ; j'ai encore vu chez lui, il y a quelques mois, un patient de 50 ans, soigné il y a de cela 8 ans pour un articulé croisé au niveau des incisives ; eh bien, ces incisives ne présentaient pas la moindre atteinte de pyorrhée alvéolaire, alors que si l'articulation était restée anormale, elles étaient susceptibles d'en présenter plus facilement.

Pour moi, je pense qu'il y aura toujours de tels cas à traiter, mais je les considère un peu comme des combats héroïques que l'homme sera toujours capable de livrer et où le progrès ne changera pas grand chose.

Avant d'en finir avec ce premier chapitre, je veux vous demander de répandre au sein de tout le corps médical, un autre principe extrêmement simple en lui-même, celui qu'un traitement d'orthodontie s'exécute chez un enfant qui fait des études et qu'il doit être synchronisé avec son programme scolaire.

Ainsi en France, un traitement doit débuter en octobre ou mieux en septembre, c'est-à-dire un peu avant la rentrée des classes, dès que les familles ont repris leurs quartiers d'hiver. Il faut que les parents sachent qu'en nous conduisant leurs enfants à Pâques, ils n'ont pas perdu 6 mois de traitement mais un an, car sauf des cas particuliers, commencer à appareiller un enfant à Pâques, c'est aller au devant de difficultés et je crois que nous en rencontrons suffisamment.

J'insisterai d'ailleurs plus loin sur toute l'importance qu'il y a à commencer au début de l'année scolaire, et maintenant je passe au rôle du temps au cours du traitement.

Malgré les terrains différents sur lesquels nous avons à travailler, les techniques de traitement sont actuellement suffisamment précises pour que nous puissions prévoir et surtout respecter les délais nécessaires à notre traitement et cela d'autant plus aisément que nous débutons à l'âge et à la période les plus favorables.

On ne doit plus voir, de nos jours, des traitements actifs se prolonger durant 3 ou 4 ans et je dirai même qu'un traitement qui n'est pas exécuté dans les délais prévus est bien souvent voué à un insuccès partiel.

Si j'ai insisté auprès de vous pour commencer les traitements en octobre, c'est justement parce que les 9 mois de l'année scolaire

doivent vous permettre soit la correction totale de la malformation si elle n'est pas trop complexe, soit au moins la malformation la plus importante telle que l'endognathie ; on a en effet reconnu que pour traiter l'endognathie par exemple, l'on pouvait déplacer les dents de 1 mm. par mois, ce qui fait 2 mm. par l'arcade ; ainsi, en 4 mois, nous devons avoir corrigé une endognathie de 8 mm., ce qui représente une malformation déjà considérable ; mais pour vous laisser plus de latitude, comptons même 1 mm. par mois pour l'arcade, soit la moitié, et en 8 mois, vous aurez obtenu la correction totale.

Il faut se rendre compte que si nous agissons avec des arcs, au bout d'un mois ou deux, toutes les dents ont amorcé un léger mouvement et sont susceptibles de se déplacer très facilement et à partir de ce moment, il n'y a plus une minute à perdre dans la conduite de notre traitement et il faut absolument qu'après chacune de nos visites, l'appareillage soit réglé au maximum de son rendement, ce qui ne veut pas dire que l'on va basculer une dent en 8 jours de temps.

J'entends le maximum de rendement normal. C'est pourquoi je crois qu'à cette époque nous avons tout intérêt à suivre nos patients de très près, car même les appareils les plus simples peuvent présenter des réactions secondaires et c'est ainsi qu'en voulant vestibuler des incisives, nous augmentons la force d'expansion de notre arc vestibulaire, aussi, pour ma part, je divise rarement les traitements en périodes très précises, période durant laquelle nous ne devons agir que dans un seul sens et pas dans un autre ; je ne veux voir là qu'un artifice pour faciliter le travail à un débutant.

Je considère donc que le praticien qui vient d'appareiller un enfant se trouve au bout d'un mois ou 2 exactement dans la position d'un général qui déclenche une attaque, celle-ci pour réussir, doit être accomplie dans des délais précis sinon les hommes se fatigueront et seront mal ravitaillés et ce sera la déroute en perspective ; de même si les différents mouvements des régiments ne sont pas synchronisés et si les uns n'avancent pas derrière les autres, l'action ne pourra se faire que par à-coups et l'ennemi aura le temps de se ressaisir.

Or, Messieurs, si l'on parle fréquemment de la bonne nature en médecine, croyez qu'en orthopédie dento-faciale, la nature est souvent pour nous comme un ennemi redoutable qui guette la moindre de nos fautes pour nous infliger des insuccès.

Le secret de notre succès est donc en premier lieu une parfaite coordination de nos mouvements dans le temps. Ainsi après avoir agi avec le maximum de rendement pendant 8 mois environ, la malformation principale ou même totale, sera corrigée et tout naturellement nous serons amenés à changer l'appareillage juste au moment du départ en vacances ; alors nous réaliserons un appareillage le plus simple possible qui assurera une contention facile des déplacements obtenus et avec lequel notre patient ne risquera pas d'ennuis durant ses vacances.

Et de plus, nous aurons respecté un autre grand principe émis par M. De Coster, celui de faire varier les points d'appui

autant que possible, et là encore, vous voyez l'analogie avec la conduite d'une armée. Profiterai-je aussi de cette analogie pour vous demander de faire preuve d'autorité auprès des enfants et des parents pour faire respecter la régularité des visites ?

En effet, si en juin nous n'avons pas corrigé au moins complètement une des malformation dans l'un des sens, nous allons devoir faire une première période de contention pour recommencer un traitement actif toujours dans le même sens et ainsi l'enfant, comme nous-même, aura perdu plusieurs mois par une action saccadée qui nous mène souvent à un résultat imparfait.

Enfin, si certains confrères reprochent aux appareillages fixes de déterminer des caries au collet des dents, celles-ci sont dues essentiellement à deux facteurs : mauvaise hygiène d'un appareillage souvent aussi plus ou moins bien exécuté et à coup sûr une durée trop prolongée du port d'un même appareil. Vous voyez donc encore une fois qu'agir dans le minimum de temps représente un avantage non négligeable pour la préservation des dents.

* * *

Ainsi suivant l'importance de la malformation à corriger, notre traitement actif va durer une ou deux années scolaires et nous arrivons à la période contention entre Pâques et le 14 juillet. Pour la pose des appareils de contention, il y a toujours intérêt à les contrôler quinze jours ou trois semaines avant le départ en vacances de l'enfant ; il est contre-indiqué de poser un appareil de contention la veille d'un départ, car la mauvaise nature, si l'on peut dire, aura vivement fait de reprendre ses droits à la faveur d'une défaillance de notre appareillage et en octobre, nous aurons non pas gagné 3 mois de contention, mais perdu 3 ou 6 mois de traitement actif.

Et maintenant, pour en finir, je vous dirai quelques mots sur la durée de la période de contention ; c'est là, chose plus facile à vous préciser. Vous savez que la règle admise est une durée égale et à celle du traitement dans les cas exécutés dans des conditions normales, c'est-à-dire favorables ; mais on doit respecter une variation capitale pour l'avenir du traitement : celle qui tient compte de l'âge auquel a débuté ce traitement ; plus le début s'est fait à un âge avancé et plus la contention devra être prolongée.

Si, pour un résultat même parfait, obtenu vers 18 ou 20 ans, nous abandonnons complètement la contention au bout d'un an, le risque de récidive est encore trop grand, c'est là l'un des grands griefs à porter contre les traitements tardifs ; nous devons donc poursuivre notre contention toutes les nuits pendant quelques mois, pour contrôler les réactions de notre patient, et reconnaissons que faire porter un appareil toutes les nuits à une jeune fille ou à un jeune homme, même pendant 6 mois ou un an, c'est encore peu de chose en échange d'une bonne fonction respiratoire, d'un bon équilibre masticatoire, et aussi, d'un beau sourire.

Il s'agit là de mesures de sécurité qui n'occasionnent pas de dérangements au patient.

Ceci me permet de noter encore au passage les avantages d'un traitement précoce qui permet d'éliminer presque toutes les possibilités de récidive.

Une deuxième notion qui doit faire varier aussi la durée de la contention est la plus ou moins grande rapidité avec laquelle nous aurons corrigé la malformation, c'est-à-dire la notion du terrain, élastopatique ou non, de notre patient ; donc, pour une période active brève par suite de ce terrain élastopatique, une période de contention plus longue que la normale s'impose, on peut donc dire qu'il y a alors un *rapport inverse, entre la durée de la période active et celle de la période de contention* et que dans la norme des cas, elles seraient équivalentes.

Je pourrai conclure en vous disant que pour faire de bon travail en orthodontie, il faut *prendre son temps pour tout faire en temps voulu*.

Dans de telles conditions, vous êtes sur la meilleure voie pour obtenir un résultat total et parfait, éviter les risques de caries dentaires et supprimer les récidives de traitement.

Messieurs, vous ne serez sûrement pas dès demain à même de respecter ces règles importantes du temps, en orthopédie dento-faciale, mais reconnaissez que cette branche de notre activité, est encore à l'état naissant, et qu'il dépend de nous et de notre persévérance d'en faire une des grandes réussites de notre art.

REVUE ANALYTIQUE

LA FLUORINE

Nous avons signalé qu'un engouement assez prononcé se manifeste en Amérique, au sujet de la fluorine comme agent préventif de la carie dentaire (voir notamment notre numéro de septembre-octobre 1946, p. 215).

Aujourd'hui, nous publions ci-dessous un article assez complet sur ce même agent thérapeutique, paru dans *The Dental Journal of Australia*, pour mettre nos lecteurs au courant de la question ; mais il nous paraît intéressant de reproduire ici, en même temps, la résolution suivante adoptée par le 17e Congrès annuel du Congrès de Thérapeutique dentaire aux Etats-Unis, tenu à Chicago en avril dernier, qui considère que les recherches scientifiques sur la fluorine doivent être encouragées, mais qu'elles ne peuvent prendre place dans la pratique ordinaire parce que le mécanisme de l'action de cet agent, ni ses effets possibles sur la dent ne sont pas encore connus ; c'est ainsi que des préparations de fluorine seraient susceptibles de dévitaliser la pulpe et que l'addition de fluorine de sodium dans les dentifrices serait sans action utile. M. R.

H.-M. Crawford, R.-A. Boelsche et B. Gottlieb. — **La fluorine et les dents.** (*Dental Journal of Australia*, janvier 1946, ex *Texas Dental Journal*, mai 1945).

Fluorine et émail strié. — Tous les phénomènes produits par la fluorine sur les dents sont dûs à la forte attraction réciproque existant entre fluorine et calcium. S'il se trouve une certaine quantité de fluorine dans l'eau consommée lors de la formation des dents, c'est de façons diverses qu'elle atteint le germe de la dent. Une partie est dirigée vers l'organe de l'émail, fluorinisant les cellules prismatiques et donnant lieu à une calcification homogène. Mais si la fluorine se combine avec du calcium en dehors de l'organe de l'émail, il se forme un fluorure de calcium insoluble, ce qui empêche le calcium d'atteindre sa destination : l'émail auquel il était destiné demeure insuffisamment calcifié. Les autres parties de l'émail de la même dent peuvent se développer normalement. C'est ce qui donne cet aspect strié à l'émail une fois constitué.

Fluorine et décalcification de l'émail. — L'eau chargée de fluorine passant sur les dents antérieures lorsqu'on la consomme est en partie attirée par le calcium de l'émail, et en attire elle-même une partie qu'elle entraîne plus loin. Il en résulte une décalcification accrue pour les dents de devant. Il existe des indications prouvant que le calcium d'origine salivaire se dépose différemment sur la surface des dents selon les personnes, l'importance du dépôt augmentant généralement avec l'âge. Si la balance est positive, aucun trouble clinique n'apparaît, ni aucun amincissement de l'émail ne peut être mis en évidence. Mais si la balance devient négative, il peut en résulter une perte d'émail et un ramollissement de la dentine mise à nu. Une telle décalcification apparaît sur les radios faites dans les zones n'ayant pas plus de 1/1.000 de fluorine. Il faut faire attention cependant de ne pas mésinterpréter les faits révélés par la radio. Une enquête récente faite sur 100 habitants, âgés de 4 à 60 ans, d'Alvin (Texas) (qui a 1/1.000 de fluorine) ne révèle aucun signe clinique de cette décalcification.

Tache brun sombre sur les dents antérieures des gens résidant dans des zones à fluorine. — La tache brun sombre que l'on voit sur les dents antérieures de quelques-unes des personnes résidant dans des zones à fluorine semble être liée à cette décalcification. L'émail devient poreux par suite de la disparition des sels de calcium. Si la salive ne dépose pas de calcium pour remplacer celui qui a disparu, les substances colorantes des aliments sont absorbées. C'est ce qui explique la réapparition de la tache après qu'un traitement l'a fait disparaître si la personne continue à vivre dans une région à fluorine.

Fluorine et carie. — La résistance accrue des dents à la carie, constatée en présence de 1/1.000 de fluorine, peut être expliquée également par cette attraction mutuelle entre calcium et fluorine. Les voies organiques d'invasion de la dent sont fluorinisées et le calcium venu du voisinage immédiat obstrue ces voies. Ceci justifie le rapport de Dean sur le fait que les dents antérieures sont beaucoup plus résistantes à la carie que celles qui ne sont pas situées sur le passage de l'eau de boisson. Des expériences faites dans des tubes à essais pourraient venir appuyer cette opinion. Des dents mises quelque temps dans un fluorure de sodium à 1 %, la solution étant renouvelée périodiquement, produisent un émail homogène. L'attraction du calcium environnant par les cellules prismatiques fluorinisées produit une homogénéisation qui, on le sait, augmente la résistance à l'invasion des micro-organismes.

Fluorine et pyorrhée. — Un certain nombre d'observations mettent en évidence la possibilité pour la pyorrhée d'être causée par la fluorine de l'eau de boisson. Le même mécanisme qui déterminait une résistance accrue à la carie dentaire — la présence de fluorine attirant le calcium vers les voies organiques d'invasion — gêne le rattachement des fibres périodontales au cément en augmentant la calcification de sa surface. Seul le dépôt d'une nouvelle couche de cément peut empêcher la dent d'être éliminée. Parfois ce dépôt arrive trop tard.

Conséquences pratiques. — La profession dentaire est actuellement préoccupée d'utiliser la fluorine comme moyen de résistance à la carie. Au début de l'ère de la fluorine une grande attention était portée à l'élimination de cette dernière. Smith et Smith ont montré comment l'attraction mutuelle du calcium et de la fluorine peut être utilisée dans ce but ; c'est-à-dire en filtrant l'eau à travers de la poudre d'os ; l'eau obtenue est dépourvue de fluorine et la fluorine forme de son côté un précipité. Il serait fort utile de pourvoir de filtres les nombreuses zones à fluorine d'Amérique afin de réduire à 1/1.000 la fluorine en excédent contenue par l'eau de table.

Pastilles contenant de la fluorine. — Il est difficile de comprendre sur quelle idée on s'appuie lorsqu'on recommande l'absorption de fluorine par l'estomac.

La relation existant entre fluorine et carie ne se produit que dans la bouche par la fluorinisation des voies organiques de l'émail qui attirent alors le calcium.

L'addition de calcium à des pastilles de fluorine sous forme de poudre d'os est injustifiable : la formation de fluorure de calcium insoluble empêchant toute action.

Dentifrice à la fluorine. — N'importe quel dentifrice, en pâte ou en poudre, contient du calcium sous quelque forme. Si l'on ajoute de la fluorine au dentifrice, elle se combinera immédiatement avec le calcium et produira du fluorure de calcium. Cela équivaut à espérer une action interne d'une préparation chimique qui forme déjà un précipité dans sa bouteille.

Bain de bouche à la fluorine avec un dentifrice au phosphate tricalcique. — Atkins recommande des bains de bouche à la fluorine et nous ajoutons qu'il faut utiliser un dentifrice au phosphate tricalcique immédiatement après ce bain de bouche. Cela reproduit sans doute l'action de la fluorine contenue dans l'eau de boisson. Il semble que le dépôt de calcium dans les conditions normales est également produit par l'attraction du calcium par la dent. Nous ne connaissons pas actuellement la nature de cette attraction.

C. J.

Des opinions non scientifiques ont été exprimées dans la littérature dentaire : des recherches sont en cours. — (Extrait du *Journal of the American Dental Association*, 1er juin 1946).

La littérature dentaire contient beaucoup d'exposés contradictoires et souvent fort peu scientifiques sur les effets produits par le brossage, le massage et la mastication de substances dures ou élastiques sur les gencives, la membrane périodontale, l'os alvéolaire et la muqueuse buccale. Telle est l'opinion d'un groupe composé de périodontistes, de chercheurs, d'un chirurgien-dentiste et d'un orthodontiste.

Lors d'une conférence tenue le 4 avril au Bureau Central de l'Association Dentaire Américaine, ce groupe a insisté sur la nécessité d'entreprendre des recherches plus poussées afin d'éviter la propagation de telles opinions basées bien davantage, à son avis, sur des croyances personnelles que sur des faits scientifiques.

Pour guider la préparation et l'appréciation des informations dentaires par le public, la conférence a élaboré une recommandation en six points qu'elle soumettra au Conseil de l'Association des Thérapeutiques Dentaires, au Conseil de la Santé Publique et au Bureau des Relations Publiques.

La recommandation est rédigée en ces termes :

1° En nous basant sur ce qui semble être évident actuellement, notre opinion est que l'action mécanique directe de la mastication n'a pas d'influence favorable sur les gencives.

2° A la lumière des informations obtenues jusqu'à présent, il nous semble que la membrane périodontale et l'os alvéolaire ne peuvent être stimulés avantageusement que par les influences fonctionnelles normales. Il n'existe aucune donnée permettant d'affirmer que les exercices de mastication spéciaux, des massages ou des médicaments appliqués aux surfaces des gencives ou de la muqueuse alvéolaire produisent des effets heureux sur la membrane périodontale et l'os alvéolaire.

3° L'état actuel de la science ne peut pas justifier la recommandation de certaines catégories d'aliments ou de substances réclamant une mastication plus intense que celle voulue par un régime normalement équilibré.

4° A notre avis, et d'après les informations connues jusqu'à maintenant, il n'y a rien pour prouver que les massages (autres que ceux dûs à un usage correct de la brosse à dents), les dentifrices et bains de bouche (leur valeur détergente mise à part), les médicaments appliqués d'une façon routinière et indiscriminée par le public à la muqueuse buccale lui soient profitables de quelque façon.

5° Notre opinion, basée sur ce qui semble évident actuellement, est que les effets du brossage des dents varient avec les caractéristiques physiques et la structure de la brosse, la technique de son emploi et l'état de la bouche pour laquelle brosse et technique sont utilisées.

6° En nous basant sur les données scientifiques actuelles nous ne pensons pas qu'il soit justifié de faire de larges efforts en vue d'augmenter la force de mastication du grand public.

Il est projeté d'organiser ultérieurement des réunions de caractère similaire pour l'étude de ces questions. C. J.

J. S. Restarski et M. Pijoan. — **Gingivite et vitamine C.** (*Dental Journal of Australia*, février 1946, ex *The Journal of the American Dental Association*, octobre 1944).

L'hypothèse que la gingivite, accompagnée ou non de pyorrhée, est d'origine scorbutique reste non confirmée à moins qu'il n'y ait des antécédents ou des manifestations cliniques présentes de scorbut. La seule confirmation de ce diagnostic apportée par le laboratoire étant une diminution de la quantité d'acide ascorbique contenue dans les globules blancs, aucune autre expérience n'est probante, mises à part les indications données par l'analyse globale du sang.

La gingivite et ses manifestations périodontales ne constituent qu'une lésion d'ordre local dans la plupart des cas. Une étude encore plus approfondie est nécessaire pour permettre d'établir les relations entre gingivite et troubles généralisés. C. J.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 3 décembre 1946

La séance est ouverte à 21 heures, sous la présidence de M. GABRIEL, qui, après avoir excusé MM. HOUSSET et WALLIS-DAVY, donne la parole au Dr VAIS pour sa communication : *Abcès migrateur chronique intra-osseux.*

Le Dr ROY argumente cette communication et rappelle à ce sujet un cas cité à cette Société, il y a de nombreuses années, où un malade présentait un cas analogue dont la cause était une seconde molaire inférieure droite et dont le trajet fistuleux, empruntant le canal du nerf dentaire, était allé s'ouvrir au niveau de la canine inférieure gauche.

M. GABRIEL, avant de donner la parole à M. L.-C. CECCONI pour sa communication sur : *Un cas de dent de sagesse supérieure enclavée en ectopie*, nous annonce que le prix Magitot a été attribué à M. RIGAULT, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris, pour son travail sur les *Dents des Tuberculeux*, fait au sanatorium de Bligny.

Présent à la séance, celui-ci est chaleureusement applaudi.

M. CECCONI lit ensuite sa communication fort intéressante et fait passer des radiographies, des photographies, et la pièce anatomique, qui suscitent le plus vif intérêt dans l'assistance.

Les Drs ROY, SOLAS, Mme le Dr CHAPUS, MM. LENTULO et GABRIEL prennent part à la discussion.

Lecture est donnée d'une lettre de M. DUBOIS-PRÉVOST, concernant cette communication.

La réunion se poursuivit au musée de l'Ecole Dentaire de Paris jusqu'à 23 h. 30.

Le Secrétaire Général : René R. RIGOLET.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du vendredi 20 décembre 1946

La séance est ouverte à 20 h. 45 sous la présidence de M. le Dr Marcel RACHET.

M. Jean DELTOUR, chirurgien-dentiste, présente un cas de lyse alvéolaire au niveau d'une incisive centrale avec gression distale chez une patiente de 25 ans et sollicite l'avis des confrères, tant au point de vue étiologique que thérapeutique.

Argumentateurs : MM. DARCISSAC, HERMANN, PELLETIER-DUTEMPLE, GAMBON.

Le Président, après avoir rappelé la magistrale leçon inaugurale de M. le Prof. J. VERNE, titulaire de la nouvelle chaire de Biologie Médicale à la Faculté de Médecine de Paris, demande à l'Académicien et au Président d'Honneur de la S. O. F. de bien vouloir lui faire la faveur d'accepter la présidence de cette séance au cours de laquelle d'importants problèmes de biologie dentaire doivent être discutés.

M. le Prof. VERNE accepte, remercie et donne la parole à M. le Médecin-Colonel GINESTET, Chef des Centres de Chirurgie réparatrice de la face et de Stomatologie de l'Armée, à l'Hôpital du Val-de-Grâce et à l'Hôpital Foch, pour sa communication : *Restauration chirurgicale et prothélique de la face.*

Après un rappel rapide des divers procédés de greffe, le Dr G. GINESTET décrit les lambeaux tubulés qu'il appelle cylindriques et en montre les avantages.

L'exposé théorique, très court, est suivi de la projection de nombreuses photographies montrant les résultats de la reconstitution des diverses régions de la face.

Le coefficient masticatoire. — Le Dr G. GINESTET rappelle le mode actuel de calcul du coefficient de mastication et il en montre les lacunes ; après avoir exposé ses idées sur la question, il sollicite l'avis de ses collègues de la Société Odontologique de France.

En raison de l'heure tardive et de l'importance du programme, le Dr RACHET prie les confrères de répondre par écrit. Quelques membres, dont MM. DARCISSAC et HOUSSET, argumentent rapidement les suggestions de M. le Médecin-Colonel G. GINESTET.

M. MARMASSE, Professeur à l'Ecole Odontotechnique de Paris, donne lecture des principaux points de sa communication d'octobre 1946 : *Cicatrisation néo-dentinaire de la plaie pulpaire. Résultats cliniques.*

M. le Médecin-Colonel BERNARD, MM. DUBOIS, BOUCHER, LENTULO, HOUSSET, F. DUNCOMBE, argumentent cette communication.

M. le Médecin-Colonel BERNARD, après avoir rappelé que depuis 1938, il s'est élevé contre les dogmes classiques considérant toute pulpe infectée comme un organe voué à la mort, insiste sur les possibilités d'auto-défense de la pulpe tant que la circulation n'y est pas interrompue, à condition de ne pas léser le peu de vitalité qui lui reste par le voisinage d'une substance étrangère, la plaie pulpaire peut cicatriser par première ou seconde intention suivant la technique employée.

Bien qu'utilisant une méthode différente de celle de M. MARMASSE et de l'Ecole Suisse, les conclusions du Dr BERNARD sont les mêmes quant à la possibilité de conservation d'une pulpe vivante mise à nu.

M. Pascal DUBOIS, Professeur à l'Ecole Odontotechnique de Paris, donne lecture de son argumentation. Il rapporte les résultats inconstants qu'il a obtenus au cours de 40 ans d'exercice professionnel en pratiquant des coiffages à la pâte oxyde de zinc-eugénol et félicite M. MARMASSE d'apporter une technique qui semble couronnée de succès.

M. A. BOUCHER, Professeur à l'Ecole Odontotechnique de Paris, demande à M. MARMASSE si l'on peut obtenir la cicatrisation pulpaire dans les dents temporaires.

M. LENTULO, Chirurgien-Dentiste à Paris, élargit le débat : Après avoir rappelé les résultats inconstants des coiffages pulpaires d'une part et, d'autre part, les succès de conservation des dents après dépulpation totale, M. LENTULO insiste sur le rôle mystérieux de la pulpe. Il termine son intervention en se félicitant qu'une technique nouvelle et sûre permette de conserver la vitalité d'une pulpe dont les fonctions si importantes sont encore inconnues.

M. P. HOUSSET, Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris, retrace l'évolution de la thérapeutique pulpaire qui, d'abord chirurgicale, est devenue, après la découverte de l'infection focale d'origine dentaire par les Américains, biologique, en s'orientant vers un traitement conservateur de la pulpe par l'apport d'un matériel calcique, antiseptique ou sclérosant qui permette de fermer la plaie pulpaire.

Insistant sur le pouvoir constructif et réparateur de la pulpe, M. HOUSSET conclut à l'intérêt d'avoir ce processus réparateur par un apport calcique ; la pulpe, en effet, réagit à toute irritation comme le montre l'expérience clinique qu'il confirme par des projections de coupes dentaires ; seul, le processus d'action reste à trouver.

M. F. DUNCOMBE, Chirurgien-Dentiste, à Caen, confirme, à l'aide de faits cliniques, l'argumentation de M. DUBOIS et les résultats de coiffage pulpaire qu'il obtient avec la pâte oxyde de zinc-eugénol.

En raison de l'heure tardive, M. le Prof. VERNE reporte la suite des interventions à une séance ultérieure. M. MARMASSE répond à ses interpellateurs et, après que M. le Prof. VERNE eut remercié les argumentateurs en soulignant l'importance du problème et la qualité du débat, la séance est levée à 0 h. 25.

Le Secrétaire des Séances : Pierre FROMENT.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE FRANCE

Séance du 19 novembre 1946

A.-J. Martin. — *L'enseignement de la prothèse alvéolo-dentaire à l'Ecole de Stomatologie de la Faculté de Médecine de Paris.*

L'enseignement de la prothèse alvéolo-dentaire doit, pour les médecins-stomatologistes, être spécialement à base clinique : c'est le malade, l'édenté qui compte principalement. C'est la doctrine du Comité Directeur de l'Ecole.

Le médecin-stomatologiste n'a pas à travailler comme un ouvrier, il doit connaître la technique de laboratoire, au même titre que l'ingénieur connaît les techniques des branches industrielles qui l'intéressent.

L'enseignement porte sur :

La prothèse clinique à l'aide de conférences et de travaux d'appareillage sur les malades :

— 33 conférences de prothèse clinique réparties sur les trois trimestres.
— Etude pratique des prises d'empreintes (un trimestre).
— Appareillage de malades (deux trimestres).

La Prothèse technique (ou de laboratoire) :

— 66 conférences de prothèse technique portant sur l'étude générale et ensuite : la prothèse adjointe et la prothèse conjointe.
— Travaux pratiques de laboratoire : Etude des matériaux ; Construction de prothèses adjointes ; Construction de prothèses conjointes.

Cet enseignement, sévèrement contrôlé tant du point de vue assiduité que du point de vue rendement de travail, permet de donner aux élèves une instruction complète de la prothèse.

Prof. Dechaume et Mme Chaput. — *Un cas de fracture de la cavité glénoïde du temporal.*

Homme de 33 ans ; choc violent appliqué sur le bord inférieur de la région mentonnière ; otorragie ; signes de shock dissipés le troisième jour. *Trismus* irréductible au-delà d'un travers de doigt. *Latero déviation* mandibulaire d'une dent vers le côté gauche. Douleur au niveau de l'articulation T. M. *Béance* incisive et prémolaire, contact molaire gauche. Ces déformations sont irréductibles. La tomographie montre : l'intégrité du condyle, son ascension dans la cavité glénoïde enfoncée, une petite déhiscence de la glène du temporal, de l'os tympanal avec intégrité du condyle mandibulaire. Les auteurs renoncent à toute tentative immédiate de réduction en raison de la fissure cranienne et discutent du temps opportun d'une intervention contre la constriction (1 cm. 1/2 d'ouverture).

Rochette (St-Raphaël). — *Traitement d'une fistule tenace de la parotide par injection de chlorhydrate de quinurée.*

Femme de 60 ans opérée d'un phlegmon de la loge parotidienne : incision en arrière de la branche montante. Fistule salivaire consécutive, rebelle à la cautérisation ignée et à la radiothérapie. Quelques injections de quinurée à 5 % autour de la fistule amènent la guérison définitive en quelques semaines.

MM. Richard, Cernéa et Descrozailles. — *Observation d'un zona du maxillaire supérieur gauche.*

Zona occupant le territoire du nerf maxillaire supérieur gauche et propagé secondairement à l'ophtalmique. S'est manifesté au début par des douleurs dentaires au niveau de l'hémi-arcade supérieure gauche.

Médecin-Colonel Ginestet. — *Calcul du coefficient de mastication.*

Discussion sur le terme « coefficient de mastication ». Mode de calcul rationel à adopter, tenant compte du coefficient fonctionnel et du coefficient esthétique. Taux à partir duquel il y a lieu d'envisager l'appareillage dans les collectivités.

Dr Robert Vrasse.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE ET DE STOMATOLOGIE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

Séance du 12 novembre 1946

DUBECQ, MARONNEAUD et NIERVÈZE. — *Ostéopériostite à répétition du maxillaire inférieur liée à un état granulomateux de la région apicale de la première et de la deuxième grosses molaires inférieures.*

Les auteurs présentent l'observation d'un garçon de 17 ans qui a présenté, il y a un an, des accidents inflammatoires de la région de l'hémi-maxillaire inférieur gauche qui ont entraîné l'avulsion de la deuxième molaire de lait persistante. L'examen révèle une tuméfaction de la région molaire du maxillaire inférieur gauche, un orifice fistuleux au niveau de la région pré-molaire, l'absence congénitale de la deuxième pré-molaire ainsi que de la dent de sagesse, et la présence de la première et deuxième grosses molaires permanentes du même côté. Ces dents sont indemnes de toute carie et ont une coloration normale, leur sensibilité à l'examen électrique paraît conservée, une radiographie montre des signes de raréfaction osseuse s'étendant de la région pré-molaire à la région postérieure des racines de g7. L'intervention exige l'avulsion de g6 et g7 dont les racines plongeaient dans une production granulomateuse étendue et confirma les constatations faites sur la radiographie.

L'examen anatomo-pathologique permet de constater : 1° Une nécrose pulpaire septique complète de g7 ; 2° Une dégénérescence graisseuse et fibreuse avec imprégnation calcaire au niveau de la pulpe de g6 ; 3° Que les fongosités sertissant les apex de g7 et enclavés entre eux représentaient une production granulomateuse non encapsulée, bourrée surtout d'histiocytes et de polynucléaires, avec quelques plasmocytes et lymphocytes, très vascularisés ou très fibreux en certains points et ne révélant aucune participation épithéliale.

P. MARONNEAUD. — *Sur un cas de lithiase salivaire.*

L'auteur présente un cas de lithiase salivaire intra-glandulaire typique qui l'entraîne à pratiquer l'ablation de la glande sous-maxillaire. A la faveur de cette observation il passe rapidement en revue la pathogénie et l'anatomie pathologique de la lithiase et précise les indications de l'intervention radicale. D'accord avec les classiques et en particulier avec BERCHER et HÉNAUD, il pense qu'il y a lieu de distinguer les calculs canaliculaires extra-glandulaires et les calculs intra-glandulaires, les premiers qui s'accompagnent toujours de troubles fonctionnels trouvent leur solution thérapeutique dans la libération chirurgicale simple des calculs par voie endo-buccale avec conservation de la glande, les seconds qui, souvent, n'entraînent pas de troubles fonctionnels, exigent eu égard 1° à la situation anatomique du calcul ; 2° aux modifications histo-pathologiques du tissu glandulaire ; 3° aux phénomènes inflammatoires péri-glandulaires que l'on observe, l'intervention radicale.

R. DUFRACHE. — *Inclusion secondaire d'une molaire temporaire atteinte de carie.*

L'auteur rapporte l'observation d'un homme de 22 ans pour lequel fut porté, à la suite d'une hémorragie dentaire, le diagnostic d'inclusion de molaire temporaire au niveau du maxillaire supérieur gauche. Extraite, la dent présentait une carie pénétrante et la rhizalyse était complète. Ce cas s'ajoute aux rares observations (cinq dans la littérature) de rétention secondaire de dents de lait, relevées par DORIAN dans sa thèse, Paris 1928.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

RÉUNION DES CONSEILS DE L'ORDRE des CHIRURGIENS-DENTISTES du SUD-OUEST

A SAINT-JEAN-PIED-DE-PORT

Sous la présidence du Dr HULIN,
Président du Conseil National de l'Ordre.

On reproche souvent l'excès de concentration des organismes collectifs Français ; on ne peut en dire autant du Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes dont le Président, le Dr HULIN, tient à venir prendre lui-même contact avec ses Confrères de Province ; c'est ainsi que le dimanche 20 octobre, le Conseil Départemental des Basses-Pyrénées avait organisé une grande réunion à St-Jean-Pied-de-Port, capitale de la Basse Navarre, résidence de leur délégué régional, DEHILLOTTE.

L'intérêt professionnel suscité par la présence du Dr HULIN, l'attrait d'une belle randonnée, à travers l'incomparable Pays Basque, avaient attiré à St-Jean-Pied-de-Port, de nombreux délégués des Basses-Pyrénées, des Landes, de la Gironde, des Hautes-Pyrénées, de la Haute-Garonne, du Lot-et-Garonne et du Gers.

La séance de travail débuta le matin, à 11 heures. M. DEHILLOTTE souhaita la bienvenue au Dr HULIN et à M. LEFORT, Directeur Administratif du Conseil National, qui n'ont pas hésité à traverser la France, pour venir apporter aux Confrères du Sud-Ouest, une documentation complète sur l'activité du Conseil National.

M. DEHILLOTTE, Président de la Commission de Retraite, fit ensuite un compte rendu des travaux de cette importante Commission depuis sa création ; sans mésestimer les difficultés qu'elle rencontre par suite de la loi du 13 septembre 1946, intégrant les chirurgiens-dentistes dans la Sécurité Sociale à partir du 1er janvier 1947, il précise que tous les efforts seront tentés pour doter la profession d'un système de retraite complémentaire, destiné à pallier l'insuffisance des allocations prévues par la Sécurité Sociale.

M. BENOIST (Hosségor), présente ensuite un rapport sur l'Hygiène Dentaire et la Sécurité Sociale. Il souligne qu'aux premières heures de la création du Comité National d'Hygiène Dentaire, c'est le Dr HULIN qui dirigeait les travaux de cet organisme avant sa constitution définitive, en qualité de Conseiller technique auprès du Ministère de la Santé Publique ; le Chef qui tient la barre du Conseil National des Chirurgiens-Dentistes est un guide très précieux à l'heure ou des réalisations sociales de grande envergure vont bousculer les conceptions « libérales » de notre profession.

Le Dr HULIN, reprenant cette question d'hygiène dentaire invite la profession à apporter à la Sécurité Sociale son concours le plus entier, afin de renforcer son prestige auprès des pouvoirs publics.

Il fait ensuite un exposé détaillé de l'état actuel de la profession, des difficultés qu'elle doit vaincre pour s'assurer, dans l'avenir, la place qui lui revient dans les activités sanitaires de la nation.

Le Dr HULIN, après avoir entretenu ses confrères de la mise au point du Code de Déontologie, qui doit être soumis incessamment au Conseil d'Etat, rend compte des efforts entrepris par le Conseil National dans le domaine de la Solidarité et invite tous les chirurgiens-dentistes à soutenir cette œuvre dont la portée morale est considérable.

A l'issue de la réunion un déjeuner basque fut servi à l'Hôtel des Pyrénées.

Au dessert, M. LAZARI, président du Conseil Départemental des Basses-Pyrénées, ouvrit la série des discours en remerciant les dames de leur présence. Il exprima à M. LAMASSOURE, Sous-Préfet de Bayonne, toute sa gratitude pour avoir bien voulu assister à ce déjeuner, ainsi qu'au Dr HULIN, Président du Conseil National.

M. DEHILLOTTE, après avoir évoqué les charmes de la Capitale de la Navarre Française, remercia, à son tour, les dames, les autorités et tous les Confrères présents.

Le Dr HULIN exprima ensuite toute sa joie pour le chaleureux accueil dont il a été l'objet à St-Jean-Pied-de-Port, dans le fief de son ami DEHILLOTTE dont il souligne la belle activité au Conseil National. Il reprit, ensuite, brièvement, les points essentiels de son exposé du matin, insistant sur la nécessité pour la profession de participer au relèvement de la France et à son rayonnement dans le monde.

M. LAMASSOURE, Sous-Préfet de Bayonne, remercia ensuite le Conseil Départemental de l'avoir associé à cette manifestation qui témoigne de l'activité féconde d'une profession dont le rôle social est particulièrement important dans le domaine de la Santé Publique.

MM. DUPUY et DARROUX (de Pau) affirmèrent au Dr HULIN, tout l'intérêt qu'ils avaient pris à la séance du matin ; ils insistèrent sur la nécessité pour les chirurgiens-dentistes d'en finir avec les mesquines querelles du passé pour réaliser une belle entente confraternelle vraiment constructive.

M. HULIN (Auch), Président du Conseil Départemental du Gers, lança ensuite un vibrant appel à la solidarité en faveur des déshérités de la profession ; une collecte organisée aussitôt parmi les assistants produisit la somme de 24.500 francs au profit des orphelins de Confrères.

∴

En résumé, ce fut une très belle manifestation professionnelle dont il faut féliciter le Conseil Départemental des Basses-Pyrénées et tout particulièrement notre Délégué Régional DEHILLOTTE, dont le dévouement proverbial ne saurait être dépassé.

E. BENOIST.

BULLETIN
de l'Association Générale des Dentistes de France

Ayant eu connaissance de la lettre du Ministre de la Santé Publique, accompagnée d'une note intitulée : « **Définition de la capacité professionnelle du Chirurgien-Dentiste** », *nous mettons nos Sociétaires au courant des observations que nous avons cru devoir présenter au Ministre à ce sujet, et nous publions ci-dessous tous les documents relatifs à cette question.*

Dr A. Audy.

* * *

Paris, le 2 janvier 1947.

Monsieur le Ministre de la Santé Publique,
7, rue de Tilsitt, *Paris* (8e).

« Monsieur le Ministre,

« J'ai l'honneur de vous faire parvenir les observations que le Conseil d'Administration de l'Association Générale des Dentistes de France, dans sa séance du 14 décembre 1946, a formulées au sujet de la note intitulée : « *Définition de la capacité professionnelle du chirurgien-dentiste* », qui nous a été communiquée par nos autres organismes officiels auxquels vous l'aviez envoyée.

« Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance de ma considération très distinguée. »

Le Président : Dr A. Audy.

DÉFINITION DE LA CAPACITÉ PROFESSIONNELLE DU CHIRURGIEN-DENTISTE

La loi de 1892, en créant le diplôme de chirurgien-dentiste, désormais exigé, à défaut du doctorat en médecine, pour exercer l'art dentaire, n'a pas précisé quelle serait la capacité professionnelle que ce diplôme garantirait. Le législateur ne s'est pas attardé à définir la capacité professionnelle du chirurgien-dentiste car il regardait celui-ci comme transitoire. De plus, l'art dentaire était alors assez rudimentaire ; l'extraction des dents et la confection d'une prothèse mobile résumaient à peu près l'activité des dentistes tandis que la pathologie buccale encore confuse restait du do-

OBSERVATIONS PRÉSENTÉES

maine de la médecine générale. Loin d'évoluer vers la stomatologie comme le pensaient les auteurs de la loi, les chirurgiens-dentistes en se dégageant peu à peu de l'empirisme, ont progressivement élargi leur champ d'action et se sont considérablement multipliés dans une autonomie qui ne leur a jamais paru suffisante.

Les lacunes de la loi de 1892 devaient donc rapidement se faire sentir. Les décrets de 1909, de 1912, de 1920, réorganisèrent les études en vue du diplôme de chirurgien-dentiste sans délimiter toutefois la capacité professionnelle de celui-ci. Le rapport accompagnant le décret de 1909 marque bien cependant une certaine tendance vers l'évolution médicale de l'art dentaire. Il y apparaît comme souhaitable de « rattacher les écoles dentaires aux services hospitaliers de l'Assistance Publique » car « l'enseignement de l'art dentaire devrait être logiquement une partie intégrante de l'enseignement des facultés de médecine ».

En fait la nécessité de préciser la capacité professionnelle du chirurgien-dentiste ne s'imposerait peut-être pas encore si, parallèlement la stomatologie qui intègre et déborde très largement l'art dentaire, n'était devenue une spécialité médico-chirurgicale bien définie, répondant à la pathologie buccale et péribuccale sous tous ses aspects. La prophylaxie et le traitement de la carie dentaire, de la pyorrhée alvéolaire, des stomatites et de leurs complications exigent actuellement pour être complets la mise en œuvre de moyens médicaux qui ne peuvent être laissés à la discrétion du chirurgien-dentiste. Il en est ainsi pour les traitements vaccinaux comme pour la chimiothérapie anti-infectieuse par injection d'électrargol ou ingestion de sulfamides par exemple.

Or, en raison du silence de la loi, le chirurgien-dentiste est maître chez lui et, pour peu qu'il soit audacieux, peut utiliser à son gré toute méthode médicale. Rien ne l'empêche de faire des injections parentérales, intraveineuses ou autres, de prendre une tension artérielle ou de procéder à une ligature artérielle. (Le dernier tarif national du Conseil des Chirurgiens-Dentistes n'indique-t-il pas : ouverture d'un abcès de la langue et incision de drainage — probablement cutanée — d'un ostéophlegmon !) Il jouit, par surcroît, d'une grande liberté de prescription (étendue jusqu'à certains toxiques des tableaux A et B) et de l'usage de tous les anesthésiques généraux dont le

Le qualificatif « *audacieux* » est passablement tendancieux et péjoratif, laissant supposer que le praticien frise l'imprudence alors qu'il agit simplement dans les limites de sa compétence professionnelle personnelle.

Dans ce même paragraphe, se trouvent mélangées les injections parentérales intra-veineuses ou autres, les ligatures artérielles (véritables opérations), avec la prise de tension artérielle, procédé d'examen particulièrement anodin en lui-même.

Pour l'administration des anesthésiques généraux, l'auteur de la note oublie qu'elle est au programme des études dentaires, à tel point que dans certaines formations sanitaires de la

choix et l'administration impliquent cependant des connaissances étendues faute desquelles toute alerte peut se terminer par un drame.

Bref, l'art dentaire n'est qu'une partie de la stomatologie, spécialité médicale, et ne doit pas être identifié avec elle. Le rôle du chirurgien-dentiste est de reconnaître les affections dentaires et gingivales les plus fréquentes et de leur opposer une technique opératoire et prothétique parfaitement définie.

Bien qu'aucun texte législatif n'ait pris souci, dans le passé, de définir la capacité du chirurgien-dentiste, il est d'usage que celui-ci limite lui-même par conscience professionnelle, son action au système dentaire. Il n'est pas conçu par nous de restreindre les droits conférés par l'usage, mais seulement de les définir et de fixer leurs limites dans la plus juste équité à l'égard des malades comme des praticiens.

La nécessité de définir la capacité professionnelle du chirurgien-dentiste s'est fait sentir dès l'élaboration des premiers tarifs applicables aux assurés sociaux. Elle a été soulignée par toutes les commissions chargées d'étudier dans ces dernières années, ou les conventions avec les caisses d'assurances sociales, ou la réforme des études dentaires. Elle est devenue impérieuse après la publication par le Conseil National des Chirurgiens-Dentistes d'un tarif minimum applicable au 1er mai 1945, dans lequel figure bon nombre d'actes s'écartant de la pratique dentaire journalière.

La capacité professionnelle du chirurgien-dentiste se borne à l'art dentaire, c'est-à-dire à reconnaître les affections dentaires et gingivales et à leur opposer une technique opératoire et prothétique parfaitement définie.

Topographiquement l'action du chirurgien-dentiste doit se limiter aux dents, à la région alvéolaire des maxillaires, au ligament alvéolo-dentaire et à la muqueuse gingivale avoisinantes.

Cette action se définit comme suit :

1° **Diagnostic**. — Outre les moyens d'exploration clinique habituelle (inspection, palpation, percussion), radiographie et radioscopie endobuccales (les radiographies extra-buccales sont exclues de la partie dentaire), les agents physiques (épreuves thermiques et

dernière guerre, les chirurgiens-dentistes étaient spécialisés « *anesthésistes* ». D'ailleurs, l'anesthésie générale n'a-t-elle pas été inventée — si l'on peut dire — par un chirurgien-dentiste : Horace Wells.

La limitation du traitement aux affections les plus fréquentes, suppose une classification à établir par des statistiques plus ou moins « fantaisistes ».

Topographiquement, les limites assignées à l'action du chirurgien-dentiste doivent être : en haut, le plancher du sinus maxillaire ; en bas, le bord inférieur de la mandibule.

électriques de la sensibilité pulpaire, diaphonoscopie dentaire).

2° **Extractions dentaires.** — Toutes les extractions de dents ou de racines, apparentes ou incluses, situées dans la région alvéolaire des maxillaires à l'exclusion des extractions dites chirurgicales de dents ectopiques ou hétérotopiques.

L'extraction des dents ectopiques et hétérotopiques comprises dans les limites fixées ci-dessus doivent être reconnues de la compétence du chirurgien-dentiste.

3° **Anesthésie.** — Sur le terrain opératoire, toutes les formes d'anesthésie, locale et régionale, par voie endobuccale — par contact, par réfrigération ou par injection — à l'exclusion des injections exobuccales muqueuses ou cutanées, notamment par voie sus-zygomatique, endonasale, orbitaire, ou à la base du crâne de même que l'anesthésie du ganglion sphéno-palatin.

L'anesthésie générale est limitée exclusivement à l'analgésie et à l'anesthésie de courte durée au protoxyde d'azote.

Se reporter à l'observation développée ci-dessus au sujet du dernier paragraphe de la page 1.

4° **Carie et lésions traumatiques des dents.** — Traitement opératoire, antiseptique et prothétique de la carie dentaire et de ses complications proches (pulpite, monoarthrite, ostéo-périostite et abcès sous-muqueux), à l'exclusion des kystes dépassant les limites alvéolaires, des ostéo-phlegmons, des cellulites et des adénites.

Traitement opératoire et prothétique des lésions mécaniques et traumatiques des dents y compris les luxations avec fracture alvéolaire.

1° Supprimer le mot : « proches » ; 2° L'auteur oublie en excluant le traitement des adénites que celles-ci reconnaissent habituellement pour cause une infection dentaire et cèdent au traitement de cette infection ; il y aurait donc lieu de préciser en ajoutant après : « des adénites traitées par incision ou ablation des ganglions ».

5° **Articulation alvéolo-dentaire.** — Traitement opératoire, antiseptique, caustique, sclérosant et prothétique de la pyorrhée alvéolaire et des alvéolyses. Toute thérapeutique locale, vaccinale, calcifiante ou autre, à l'exclusion de toute thérapeutique générale.

6° **Gencive.** — Traitement des affections gingivales limité :

a) Aux manœuvres opératoires courantes : détartrage, résection gingivale, incision ou résection d'un capuchon muqueux à l'exclusion de la biopsie ;

b) A l'usage des topiques, des antiseptiques et des calmants usuels ou attouchements, en bains de bouche et en injections locales, à l'exclusion de toute thérapeutique générale ;

c) L'emploi des agents physiques, à l'exclusion du radium et des rayons X.

7° **Orthodontie.** — Orthopédie dento-maxillo-faciale par appareillage endo- ou exo-buccaux, fixes ou mobiles, à l'exclusion de tout acte chirurgical

s'écartant de la région alvéolaire et de toute thérapeutique générale.

8° **Prothèse.** — Prothèse dentaire de remplacement ou de substitution, de consolidation ou de stabilisation et d'orthodontie sous toutes leurs formes, à l'exclusion de toute prothèse chirurgicale ou maxillo-faciale qui ne doit être exécutée que par un docteur en médecine, ou à sa demande et sous sa responsabilité.

9° **Prescriptions.** — En dehors des dentifrices, des antiseptiques, et des topiques à usage local, le chirurgien-dentiste limitera ses prescriptions aux analgésiques usuels à ingérer, à l'exclusion des opiacés et des barbituriques, et aux hémostatiques ingérables (sels de calcium, pectine, vitamine K). En cas d'urgence, il pourra, contre la syncope, pratiquer l'injection sous-cutanée de caféine ou de camphre.

Après les mots « *sous toutes leurs formes* », ajouter : le traitement des *fractures des maxillaires* par ligatures inter-dentaires et gouttières intra- et extra-buccales, la prothèse chirurgicale et maxillo-faciale doit être exécutée par un docteur en médecine ou à sa demande et sous sa responsabilité, le chirurgien-dentiste étant habituellement chargé de cet appareillage dans les services hospitaliers maxillo-faciaux.

Pour conclure de l'exposé de toutes ces observations au texte de la note intitulée « *Définition de la capacité professionelle du Chirurgien-Dentiste* » jointe à la lettre de M. le Ministre de la Santé Publique du 11 mars 1946, L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE se rallie aux définitions précisées dans les accords passés le 9 juillet 1938 et mises au point en 1943 entre la C. S. M. et la C. N. S. D.

NÉCROLOGIE

Edouard FRITEAU (1867-1946)

Edouard FRITEAU, né le 12 novembre 1867, à St-Hilaire-du-Harcouët (Manche), vient de mourir, à Paris, le 29 décembre 1946. C'est toute une époque qui disparaît avec ce praticien qui tint une place très importante dans nos groupements à diverses dates de sa vie.

Docteur en médecine de la Faculté de Paris, il fût de très bonne heure attiré par l'Enseignement. Il débuta par des répétitions pour les examens de Chirurgiens-Dentistes, puis après concours devint Professeur suppléant à l'Ecole Dentaire de Paris en novembre 1894. Il fût titularisé en 1900 et nommé en même temps chef du service d'anesthésie. Pour des raisons de politique professionnelle il démissionna le 30 mai 1905. Il avait, durant ce laps de temps, occupé également quelques postes d'administration.

Il fût membre du Conseil de Direction de l'Ecole Dentaire de Paris, Secrétaire Général de la Société d'Odontologie et Secrétaire de la Rédaction du journal *L'Odontologie* en 1902, Bibliothécaire-Archiviste en 1904. Par la suite l'Ecole Dentaire de Paris lui accorda l'honorariat.

Resté dans l'ombre un certain nombre d'années, il prit ensuite une part active à l'action syndicale. Entré au Conseil d'Administration du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France il devint, en 1923, Rédacteur en Chef de *La Presse Dentaire* et en 1929, Directeur des Affaires Politiques du Syndicat. Enfin, en 1931, il fût le dernier Président du Syndicat, puisqu'en 1935, il eut le courage d'immoler le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France pour faire l'unité de la profession par la création de la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires dont il fut le premier Secrétaire Général.

Il coopéra à la réussite de la Semaine Odontologique dont il était un des Présidents Fondateurs avec de CROES et moi-même.

Pendant les deux guerres mondiales, il dirigea un Centre Dentaire très important, groupant une des régions les plus fortes de France. Il aida à la formation de l'Amicale des Dentistes Militaires qui fut si active entre les deux guerres.

Au point de vue scientifique il fit de nombreuses communications et rapports sur l'anesthésie générale entre autres et sur l'enseignement dentaire en France. Sa plus importante publication fût son *Manuel du Candidat aux examens de Chirurgien-Dentiste*, publié en trois volumes, chacun d'environ 800 pages, qui passa entre les mains d'un nombre considérable d'étudiants.

Il fut de ceux qui défendirent le titre de Chirurgien-Dentiste, s'occupa de la réforme des études dentaires, fût un des membres de la « Commission de Monzie » et un de ses promoteurs.

Nommé chevalier de la Légion d'Honneur, en 1917, il fut promu officier en 1927.

Il a été inhumé dans son caveau de famille à Muids (Eure) ; avec quelques confrères, prévenus de son décès, c'est par ce matin de fine pluie du 2 janvier que nous saluâmes presque à la nuit, c'était à 8 heures du matin, la dépouille mortelle de ce vieux batailleur.

Tel fut, en résumé, la carrière d'Edouard FRITEAU qui, doué d'une vitalité persistante, était encore au pied de son fauteuil quelques jours avant sa mort.

Henri VILLAIN.

* * *

Mme et M. Maurice BLANCHARD, chirurgien-dentiste à Rethel, membre du Conseil d'Administration de l'A. G. D. F., ont été éprouvés par la mort de leur mère et belle-mère, Mme Paul MARTIN, décédée le 2 janvier 1947.

Nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Distinction Honorifique. — Le titre de Commandeur de l'Ordre de la Santé Publique vient d'être conféré à M. Blatter, Président-Directeur honoraire de l'Ecole Dentaire de Paris. Nous sommes heureux de cette attribution qui vient récompenser M. Blatter des services qu'il a rendus à la Profession et du dévouement avec lequel il l'a toujours servie. Nous sommes heureux de lui adresser nos sincères félicitations.

Association des Chirurgiens-Dentistes Indépendants. — La réunion mensuelle de l'A. C. D. I. a eu lieu le mardi 21 janvier 1947, et a été suivie d'une Assemblée générale.

Trois films en couleurs de l'American Dental Club ont été projetés et commentés par M. Vieilleville.

L'armée française qui n'a plus que douze dentistes appelle en renfort les dentistes allemands... — L'hebdomadaire *Samedi-Soir* du 4 janvier 1947 a publié, sous ce titre, l'article que nous reproduisons ci-dessous et dont nous lui laissons toute la responsabilité :

« Faute de dentistes français, le Service de Santé vient d'engager des dentistes allemands pour que les hommes et les officiers de notre armée d'occupation puissent se faire soigner les dents.

« L'armée française ne dispose plus, en effet, que de douze dentistes en tout et pour tout ; le davier, quand on le manie en uniforme, ne nourrissant plus son homme.

« Sur ces douze dentistes, deux seulement ont été affectés en Allemagne Ces deux malheureux, submergés par cette armée de mâchoires, n'ont pas tardé à réclamer des renforts.

« C'est alors qu'on songea aux dentistes allemands. Ceux-ci se sont montrés enchantés des contrats qui leur ont été proposés ; ils ne travaillent pas pour le roi de Prusse. »

Les Dentistes anglais en effervescence. — Aucun dentiste ne cède à Bevan ! Extrait du *Daily Express* (Londres), numéro du 14 octobre 1946.

Un télégramme sera adressé ce matin à M. Aneurin Bevan, Ministre de la Santé, l'informant qu'à partir d'aujourd'hui aucun dentiste en Angleterre, Ecosse ou Pays de Galle n'acceptera de traiter les malades d'après le plan de Santé National.

Les dentistes continueront à soigner les patients à titre particulier et fourniront tous les détails concernant le traitement qui permettront au malade d'être remboursé partiellement ou totalement par la société constituée.

Cette attitude a été adoptée lors de la réunion tenue hier par 753 dentistes dans les locaux de l'Association Médicale Britannique, Tavistock Square, W. C.

Les dentistes ont également invité le Président à envoyer à M. Bevan le télégramme l'informant de leur décision.

Aucune main ne se leva pour protester contre cette motion. Trois membres se sont abstenus. Les 750 restants étaient favorables.

Le Président, M. J. Lauer, annonça au milieu des applaudissements que les douze dentistes qui formaient le seul groupe dissident du pays avaient envoyé un message depuis le début de la séance pour dire qu'ils étaient maintenant en faveur de cette décision.

Ce n'est pas une grève !

Une demi-douzaine d'orateurs mirent en évidence qu'il n'était nullement question d'une grève des dentistes. Tous les patients seront soignés ;

mais selon les tarifs recommandés par le Conseil Adjoint d'Information Dentaire et non suivant ceux imposés par le Ministre de la Santé.

Le tarif proposé par le Conseil pour dentiers haut et bas est de 9 Livres 9 shillings (soit 4.725 fr.). Le Ministre de la Santé l'a fixé à 7 Livres 15 Shillings (soit 3.875 francs).

M. J. E. H. Duckworth (Finchley), parlant contre l'acceptation du projet ministériel, déclara :

« Nous n'abaisserons pas nos tarifs professionnels de telle façon que le Ministre puisse mettre sur pied un système de dents utilitaires pour la population de ce pays ».

« La profession dentaire n'aura pas pour dictateur un Ministre éphémère ».

M. W. G. Senior, du Conseil Adjoint d'Information Dentaire a dit :

« Je trouve difficile d'être modéré. Notre grande profession se trouve dans une passe dangereuse. Le tarif proposé par le Ministre n'est autre chose qu'un salaire de misère ». C. J.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Chaire de Stomatologie. — Le Prof. Dechaume a fait sa leçon inaugurale le mardi 14 janvier 1947. Il continuera son enseignement :

1° Par des présentations de malades, les samedis matins, à 8 h. 30, à l'Amphithéâtre de la Pitié ;

2° Par une série de conférences à la Faculté de Médecine, pendant le semestre d'été.

Conférences d'actualités pratiques organisées à la Faculté de Médecine. — Ces conférences destinées à tous les médecins ont lieu au grand amphithéâtre, les mardis et vendredis, à 20 h. 30.

Programme du 4 au 28 février 1947 :

Mardi 4 février. — 20 h. 30. Prof. Agr. Boulin : *Traitement moderne du diabète.*

21 h. 30. Prof. Fey : *Méthodes actuelles d'oxérèse de l'adénomo-prostatique.*

Vendredi 7 février. — 20 h. 30. Dr Gutmann : *Diagnostic précoce du cancer de l'estomac.*

21 h. 30. Prof. Brocq : *Traitement des fibromes utérins.*

Mardi 11 février. — 20 h. 30. Prof. Gougerot : *Les cinq étapes de la vie d'un syphilitique.*

21 h. 30. Dr Cleisz : *Conduite à tenir au cours de l'accouchement dans les bassins rachitiques.*

Vendredi 14 février. — 20 h. 30. Dr Michaux : *Les électrochocs.*

21 h. 30. Prof. Agr. Patel : *Indications opératoires dans les cholécystites.*

Vendredi 21 février. — 20 h. 30. Dr Martin : *Indications actuelles de la pénicilline en médecine.*

21 h. 30. Prof. Sénèque : *Indications thérapeutiques dans le cancer du sein.*

Mardi 25 février. — 20 h. 30. Prof. Lian : *Diagnostic et traitement de l'angine de poitrine.*

21 h. 30. Prof. Dechaume : *Manifestations à distance des infections bucco-dentaires.*

Vendredi 28 février. — 20 h. 30. Prof. Agr. Degos : *Nouveaux traitements de la syphilis.*

21 h. 30. Prof. Agr. Fèvre : *Sténose hypertrophique du pylore du nourrisson.*

ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Conseil Régional de la Région de Paris

Le Conseil Régional de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes de la Région de Paris s'est réuni à la Première Chambre de la Cour d'Appel, Palais de Justice de Paris, le 27 novembre 1946, sous la présidence de M. Villain, Président.

Le Conseil a pris au cours de cette séance la décision suivante :

. . . . . .

Après en avoir délibéré secrètement.

Attendu que le fait d'exercice illégal de l'Art Dentaire relevé contre M. X... n'est pas suffisamment établi ;

Mais attendu qu'X..., Propriétaire-Directeur d'un Etablissement a donné à son exploitation un caractère commercial et publicitaire inadmissible, ainsi que l'établit le libellé de la carte envoyé à l'occasion des fêtes de Noël et du Jour de l'An ; que notamment à la quatrième page, imprimé en gros caractère, on peut lire :

« . . . . . .

SERVIR
SANTÉ AUX PATIENTS
PARTOUT ET TOUJOURS

. . . . . »

Attendu que de pareils procédés sont contraires aux principes de moralité et de probité indispensables à l'exercice de la profession et doivent être sanctionnés.

Par ces motifs,

Prononce contre M. X... la peine du blâme.

. . . . . .

Les sports en honneur à l'E. D. P. — Brillante, agréable soirée en vérité cette réouverture du Foyer Dentaire !

Oui ! Brillante par la présence de notabilités marquantes au sein d'une assistance nombreuse et jeune, tels le Dr Audy, Président de l'Association Générale des Dentistes de France ; M. Rivault, Président du Groupe Sportif ; M. Hugo, ancien Trésorier du Groupe Sportif ; M. Monet, Professeur.

Brillante aussi grâce aux généreux efforts des membres organisateurs : MM. Blidach, Fourmi, Mlles Delage et Moigne, et notre ami Dubouillé.

Agréable enfin, par l'ambiance cordiale, amicale, régnant entre élèves et dirigeants, sous l'égide du sport, aussitôt après la présentation courtoise faite avec un soin diligent par M. Marguerite, Vice-Président du Groupe Sportif.

Le vin d'honneur, les attractions ne contribuèrent pas peu à intéresser, mettre en joie les spectateurs présents.

Sous leurs regards admiratifs, Jean Valton, de 3e Scolarité, avec verve et talent, présenta son « numéro d'imitations » avec un succès dont il se souviendra.

Tout auréolé de « smasches » et de « coupées », Dubouillé s'exhiba avec sa maestria habituelle en un match de ping-pong avec un adversaire de marque ; Larcade, au jeu très spectaculaire.

En cette nouvelle année que nous abordons avec espoir, la réception est de très bon augure pour l'activité future de nos sportifs. En effet, l'E. D. P. dispose de plus de 100 licenciés partagés en 2 équipes de football, 2 équipes de basket, 1 équipe de rugby.

Sans oublier de mentionner une équipe féminine de basket et une salle de culture physique où une fois par semaine nos sportifs se recréent et durcissent leurs muscles.

Actuellement, restent encore qualifiées pour le difficile championnat d'Académie : une équipe de football, une équipe de basket, une équipe de rugby.

Nous les accompagnons de nos meilleurs souhaits de victoire et remercions sincèrement tous ceux qui ont contribué de tout cœur à ce développement grandissant du dynamique Groupe Sportif.

Honneur à nos Dirigeants, Honneur à nos Membres Actifs, Honneur aux Sports.

RICHEMOND.

Mariages. — Le mariage de Mlle Suzanne Letellier, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, avec M. Raymond Chassagne, a été célébré à Paris, le 28 décembre 1946.

Le mariage de M. André Héribel, chirurgien-dentiste, ancien élève de l'Ecole Dentaire de Paris, avec Mlle Odette Gillet, a eu lieu à Nancy, le 24 décembre 1946.

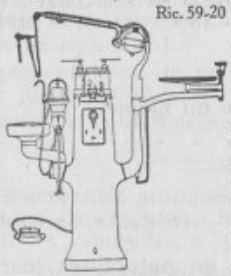
Nos félicitations et vœux de bonheur.

Naissances. — M. et Mme Touzeau, chirurgiens-dentistes à Nantes, nous ont fait part de la naissance de leur fils Pierre-Yves, le 30 décembre 1946.

M. G. Augot, chirurgien-dentiste à Dijon, membre de notre Groupement, et Mme, nous ont annoncé la naissance de leur fils Jean-Pierre, le 8 janvier 1947.

Nos félicitations.

CAILLY
PARIS - 18, Rue Favart
Ric. 59-20



TOUT MATÉRIEL ET FOURNITURES POUR CABINETS ET LABORATOIRES

ÉQUIPEMENTS
FAUTEUILS
MEUBLES
BUREAUX
CHAISES
SCIALYTIQUES
MOTEURS POUR L'ACIER
FOURS A SÉCHER ÉLECTR.
CUILLÈRE ÉLECTRIQUE
SOUDEUSE-FONDEUSE
PRESSE A COULER L'ACIER
SABLEUSES POUR L'ACIER

Le S.V.P. du Corps Médical

Office des Transactions Médicales

Créé et dirigé par des confrères

CONTENTIEUX - CONSEILS JURIDIQUES
RECOUVREMENT D'HONORAIRES

EXPERTISES - RÉDACTION D'ACTES

OFFRES ET DEMANDES D'EMPLOI

CESSION DE TOUS CABINETS DENTAIRES, MÉDICAUX, PHARMACEUTIQUES ET PARAMÉDICAUX

6, Cité Monthiers, PARIS (55, r. de Clichy)
Tél. : TRI. 71-31

Bureaux ouverts de 14 h. 30 à 16 h. 30

Nous n'offrons que des postes dont nous avons l'exclusivité et ne publions aucun répertoire.

1947

CARTE DE PRIORITÉ PHARMACEUTIQUE

Spécialisés depuis plus de vingt-cinq 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 1947

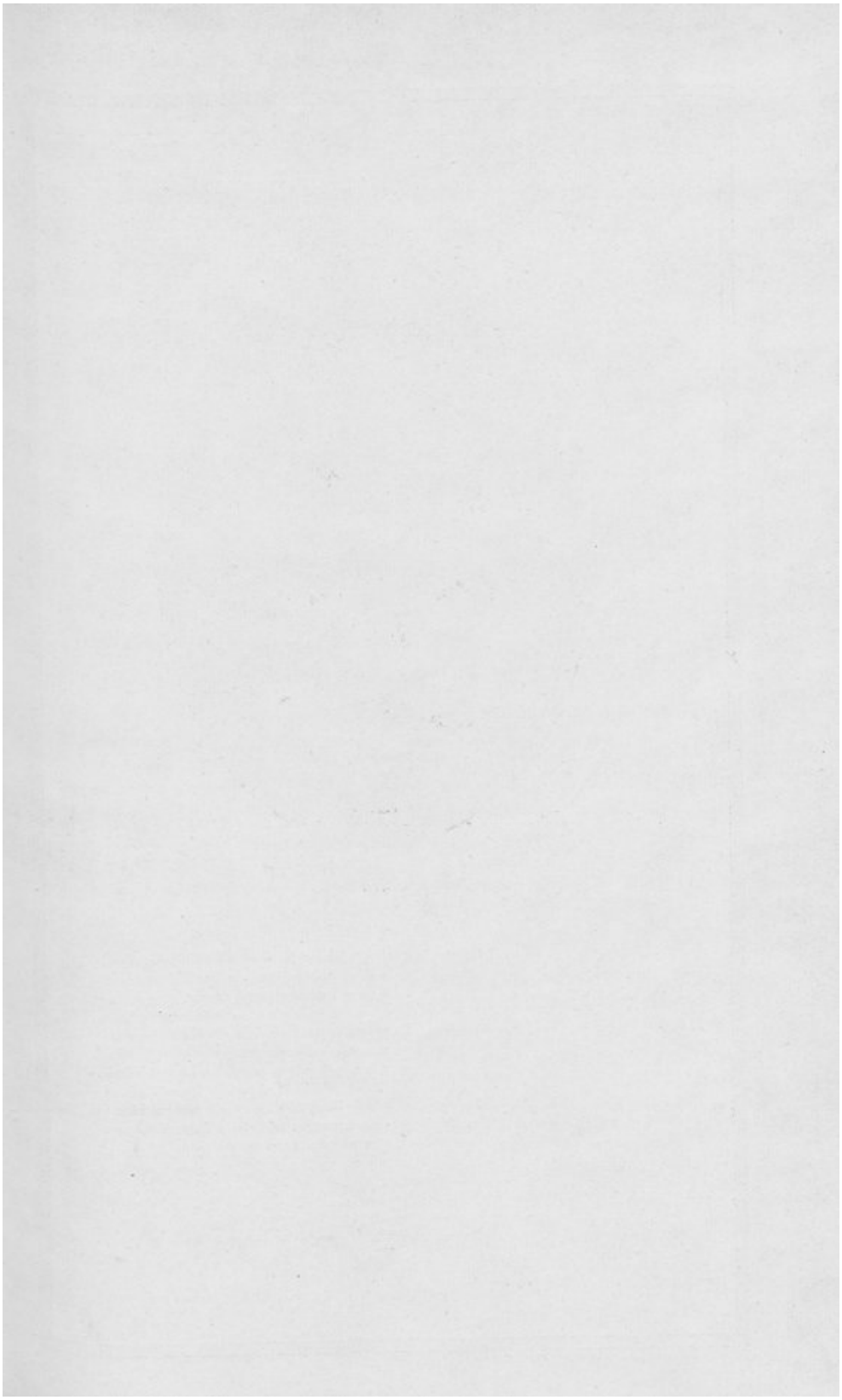
Les Laboratoires du Docteur P. ROLLAND vous informent que vous pouvez leur adresser directement les CARTES DE PRIORITÉ, au besoin par lettre recommandée, à leur dépôt,

127, Bd Saint-Michel, PARIS-5e

Pour tous renseignements, s'adresser aux

Laboratoires du Docteur Pierre ROLLAND

127, Bd St-Michel, PARIS-5e - Odéon 22-01



MAURICE ROY

« Ce que je voudrais, par dessus tout,
« c'est, en mourant, ne pas laisser, sans
« l'avoir réparée, une erreur, une injus-
« tice que j'aurais pu involontairement
« commettre, et dont j'aurais connais-
« sance, de n'avoir accompli une obligation
« que je devais et aurais pu remplir. Que
« ceux, vis-à-vis desquels j'aurais pu, à
« mon insu, être injuste, le sachent bien :
« ne manquez pas de le leur dire, par
« respect pour ma mémoire. »

MAURICE ROY

(1866-1947)

La mort du Dr Maurice ROY a provoqué dans le monde professionnel une profonde affliction dont les témoignages affluent de toutes parts, de France, comme de l'étranger où il jouissait d'une universelle considération.

A *L'Odontologie*, que sa disparition atteint cruellement, au Groupement de l'École Dentaire de Paris, notre chagrin rejoint celui de sa famille qui pleure le soutien moral, le guide sûr qu'elle a perdu, car, en dépit des tâches si nombreuses et si diverses que lui permettait sa prodigieuse activité, il n'avait jamais éludé aucune des douces obligations de l'existence familiale. Ceux qui ont eu le privilège de vivre dans son intimité savent l'influence profonde qu'il eut sur la formation morale des siens, les éduquant tant par l'exemple d'une vie toute de droiture et d'altruisme que par ses propos, toujours inspirés par son civisme et ses idées généreuses.

A la peine que tous ressentent, se mêle un sentiment de stupeur devant le vide soudain qu'ouvre la disparition de celui qui, pendant soixante ans, anima notre profession par sa présence agissante et son enseignement, et dont le perpétuel renouvellement ne cessait d'étonner.

C'est après une très courte maladie que Maurice ROY a succombé, au matin du 5 janvier ; il est mort, selon son vœu, sans avoir connu la déchéance physique ni la diminution intellectuelle, si souvent rançon d'une existence prolongée. N'ayant jamais souhaité l'extrême vieillesse, il vit venir la mort avec sérénité. A quelques heures de sa fin, comme on lui amenait un de ses arrière-petits-fils, un dernier sourire éclaira son visage : par ce sourire adressé au petit enfant appelé à le continuer dans la vie, il saluait encore l'avenir dans lequel il avait foi.

Beaucoup ont appris avec surprise qu'il venait d'atteindre l'âge de quatre-vingts ans ; rien en lui, en effet, ne suggérait l'idée de vieillard, le temps semblait n'avoir aucune prise sur lui : tel je l'ai connu, il y a près de 53 ans dans le service de son maître, le chirurgien Paul BERGER, tel on le voyait encore tout dernièrement, la démarche alerte, le pas rapide, la tête haute, le menton volontaire, le regard vif et pénétrant, l'abord d'une certaine réserve que tempérait bien vite la bienveillance d'un sourire affable — et, au moral, la même intelligence ouverte, la vaste culture, la franche sincérité, le même optimisme raisonné, et la même foi dans le

progrès humain. Peut-être le seul changement sensible fut-il une atténuation de sa combativité, car ce fut un rude polémiste au cours des luttes soutenues pour ses conceptions odontologiques. Cette combativité redoutée avait fait place à cette sorte d'indulgence discrète que le sage peut se permettre au déclin de sa vie. Encore cette indulgence sereine ne l'a-t-elle jamais fait dévier de la ligne de conduite qu'il s'était tracée depuis toujours, et qu'il a suivie jusqu'à la fin : sans aucune compromission, en toutes circonstances, par la plume et par la parole, avec la même conviction, il a défendu la doctrine odontologique à laquelle il avait donné, dès le principe, son entière adhésion.

Au moment de rappeler la longue carrière de Maurice Roy, qu'il me soit d'abord permis de rendre hommage à l'ami incomparable qu'il fut : il aimait à rendre service, et ses obligés sont légion ; hostile à toute idée mesquine, réfractaire à l'intrigue et aux calculs intéressés, quand il avait donné son amitié et sa confiance, c'était sans réserve, et l'on avait bien souvent le sentiment de rester en deça de ce qu'il fallait faire pour les justifier. Je ne force pas les mots, j'essaie même de faire abstraction des liens quasi-fraternels qui nous unissaient, déplorant seulement mon impuissance à faire revivre cette grande figure qui gardera sa place, la toute première, dans l'histoire professionnelle de notre temps.

* * *

Maurice Roy était né à Nèmours, le 24 décembre 1866. Après de solides études à l'Ecole Colbert, il avait débuté comme mécanicien, chez un dentiste de la Place Saint-Michel, M. Adam ; à ces quelques années d'apprentissage, il gardait un souvenir reconnaissant pour la formation initiale qu'il en avait reçue, et dont il devait toujours bénéficier.

Cependant, l'Ecole Dentaire de Paris, très modestement, venait de s'ouvrir : on sait qu'elle avait été fondée par de jeunes praticiens qui, constatant les inconvénients du travail isolé, mirent leur science en commun, après s'être mutuellement enseigné ce qu'ils savaient et établirent des programmes auxquels vinrent se soumettre, sans aucune obligation légale, ceux qui étaient soucieux d'exercer avec compétence leur profession. Le jeune Roy, déjà avide de connaissances nouvelles, s'y fit inscrire dès 1884, et y reçut l'enseignement des jeunes professeurs d'alors, notamment de Léon Delair. Il sortit de l'Ecole en 1886, diplômé et lauréat. C'est de ce moment que datent ses relations intimes avec les Godon, les Viau, les Richard-Chauvin, avec lesquels il devait collaborer pendant tant d'années. Nommé démonstrateur en 1889, il gravit aisément tous les échelons qui le menèrent au professorat, où l'on sait la place éminente qu'il occupa.

Bientôt, toujours mû par le désir d'une instruction plus

complète, il entreprit ses études médicales ; il fréquenta assidument l'hôpital, et ses maîtres Léon Labbé et Paul Berger eurent tôt fait de discerner ses aptitudes chirurgicales et d'en favoriser le développement. Il présenta en 1894 sa thèse de doctorat, consacrée à la *Prothèse immédiate et la prothèse tardive dans les résections de la mâchoire inférieure.*

Maurice Roy n'avait pas entrepris les études médicales pour la vaine conquête d'un titre ; loin de les avoir poursuivies d'une façon superficielle, il s'y était, bien au contraire, donné totalement, et si, pour une quelconque raison, il avait été contraint d'abandonner l'exercice de l'art dentaire, c'est avec honneur qu'il aurait pu exercer la médecine. D'ailleurs, il ne reconnaissait nulle primauté au titre de docteur, qui, disait-il, est incapable de faire à lui seul un bon praticien d'un médiocre.

Nommé Dentiste des Hôpitaux en 1895, Maurice Roy occupa longtemps le poste de l'Hôpital Broussais qu'il quitta pour la nouvelle Pitié, où il créa un service modèle et où il eut comme assistants, Marcel Darcissac, Solas, Haloua, Dubois, Hennion, Mlle Pomay. Lorsqu'en 1928 le surprit l'inexorable limite d'âge imposée par les règlements de l'Assistance Publique, son départ fut l'objet d'une touchante manifestation de la part de ses nombreux élèves et anciens élèves.

Cependant, au Groupement de l'Ecole, sa forte personnalité s'était depuis longtemps affirmée ; son rôle y était devenu de premier plan ; il fut appelé à y exercer les fonctions les plus diverses, et à siéger dans de nombreuses commissions. Mais ce sont les questions relatives à la formation des étudiants qui l'attiraient le plus, et l'élaboration des programmes d'études, et il fut, en 1911, en raison de sa particulière compétence, nommé Directeur de l'Enseignement.

Que ce fût dans l'administration ou à l'occasion de ses fonctions professorales, il contribua par son action à maintenir les traditions de dévouement à l'Ecole, héritée de ses fondateurs ; sans prétendre se donner en exemple aux générations qui le suivaient, il espérait néanmoins qu'elles sauraient toujours avoir comme objectif principal la prospérité morale de l'institution.

D'autre part, il avait pris une part importante à la création de la Fédération Dentaire Nationale, et, après le Congrès international de 1900, avec Godon, il contribua à mettre sur pied cette importante Fédération Dentaire Internationale, dont il devint par la suite un des vice-présidents.

Dès les premiers jours de la guerre de 1914, avec son ami Paul Martinier dont, à ce propos, le nom est inséparable du sien, il constitua et dirigea le *Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face*, œuvre d'une initiative magnifique qui fut l'origine des centres similaires qui s'ouvrirent bientôt sur l'ensemble du territoire. Il y traita de très nombreux

blessés de la face, établissant des méthodes de traitement dans cette très particulière chirurgie de guerre où, à ce moment, presque tout était à créer.

A la mort de Charles GODON, en 1923, ROY prit la direction de *L'Odontologie* dont il était le rédacteur en chef depuis 1906, et qu'il conserva jusqu'à la fin. On sait l'organe de haute tenue qu'il sut en faire. Mais il souffrait impatiemment que le malheur des temps et les restrictions imposées l'eussent forcé, ces dernières années, à une réduction du nombre des pages, avec, comme conséquence inévitable, une présentation défectueuse qu'il jugeait indigne de l'importance du journal. Cependant il avait élaboré des projets d'amélioration, qui sont en cours de réalisation, mais dont, hélas, le temps ne lui aura pas été laissé de constater les effets. C'est très activement qu'il s'occupait de notre *Odontologie*, donnant ses soins au choix et au classement des matières, veillant aussi aux multiples détails matériels de mise en page, de typographie, de clichage. Quant aux séances du comité de rédaction, qui se tenaient primitivement dans son cabinet de la rue Rouget-de-l'Isle, puis plus tard dans celui de la rue de Penthièvre, c'étaient jadis de véritables conseils de guerre, en un temps où étaient souvent en jeu les destinées de l'Ecole, et même le statut du chirurgien-dentiste : chaque numéro était alors l'occasion de batailler. Ces séances qui, commencées à 6 heures, se prolongeaient fort avant dans la soirée, ROY les dirigeait avec une étonnante lucidité, après une journée de travail qui aurait été écrasante pour tout autre.

Les fonctions que remplissait Maurice ROY, tout absorbantes qu'elles fussent, étaient pourtant loin d'accaparer toute son activité, et n'entravaient nullement la marche de ses travaux scientifiques, et lorsqu'on jette un coup d'œil d'ensemble sur son œuvre, on demeure confondu devant son ampleur et sa diversité, devant cet étonnant labeur poursuivi durant soixante ans pour l'amour du métier, et soutenu par la passion de la vérité.

Qu'on se pénètre bien de cette idée, qu'aucun de ses travaux n'est tributaire d'une quelconque compilation, que tout ce qu'il a écrit, dit et enseigné, c'est de son propre fonds qu'il l'a toujours tiré, de ses déductions appuyées sur une expérience personnelle, contrôlées par une observation d'une absolue objectivité. Au cours des années, on voit les idées s'ébaucher, se former, prendre corps, obéir à une discipline rigoureuse, se soumettre à une auto-critique sévère pour aboutir à un exposé définitif ou à une méthode. Ayant tout étudié dans le domaine bucco-maxillo-dentaire, ce qu'il enseigne et pratique est le résultat d'une longue patience.

Je me plais à citer ici les lignes suivantes que m'écrivait tout récemment un maître éminent de la Faculté de Lyon

au sujet de Maurice Roy : « Ayant contrôlé si souvent la justesse de ses appréciations, j'en étais arrivé à accepter les yeux fermés tout ce qu'il écrivait ». Quel plus bel hommage, venant d'une telle personnalité, pourrait être rendu à la rigueur et à la probité scientifiques de Maurice Roy ?

En 1935, lors de la célébration du cinquantenaire de la Société d'Odontologie, Paul Housset (1) a judicieusement souligné l'homologie qui a existé entre la vie de cette Société et l'œuvre scientifique de Roy. Il a donné, à ce propos, une bibliographie méthodique de ses travaux, que l'on retrouvera plus loin, dûment mise à jour. Affections dentaires, maladies de la bouche et des mâchoires, chirurgie buccale, kystes, nécrose, fractures, prothèse dentaire et restauration, chirurgie de guerre, anesthésie, thérapeutique, hygiène, et aussi enseignement, tout se trouve dans les quelque deux cents communications, articles ou ouvrages qui ont paru sous sa signature.

Mais son nom restera particulièrement attaché à nombre de questions que j'énumère un peu au hasard du souvenir : les altérations pulpaires sans carie, les névrites pulpaires, la pulpectomie coronaire, la pseudo-odontalgie, le curettage apical, les kystes dentifères, la nécrose des maxillaires. Est-il besoin de rappeler qu'il a, le premier, élucidé cette question, si obscure avant lui, des fistules sur dents vivantes qui, pendant si longtemps, ont été l'occasion d'interventions intempestives et sans résultat ; leur donnant le nom d'abcès serpigineux, il en a clairement démontré l'origine pyorrhéique, désormais universellement admise. Depuis quinze ans d'ailleurs, il poursuivait ses observations et ses études patientes sur la pyorrhée et son traitement. Elles eurent comme aboutissement, en 1934, la publication d'un ouvrage magistral, aujourd'hui classique, qui est un traité complet et objectif, étude parfaite de la question, où se retrouve, comme dans tout son œuvre, l'intime collaboration du savant et du clinicien.

Maurice Roy, dont le sens critique se hérissait devant ce que Gustave Flaubert appelait « les idées reçues », est souvent parti en guerre contre certaines croyances implantées sans preuves par la tradition dans l'esprit de beaucoup. C'est ainsi qu'il nia la signification généralement attribuée à l'écartement des incisives centrales, au tubercule de Carabelli et à la dent d'Hutchinson ; il tint également à contrebattre la légende de l'arthrite arsénicale et des pseudo-propriétés hémostatiques de l'eau oxygénée. L'an dernier, encore, dans une communication à l'Académie de Médecine, il faisait la critique des idées ayant trait à la décalcification des femmes enceintes, établissant que, contrairement à une opinion trop générale, la grossesse n'est pas, à elle seule, une cause de carie dentaire.

(1) Voir *L'Odontologie*, LXXIII, N° 3, mars 1935.

En marge de ses travaux, Roy dirigeait, en collaboration avec Paul Housset, l'importante collection que constitue la *Bibliothèque du chirurgien-dentiste*, dans laquelle il a publié un ouvrage sur la thérapeutique dentaire et l'anesthésie, dont de nombreuses éditions ont instruit bien des générations d'étudiants.

Pour l'ensemble de son œuvre, et comme couronnement de sa vie professionnelle, pour ses services éminents rendus à l'art dentaire, Maurice Roy se vit attribuer, en 1936, à l'issue du Congrès de Vienne, le prix international Miller, la plus haute distinction qu'un dentiste puisse recevoir de ses pairs.

La même année, il fut promu officier de la Légion d'Honneur : ainsi, les pouvoirs publics de son pays, et le grand organisme professionnel international se rencontraient dans un hommage simultané à son éclatante valeur.

Cependant, on se tromperait singulièrement si l'on pensait que son œuvre tient tout entier dans ses écrits et son enseignement d'Ecole : à relire les comptes rendus de la Société d'Odontologie, on verrait quel précieux élément de vitalité celle-ci perd en lui. Il y prenait très souvent la parole pour l'argumentation des communications. Il s'excusait même quelquefois de cette fréquence. Combien à tort ! car c'était encore à un magnifique enseignement qu'aboutissaient ses interventions : grâce à elles, l'intérêt rebondissait soudain, la discussion connaissait une ampleur nouvelle ; servi par une mémoire impeccable, il rappelait avec à propos, au sujet de la question à l'ordre du jour, tel cas observé par lui, dix ou vingt ans auparavant, avec une précision qui lui permettait de projeter une lumière nouvelle dans le débat. Il persistait à rester toujours très assidu aux séances de la Société d'Odontologie, estimant qu'elles constituaient un excellent enseignement mutuel, dont il assurait qu'il bénéficiait tout le premier.

Roy consacrait une grande partie de son temps à l'enseignement. En outre de son cours de thérapeutique, il donnait un enseignement clinique de haute valeur. Qui ne vînt lui faire visite dans sa salle d'opération, où tant de confrères de Paris ou de province lui ont conduit leurs malades, soit pour fixer un diagnostic, soit pour lui confier le soin de les opérer, ce qu'il acceptait bien volontiers, malgré son surmenage ou l'heure souvent avancée ?

Dans son service du lundi matin, il arrivait assez tard, non qu'il ne se mît en route de bonne heure ; mais ce service étant situé au 2e étage, il lui fallait franchir deux barrages : celui du rez-de-chaussée, où on le guettait pour soumettre à ses avis de multiples questions touchant l'enseignement, ou la politique professionnelle ou le journal, puis celui du 1er étage, où la Coopérative réclamait souvent une décision urgente.

Arrivé enfin dans sa salle d'opération, il menait à bien, sans hâte, malgré la perspective du retour tardif au logis, le traitement des cas que, avec ses fidèles collaborateurs, le Dr Vais et Mlle Dupuis, nous lui avions réservés comme susceptibles de l'intéresser. Mais quel cas n'aurait pas intéressé Roy ? Même au plus banal en apparence, il trouvait matière à considérations originales ; le parfait clinicien qu'il était y remarquait toujours quelque particularité qui aurait échappé à la sagacité d'un observateur moins averti, et il prenait plaisir à en faire l'exposé à chaque nouvel arrivant. Exigeant de lui-même ce qu'il exigeait des autres, il opérait posément, avec une conscience méticuleuse, toujours ennemi de l'à peu près, s'attachant par dessus tout à ne faire que des opérations complètes qui mettaient ses malades à l'abri de toute récidive.

C'est dans ce service du lundi que ceux qui ont suivi Maurice Roy l'ont pu voir, au cours des années, chercher, trouver, perfectionner et mettre à leur point définitif les méthodes parfaites auxquelles il a abouti, soit pour l'acte opératoire lui-même, soit pour l'anesthésie : tout le monde connaît sa technique, aujourd'hui classique, du curettage apical, et de la cure radicale des kystes. On connaît moins certains de ses procédés d'anesthésie, pourtant parfaits, qui rendaient inutile l'emploi de la narcose : l'infiltration par voie buccale combinée avec les injections transcutanées qui anesthésiaient tout le massif facial, et aussi les injections pratiquées au contact de la branche montante, permettant l'extraction indolore de la dent de sagesse en position vicieuse, si longue et si laborieuse, avant la pratique systématique de l'extraction chirurgicale.

Avec patience, il inculquait aux étudiants les principes de l'extraction, leur démontrant que le succès de l'opération se trouve lié à la coordination d'un certain nombre d'actes, depuis la position de l'opéré, l'immobilisation de la tête, jusqu'à l'entrée en jeu méthodique des doigts de l'opérateur. A ces détails il attachait à juste titre une importance capitale ; aussi enseignait-il inlassablement ses principes, résultant d'une longue expérience judicieuse et d'une recherche raisonnée du mieux. Ceux qui ont suivi son enseignement clinique lui gardent tous une profonde reconnaissance : il leur a appris, avec le sens des responsabilités, à voir, à comprendre, à décider et à agir.

Mais le rayonnement de Roy s'étendait bien au delà du Groupement de l'Ecole Dentaire ; il a toujours été le bon pélerin des Congrès, et n'a jamais cessé d'y jouer un rôle considérable ; d'ailleurs il disait volontiers que jamais il n'était revenu d'une réunion professionnelle sans voir augmenté son bagage de savoir. Tous les Congrès de l'A. F. A. S. ont eu sa participation, jusqu'à celui de Nice, en septembre

dernier. Toutes les capitales l'ont vu, et même l'Amérique. Mais c'est en Belgique qu'il se rendait le plus volontiers, où il avait noué de solides amitiés. Il était toujours accueilli avec joie par les Sociétés belges qui le conviaient à leurs séances, et nos confrères de Bruxelles l'avaient, avec humour, surnommé le Roy des Belges.

Je ne voudrais pas omettre de signaler une création de Roy, une de celles dont il devait se montrer le plus satisfait, la Société Coopérative des Dentistes de France, qu'il fonda en 1902, en s'entourant des conseils de Ch. Godon et de F. Lagarrigue, qui devait y être son intime collaborateur jusqu'il y a quelques mois. Obéissant à ses conceptions altruistes, il voulut créer, bien avant que le mot et la chose ne fussent inventés, un organisme témoin ; tout en reconnaissant la parfaite honorabilité de certaines vieilles maisons de fournitures dentaires, il pensait que la formule d'une coopérative était favorable aux intérêts des praticiens. Il espérait, aussi, et l'événement lui donna raison, que la jeune société pourrait un jour apporter un appui substantiel à l'enseignement. Devançant les lois actuelles, il put prendre en faveur du personnel de la Coopérative d'intéressantes mesures d'ordre social, tel que le sursalaire familial et la prime à la natalité. Enfin, comme il ne perdait jamais de vue l'intérêt national, il avait également comme objectif de favoriser l'industrie dentaire française, à peu près inexistante, en la commanditant et en lui assurant un débouché permanent. De fait, on sait comme ce but a été atteint, et quelle extension ont prise, à partir de ce moment, les fabrications françaises.

Chaque fois, d'ailleurs, que l'intérêt général était en jeu, Maurice Roy était présent : c'est ainsi qu'en février 1915, il contribua à la fondation de *l'Aide Confraternelle aux dentistes français et belges victimes de la guerre*, œuvre dont il fut un des plus généreux donateurs, un des membres les plus agissants, et dont il fut nommé président après le décès de Georges Viau.

Lorsqu'en 1940 survint la grande épreuve, Roy fut à sa manière un des premiers à refuser de s'incliner : quand les lois d'exception prétendirent l'obliger à se séparer de plusieurs de ses collaborateurs de *L'Odontologie*, plutôt que de se soumettre, il préféra en abandonner la direction. Il restait ainsi fidèle à son idéal de justice : n'est-ce pas lui, en effet, qui, dès 1933, à Edimbourg, proposa et fit adopter par le Conseil exécutif de la F. D. I. une motion déclarant « qu'en aucun cas, il ne peut être apporté pour des raisons de race, de religion ou de politique, une restriction quelconque à l'exercice libre et normal de leur profession par des praticiens régulièrement qualifiés dans leur pays, et qui n'ont pas failli à leurs devoirs moraux et professionnels ». Déclaration qui fut votée à l'unanimité, moins les voix des Allemands qui se retirèrent de la F. D. I.

Cette initiative toute de générosité et de justice devait valoir à Roy, pendant l'occupation, d'être pris à partie dans une série d'articles anonymes d'un hebdomadaire à la dévotion des Allemands. Ainsi désigné à l'occupant, il y avait tout lieu de craindre pour sa liberté. Il accepta le risque, souffrant seulement de pouvoir être amené, à son insu, à serrer loyalement la main qui avait tenu une plume aussi déloyale.

Mais cela, on le sait. Ce qu'on sait moins, c'est qu'il n'hésita jamais à risquer de se compromettre, soit en favorisant le passage en zone libre d'un résistant notoire, soit en donnant asile à un jeune réfractaire du travail obligatoire, ou en hébergeant, durant une mission à Paris, l'agent secret d'un pays allié. Fort heureusement, les soupçons de la Gestapo, insuffisamment fixés, ne se traduisirent que par des visites désagréables, sans plus.

Depuis quatre ans, Maurice Roy avait renoncé à la lourde charge du cabinet important où s'étaient confiés à ses soins quatre et parfois cinq générations de clients, dont la longue fidélité lui causait une légitime fierté. Mais il n'avait pas, pour autant, rompu ses attaches avec la vie professionnelle, il ne l'aurait pas pu : continuant à être assidu au Conseil de l'Ecole et à la Société d'Odontologie, dirigeant notre journal, président de la Coopérative, il avait néanmoins pris une sorte de demi-retraite, je ne veux pas dire de repos, car il profitait de ses loisirs pour agrandir encore et toujours le champ de ses connaissances. Passionné d'histoire, curieux du Vieux-Paris, il ne laissait passer sans la visiter, comme il savait visiter, aucune exposition à Carnavalet, aux Archives, à la Nationale. Le Musée de l'Homme l'attirait souvent aussi, ainsi que toutes les manifestations picturales. S'intéressant à tout, il savait regarder et conclure. Ses déplacements aux Congrès lui avaient d'ailleurs toujours été l'occasion de satisfaire ses goûts d'artistique curiosité ; de même ses villégiatures : il y a six mois à peine, il s'aventurait encore, pendant des heures, sur de longues pentes rocailleuses, attiré par quelque antique chapelle, ou tel château en équilibre sur un piton dominant la Dordogne.

Mais, bien souvent aussi, dans la solitude de sa bibliothèque, entre deux lectures, il évoquait le souvenir de ses disparus ; les chagrins, en effet, ne lui avaient pas été épargnés, mais il les cachait jalousement, presque pudiquement, au fond de son cœur. Après son frère Pierre, mon cher camarade d'hôpital, qu'une mort prématurée a empêché de donner toute sa mesure — car il était appelé à tenir une des premières places dans la neurologie française — ce fut la perte de son fils aîné, tué en 1916, devant Verdun, et, il y a six ans, la mort de celle qui fut une compagne admirable, et qui sut comprendre qu'il devait, de sa vie, faire deux parts, l'une toute familiale, l'autre professionnelle qui devait lui permettre

de jouer le rôle éminent auquel il était appelé. Et bien souvent aussi il pensait à ses vieux parents que certains d'entre nous ont bien connus, sur lesquels il se plaisait à reporter tout le mérite de ses qualités innées.

Après sa mort, on trouva une sorte de testament spirituel dédié à ses enfants ; il l'avait écrit, au courant de la plume, il y a quatre ans, durant des nuits d'insomnie ; à le lire on s'aperçoit que Roy, qui professait volontiers l'opinion que, dans la nature, rien n'est surnaturel, laisse entrevoir combien son matérialisme philosophique s'apparentait tout de même à un certain idéalisme rationnel.

On ne peut s'empêcher de transcrire ici quelques extraits de ce pathétique document, qui a toute la sincérité d'un examen de conscience :

. . . . . .

« Toute ma vie, y est-il écrit, sans pouvoir toujours y réussir, « en raison de la faillibilité humaine à laquelle je n'ai pu échapper, « je me suis efforcé de vivre suivant les principes de la morale. »

. . . . . .

« J'ai cherché à être un bon humain, conscient que la morale « collective est faite de la somme des morales individuelles de cha- « cun. Je me suis efforcé de porter le moins de préjudice possible à « cette morale collective de mon propre pays que j'aime passionné- « ment, pensant ainsi que dans ma sphère infime, je travaillais « obscurément à la perfection humaine et au bonheur de l'humanité, « tout en ne me dissimulant ni l'infinie faiblesse de mes moyens, ni « l'impossibilité de jamais obtenir cette perfection et ce bonheur ; je « me suis donné cette satisfaction, en toute humilité, de travailler « à rendre la condition humaine un peu moins mauvaise, ou plutôt « de n'avoir pas travaillé à la rendre pire. De même que dans les « conditions où le sort m'a placé, je me suis efforcé d'apporter une « très modeste contribution au progrès du savoir humain, heureux « si j'ai pu, au terme de mon existence, y laisser, par comparaison, « un de ces infimes grains de sable dont l'ensemble constitue l'Hima- « laya. Je mourrai tranquille, si, jusqu'au bout, j'ai pu être, suivant « mon désir, un bon père de famille, un bon citoyen, un bon artisan, « au sens large du mot, dans la profession où le sort m'a placé. »

. . . . . .

« Ce que je voudrais, par dessus tout, c'est, en mourant, ne « pas laisser, sans l'avoir réparée, une erreur; une injustice que j'au- « rais pu involontairement commettre, et dont j'aurais connaissance, « de n'avoir accompli une obligation que je devais et aurais pu rem- « plir. Que ceux, vis-à-vis desquels j'aurais pu, à mon insu, être « injuste le sachent bien : ne manquez pas, le cas échéant, de le leur « dire, par respect pour ma mémoire. »

Ainsi se termine cet émouvant écrit qu'on s'en voudrait de commenter, laissé, après une vie d'une si belle unité, par ce bon ouvrier de la ruche humaine, passionné de vérité, attaché à l'idée de justice, exempt de tout esprit d'intolérance.

Si l'on a fait ici une place à ces quelques extraits, bien que la substance en déborde le cadre professionnel, c'est parce qu'ils projettent une vive clarté sur la personnalité

morale de Maurice Roy, en montrant quel était l'ordre élevé de ses préoccupations et aussi parce qu'il n'y a pas de dissociation possible entre l'homme qu'il fut et son œuvre, tellement leur interdépendance est totale et manifeste : l'un explique l'autre.

* * *

Si quelque jour, ainsi qu'il est permis de l'espérer, à côté des bustes de Charles Godon et de Georges Villain, l'Ecole Dentaire de Paris décide de placer dans son hall le buste de Roy, il pourrait être légitimement gravé sur le socle ces simples mots :

Aucun de nous ne serait pleinement ce qu'il est si Maurice Roy *n'avait pas existé.*

Henri Dreyfus.

LES OBSÈQUES

Les obsèques du Dr Maurice Roy ont eu lieu le 8 janvier, à 11 heures et demie, au Columbarium du Père Lachaise. Elles ont rassemblé une foule d'amis et d'élèves unis dans le même sentiment de sympathie et de regret devant la perte de celui qui fut une des figures les plus marquantes de notre profession.

De nombreuses couronnes avaient été envoyées par les groupements professionnels de France et de l'Etranger. On remarquait notamment celles du Groupement de l'Ecole Dentaire de Paris, de la Fédération Dentaire Nationale, de l'Ecole Odontotechnique, de l'Union des Chirurgiens-Dentistes Français, du Conseil National de l'Ordre, du Conseil Départemental de l'Ordre, du Syndicat Dentaire de la Seine, de la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires, de la Société Coopérative des Dentistes de France, du Conseil de l'Ordre de Seine-et-Oise, de l'Association des Dentistes de Belgique, de la British Dental Sssociation.

Au cours de la cérémonie, un dernier adieu fut adressé au nom d'un certain nombre de groupements par MM. Poutrain, Henri Villain, Housset, Gabriel, Gonon, Wallis-Davy.

* * *

M. HENRI VILLAIN

au nom de la Fédération Dentaire Nationale et de la Fédération Dentaire Internationale.

« Mon cher Maurice Roy,

« Mesdames, Messieurs,

Nous sommes aujourd'hui réunis pour pleurer l'un des membres les plus représentatifs de l'art dentaire français.

Maurice Roy n'est plus et c'est un vide immense pour tous nos groupements dentaires.

Chargé en ce jour de deuil de représenter la Fédération Dentaire Nationale et la Fédération Dentaire Internationale, je dois d'abord excuser les représentants les plus qualifiés de ces organismes qui n'ont pu, hélas, se rendre auprès de nous en raison de leur éloignement.

Le Dr Rowlett, de Londres, Président de la Fédération Dentaire Internationale, dans un télégramme, regrette de ne pouvoir assister aux funérailles et assure la famille Roy de sa très sincère sympathie, qui s'adresse aussi à ses collègues français.

Le Dr Nord, d'Amsterdam, Secrétaire général de la Fédération Dentaire Internationale, nous prie de le remplacer en cette triste circonstance.

Albert Joachim, de Bruxelles, Secrétaire adjoint de la Fédération Dentaire Internationale adresse ses condoléances et ses regrets.

Charles Morel, de Bruxelles, Président de l'Association Générale des Dentistes de Belgique, adresse ses condoléances émues et l'expression de sa douloureuse sympathie.

Enfin, René Jaccard, de Genève, Président de l'Arpa International et du Secours International, très attristé par la mort de son Président d'honneur, le Professeur Roy, adresse ses condoléances sincères.

Ces quelques télégrammes, reçus simplement des membres étrangers que nous avons pu prévenir, montrent déjà combien notre cher ami était connu dans le monde dentaire international.

Analyser l'œuvre internationale de Maurice Roy, c'est reprendre la vie entière de la Fédération et je ne puis aujourd'hui qu'en esquisser un très court résumé.

Il y a en effet 47 ans que ces Fédérations furent fondées ; Maurice Roy faisait partie de la délégation du Groupement de l'Ecole Dentaire de Paris chargée de rédiger les statuts de la Fédération Dentaire Nationale Française.

Ils étaient six : Godon, Sauvez, Martinier, Lemerle, Viau ; tous disparus, seul, jusqu'à ce jour, Maurice Roy nous restait.

Il fut ensuite nommé délégué français à la Fédération Dentaire Internationale qui venait de se fonder à Paris à la suite du Congrès International de Paris, en 1900.

On lui confia tout de suite un poste de travail ; en 1901, il fut nommé secrétaire de la Commission Internationale d'Enseignement. C'est là que commença la carrière internationale de Maurice Roy, avec un dévouement inlassable et une intelligence remarquable ; il fit presque le tour du monde en assistant chaque année aux réunions de la Fédération Dentaire Internationale qui se sont tenues dans toutes les parties d'Europe et même d'Amérique.

Aux Congrès Internationaux qui se réunirent tous les cinq ans, il fft de très nombreux rapports que d'autres analyseront au point de vue scientifique, mais que je dois de rappeler au bénéfice de la science internationale dentaire.

Entre les Congrès, se tinrent tous les ans des réunions de toutes les commissions chargées de préparer les Congrès suivants ; c'est là que Maurice Roy donnait toute la mesure de son dévouement, allant d'une commission à l'autre, s'intéressant à toutes les questions et donnant toujours les avis et les conseils les plus éclairés.

Peu de Congrès, en ces 47 années, se tinrent hors la présence de Maurice Roy. Il était légendaire et aimé de tous, jamais il ne refusa de représenter notre groupement à l'étranger chaque fois que l'on fit appel à son concours, donnant son temps, son énergie et son argent pour la renommée de la science dentaire française.

Il était d'ailleurs Vice-Président de la Fédération Dentaire Internationale depuis plus de vingt ans.

Enfin, en raison de sa valeur scientifique, le Prix Miller qui ne fut décerné que sept fois en 36 ans, lui fut attribué en 1936, consacrant ainsi sa renommée mondiale.

Voici, retracée trop succinctement, hélas, la vie internationale de notre ami Maurice Roy.

Il laisse parmi nous un de ces vides qu'il est difficile de remplir. Qu'il nous serve d'exemple, jamais nous n'aurons devant nous homme plus intègre, plus honnête et plus dévoué.

En me tournant vers sa famille éplorée, j'adresse au nom de la Profession dentaire française et internationale l'expression de notre profonde émotion et l'assurance que c'est de tout cœur que nous disons un dernier adieu à notre grand ami.

Adieu donc, mon cher Roy, et paix à tes cendres. »

M. PAUL HOUSSET

Au nom de l'Ecole Dentaire de Paris

Dimanche, dans la soirée, par un ami fidèle, j'apprenais la mort de celui que nous pleurons. Je crois qu'à cette annonce, nous avons tous ressenti le même choc stupéfiant et je n'ai pu, un peu plus tard, ne pas songer à la phrase célèbre de Bossuet, quand il dit : « où retentit tout à coup, comme un éclat de tonnerre, cette étonnante nouvelle », et quand il ajoute : « Qui de nous ne se sentit frappé à ce coup comme si quelque tragique accident avait désolé sa famille. »

Lundi matin, à la première heure, nous étions trois camarades seuls avec le Dr Maurice Roy, dans la petite chambre glacée de la clinique où, pour la dernière fois, nous pouvions contempler ses traits.

Et pendant quelques minutes intenses, j'ai recherché sur son visage émacié, mais tout emprunt de la sereine fierté habituelle, le reflet de toute une vie de labeur et de dévouement, de dévouement à notre cause, à notre famille professionnelle, à notre Ecole dont il a assuré la fondation avec quelques anciens, à notre Groupement dont il fut, pendant cinquante années, l'incessant animateur.

Et je songeais, en le regardant avant-hier, immobile à jamais, à la surprenante activité que nous lui connaissions, activité physique et mentale : nous avons été tous, ou presque tous, ses élèves. Le revoyez-vous dans son service de clinique, ponctuel, précis, infatigable — d'une saine exigence pour lui comme pour les autres — le retrouvez-vous dans son cours, sans arrêt, sans défaillances, se donnant à chaque fois avec la même ardeur. Au Conseil, entendez-vous ses interventions réfléchies, tenaces et vigoureuses ?

Comme il savait défendre ses idées et ses amis ! Comme il savait, sans hésiter, risquer pour eux.

Je revois sa marche rapide, sa tête dressée, sa mâchoire volontaire, ses yeux vifs, je pense, en ce moment, qu'à la désagrégation lente, il a préféré cette dissociation nette.

Sa personnalité tout entière ne se diffuse-t-elle pas autour de nous ? Ne croyez-vous pas qu'elle nous imprègne, en cette heure tragique, de tout ce qu'elle a de noble et d'encourageant ? Elle nous apporte son énergie, elle nous offre son exemple.

J'étais chargé de vous parler de lui à l'Ecole, au sein de notre groupement, je ne l'ai fait que selon mes sentiments d'admiration et d'affection. A quoi bon, en cette minute, donner des dates et jalonner l'œuvre de celui qui a tant et si bien fait.

Mais je dois rendre hommage à sa lourde tâche de Directeur de notre journal dont il fut rédacteur en chef en 1896. Chaque mois, pendant plus de quarante ans, dans un labeur incessamment renouvelé et avec la même régulière conscience, il a réglé la composition et la présentation de la publication où tant de travaux de nos confrères sont venus s'inscrire. Nous savons que les siens étaient les plus nombreux et par ailleurs on a pu célébrer leur qualité.

Et puisque son rôle comme président du Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face doit être rappelé, laissez-moi lire quelques lignes le concernant, dans le journal qu'il aimait et qu'il a tant enrichi :

« En 1889, il traite une fracture du maxillaire et publie l'ob-
« servation où il indique déjà le blocage intermaxillaire.

« En 1894, sa thèse est une contribution à l'étude de la prothèse
« immédiate et tardive dans les résections du maxillaire inférieur.

« Il rend hommage à Claude MARTIN qui l'a aidé de ses conseils
« et dont il applique la méthode de redressement des fragments,
« avant l'exécution de la prothèse tardive.

« Le jeune ROY rend aussi hommage à l'Ecole où il reçut l'ins-
« truction professionnelle indispensable à quiconque veut s'occuper
« d'art dentaire.

« Nous constatons ainsi le début de sa formation de prothé-
« siste et de chirurgien des maxillaires dont il donnera la pleine
« mesure pendant la guerre de 1914-1918.

« En 1902, alors dentiste des hôpitaux et professeur suppléant
« à l'Ecole Dentaire de Paris, il présente au Congrès de Munich un
« rapport véritablement prophétique sur l'importance de la pro-
« thèse dans les interventions chirurgicales.

« Douze ans avant la guerre, le Dr ROY étudiera, avec quelle
« précision, la tolérance des tissus pour les substances utilisées en
« prothèse maxillo-faciale, il démontre bien la complexité des dévia-
« tions de fragments, l'importance de la rétraction et des brides
« cicatricielles qui soulèveront plus tard tant de problèmes, dans
« les services des blessés de la face.

« Dans ce domaine spécial il tente déjà l'éducation des chi-
« rurgiens en s'élevant contre la suture osseuse, en préconisant la
« réduction et l'immobilisation des fragments par gouttières assu-
« rant l'engrènement normal et l'intégrité fonctionnelle. »

J'ajouterai que les blessés de la face avaient pour lui une véritable vénération car ils sentaient tous que si, le Dr ROY leur donnait sa science, il leur donnait aussi son cœur.

Au cours du Cinquantenaire de la Société d'Odontologie, j'avais évoqué l'œuvre magistrale du Dr ROY. La conclusion touche aussi bien à son action à l'Ecole qu'à son œuvre scientifique.

Ces quelques lignes qu'il a entendues et qui l'avaient ému, je veux les relire, en commun avec lui et avec vous, car il est là autour de nous et le plus bel hommage à lui rendre, c'est de le connaître mieux encore :

« Faites comme moi : cette œuvre immense que vous connaissez « déjà, reprenez-en la lecture, contemplez dans l'ensemble ce mo- « nument de la connaissance et de la force intellectuelle humaine, « de l'énergie physique et mentale aussi.

« Fatigues, peines et duretés de la vie... lourde lassitude du « labeur professionnel quotidien... pendant cinquante ans Maurice « Roy a tout surmonté et son œuvre est devant nous. »

Son œuvre est devant nous, mais nous le sentons tous : elle est impérissable et nous pénètre.

M. GABRIEL

Au nom de la Société d'Odontologie de Paris.

« Mesdames, Messieurs,

C'est en qualité de Président de la Société d'Odontologie que j'ai le triste devoir de rendre ici un ultime hommage au Dr Maurice Roy qui fut un des animateurs les plus brillants, sans conteste, de notre Société.

Son activité s'y dépensait sans compter.

Elu Secrétaire général de la Société d'Odontologie en 1896, il en devint le président en 1902, et en demeura un des membres les plus assidus.

Voici un mois à peine, il participait encore à nos travaux.

Au nom de cette Société d'Odontologie qu'il aima, fréquenta et à la renommée de laquelle il contribua si grandement en apportant à sa tribune le fruit de ses études, de sa science réfléchie et de sa rigoureuse probité, j'adresse à notre Maître disparu notre hommage d'affection affligée.

Je voudrais très brièvement rappeler ici l'œuvre scientifique de Maurice Roy. Elle est immense et devant un tel édifice, expression d'un labeur passionné, les fronts s'inclinent pour saluer la valeur d'exception.

1886 : Maurice Roy, diplôme et lauréat de l'Ecole Dentaire ;

1894 : Maurice Roy est Docteur en Médecine de la Faculté de Paris.

Mais, dès 1890, il apporte deux communications, ses premiers travaux, à la Société d'Odontologie jeune de quelques années.

Et ainsi, de 1890 jusqu'en 1946, Maurice Roy ne cessa de donner à notre Société des communications ou des rapports sur des sujets de pathologie ou de thérapeutique.

C'est ainsi qu'il traita :

Les affections dentaires proprement dites (plus de 40 communications) ; les affections buccales (16 communications) ; les affections des mâchoires et chirurgie bucco-dentaire (plus de 50 communications) ; la prothèse dentaire et chirurgicale ; la prothèse et chirurgie de guerre, 9 publications, inspirées de son passage dans les services maxillo-faciaux de l'armée ; l'anesthésie comme la thérapeutique retiennent son infatigable goût de la recherche et de la clinique.

Il apporta enfin une très large contribution à l'Enseignement, tant en France qu'aux différents Congrès Internationaux.

Mais sans doute l'œuvre la plus importante du Dr Roy, celle à laquelle il attachait certainement le plus de valeur, qu'il défendit avec une vigueur ardente et franche est sans conteste son travail sur la pyorrhée alvéolaire.

Plus de trente années de recherches et d'observations le conduisirent à la publication d'un livre remarquable sur cette « Maladie des organes de soutien de la dent » qu'est la pyorrhée alvéolaire.

A entendre l'énoncé d'une bibliographie aussi importante, presque exceptionnelle, vous pourriez penser, Messieurs, que Maurice Roy ne respirait que l'air des Sociétés ou des Académies.

Non pas ! — Toutes ces publications ne sont que l'expression littéraire du clinicien qu'il était.

Nourri des méthodes cliniques de l'Ecole de Médecine française et élevé dans la manière de nos grands anciens, il savait voir, interprêter, comprendre et enseigner.

Cher Maître disparu, veuillez recevoir ici l'ultime et respectueux hommage de la Société d'Odontologie qui demeurera dans la tradition fidèle gardienne de votre science et de votre souvenir.

M. P. GONON

au nom de « L'Union des Chirurgiens Dentistes Français ».

C'est avec la peine la plus profonde que je viens apporter l'ultime adieu, au nom des membres de l'Union des Chirurgiens-Dentistes Français, à celui qui fut notre Président d'honneur.

Notre jeune Groupement, né de la Résistance, avait reçu l'adhésion du Dr Maurice Roy dès qu'il en connut l'existence, bien que la plupart de ses membres fussent pour lui des inconnus.

Il nous a apporté sans réserve, un appui et une collaboration que son grand âge nous faisait scrupule de trop solliciter.

Le seul reproche, bien amical, qu'il nous fit jamais fut de ne pas le mettre plus souvent à contribution.

Son enthousiasme, son optimisme, sa générosité toute juvénile, le poussaient à s'indigner des moindres atteintes à la justice et à la liberté.

Pendant toute l'occupation, sa grande droiture l'a fait se refuser à la soumission et à la dissimulation.

Il n'hésita jamais à manifester sa sympathie agissante aux victimes des lois nazies.

En face de l'iniquité, il ne cachait pas sa désapprobation, et ses qualités de cœur n'étaient pas exemptes de courage.

Nous perdons non seulement l'ami que nous aimions mais aussi notre conseiller au jugement si sûr.

Il n'est malheureusement pas en notre pouvoir de diminuer l'excès du chagrin de ses enfants, de ses petits-enfants et de tous ceux à qui il était cher. Nous ne pouvons leur apporter que notre sympathie et notre émotion. Mais nous nous permettons cependant de les assurer que leur cher disparu nous laissera beaucoup mieux qu'un souvenir ; il restera pour nous un exemple, un exemple qui ne peut pas connaître l'oubli.

M. WALLIS-DAVY

au nom de la Société Coopérative des Dentistes de France.

Je viens apporter l'hommage de la Coopérative des Dentistes de France à son créateur et Président, le Dr Maurice Roy.

Ses idées altruistes l'avaient incité, il y a 45 ans, à fonder, avec son ami Lagarrigue, cette Société dans l'intérêt de la profession, de l'enseignement et de l'industrie française.

Sous sa direction prudente et éclairée il en a fait l'organisme important qu'elle est devenue.

Je viens exprimer les regrets du Conseil d'Administration et du personnel pour lequel il a toujours montré une très grande sollicitude.

J'adresse nos sentiments de douloureuse sympathie à toute la famille de notre si regretté ami.

M. POUTRAIN

au nom des Confrères de Belgique.

C'est avec une profonde émotion, que je viens, au nom des confrères belges, saluer la dépouille de notre cher ami Maurice Roy.

Cette disparition d'un des hommes les plus éminents de la profession dentaire française sera ressentie dans tous les pays tant le défunt occupait une place prépondérante dans le monde dentaire.

Les discours précédents ont dit la perte immense que fait la profession de cet être infiniment bon, d'un dévouement à toute épreuve, qui ne s'est jamais lassé.

Je veux vous dire maintenant, ce qu'était pour nous, le cher défunt.

Depuis vingt ans, et plus, il suivait et soutenait tous nos efforts pour élever le niveau intellectuel et moral professionnel, afin que les dentistes belges tiennent leur place dans la vie internationale.

Il fut de tous nos congrès, et de beaucoup de nos réunions.

On ne faisait jamais appel en vain à sa collaboration.

C'était un grand honneur pour nous, de le compter parmi nos invités.

Il avait d'ailleurs chez nous de solides amitiés, nous avions pour lui une véritable vénération.

Il était membre d'honneur de l'Association Générale des Dentistes de Belgique.

Il était président du Conseil d'Administration de la Fondation Documentaire Dentaire, cette œuvre admirable qu'il avait créée avec notre regretté Emile Huet.

La Fédération Dentaire Internationale perd en lui un de ses meilleurs soutiens. Notre ami Nord, d'Amsterdam, empêché d'être ici pour une question de passeport, m'a prié de saluer aussi en son nom la dépouille de son Vice-Président.

Au nom de tous ceux qui m'ont délégué, j'adresse nos sentiments de condoléances aux organisations professionnelles françaises qui perdent en Maurice Roy un de leurs plus précieux animateurs.

Que la terre te sois légère, cher ami Roy, tu fus un homme de bien dont toute la vie fut consacrée à la recherche scientifique et toute de dévouement à la profession dentaire.

BIBLIOGRAPHIE MÉTHODIQUE DES TRAVAUX DU DOCTEUR MAURICE ROY (1)

Dans la liste méthodique des Travaux du Dr Maurice Roy *que nous publions ci-dessous, on voudra bien tenir compte que les titres qui ne sont suivis d'aucune indication d'origine se rapportent tous à des articles qui ont paru dans l'Odontologie.*

Affections Dentaires

1893. De l'opportunité de l'extraction de la dent de 6 ans. *(Revue Internationale d'Odontologie.)*
1895. De l'allongement des dents dépourvues d'antagonistes.
1896. Note au sujet de deux cas d'éruption tardive.
1900. Greffe et vitalité persistante d'une pulpe dentaire.
1900. Extraction compliquée par une tumeur du périoste.
1902. L'examen clinique de la bouche.
1903. Quelques considérations sur la carie du quatrième degré, simple et compliquée.
1904. Peut-il exister des anomalies dentaires acquises ?
1906. Les accidents de dent de sagesse et leur traitement.
1906. Traité d'Odontologie à l'usage des médecins-praticiens. 102 p. in-4° dans le Manuel de Clinique et Thérapeutique spéciale, *chez Henry Paulin et Cie*, à Paris.
1908. L'amputation de la pulpe et ses résultats éloignés.
1911. Abcès alvéolaire avec vitalité pulpaire partielle.
1913. Les altérations pulpaires sans carie.
1920. Le traitement des dents infectées.
1924. Prophylaxie et traitement de la carie chez les enfants.
1926. L'importance du facteur psychologique dans le traitement des enfants.
1928. La pulpectomie coronaire.
1930. Les névrites pulpaires.
1930. Incisive inférieure à deux canaux.
1931. Quelques observations de névrite pulpaire.
1931. L'amputation coronaire de la pulpe. *VIIIe Congrès Dentaire International* (Fascicule « *Rapports généraux* ». *Discussion*, page 269).
1932. L'organisation rationnelle du traitement des canaux radiculaires.
1932. Quelques considérations sur la recherche et la désinfection des canaux radiculaires.
1933. Un cas curieux de dent incluse.
1934. Les érosions cunéiformes.
1935. Les névrites pulpaires par racines incluses.
1936. Le coiffage de la pulpe.
1938. Sur le traitement des canaux.

LES ALTÉRATIONS PULPAIRES ET LE TRAITEMENT DES CANAUX RADICULAIRES

1903. Quelques considérations sur la carie du 4e degré, simple et compliquée.
1913. Les altérations pulpaires sans carie.
1920. Le traitement des dents infectées.
1922. Les troubles pulpaires dans la pyorrhée.
1930. Les névrites pulpaires.
1931. Quelques observations de névrite pulpaire.
1932. L'organisation rationnelle du traitement des canaux radiculaires.
1932. Quelques considérations sur la recherche et la désinfection des canaux radiculaires.

(1) Cette bibliographie, établie par Paul Housset, et publiée dans le numéro de *L'Odontologie* (Vol. LXXIII, mars 1935) consacré au *Cinquantenaire de la Société d'Odontologie*, a été mise à jour et comporte les titres des travaux publiés par le Dr Roy, depuis 1935.

La pulpectomie coronaire

1908. L'amputation de la pulpe et ses résultats éloignés.
1928. La pulpectomie coronaire.
1931. L'amputation coronaire de la pulpe.

Affections buccales

1890. Un cas de stomatite ulcéro-membraneuse.
1905. Les accidents dits de dentition.
1905. Note sur une forme particulière de pseudo-odontalgie d'origine grippale.
1907. Pseudo-odontalgie d'origine buccale.
1909. Note sur l'étiologie de la leucoplasie buccale.
1912. La pseudo-odontalgie et les difficultés de son diagnostic.
1918. Etude sur les stigmates dentaires dans l'hérédo-syphilis.
1928. Le lupus primitif des gencives.
1928. Purpura hémorragique.
1932. Les pseudo-odontalgies.
1936. Un cas d'accident oculo-dentaire croisé.
1937. Quelques considérations sur la stomatite ulcéreuse et son traitement.
1937. Un cas de calcul salivaire.

La pseudo-odontalgie

1905. Note sur une forme particulière de pseudo-odontalgie d'origine grippale.
1907. Pseudo-odontalgie d'origine grippale.
1912. La pseudo-odontalgie et les difficultés de son diagnostic.
1932. Les pseudo-odontalgies.

Affections des Mâchoires — Chirurgie Bucco-Dentaire

1890. Un cas de fracture du maxillaire inférieur.
1895. Nécrose du maxillaire inférieur consécutive à un traumatisme éloigné.
1895. Hémorragie grave consécutive à une extraction de dents.
1896. Nécrose du maxillaire supérieur.
1903. De l'intervention dans les suppurations d'origine dentaire.
1906. Les accidents de dent de sagesse et leur traitement.
1909. Curettage alvéolo-radiculaire dans les abcès alvéolaires chroniques.
1910. Un cas de sarcome généralisé à début gingival.
1910. Une forme particulière de nécrose du maxillaire, la nécrose en masse.
1911. Ostéome du bord alvéolaire.
1912. Deux observations d'état hémorragipare.
1913. Fracture du condyle.
1913. Cas intéressant de réparation osseuse consécutive à un abcès alvéolaire grave.
1914. Un cas de lymphangite génienne.
1918. Régénération complète de la moitié du maxillaire inférieur nécrosé (malade de 55 ans).
1919. Un cas de perte de substance étendue de la mâchoire avec régénération osseuse (malade de 65 ans).
1919. Un signe diagnostique des constrictions des mâchoires d'origine réflexe.
1924. Les kystes dentifères, leur nature.
1925. Nouvelles observations de kystes dentifères.

1925. Volumineux kystes dentifères avec destruction très étendue de la mâchoire.
1925. Le curettage apical.
1929. Nécrose du maxillaire consécutive à un abcès alvéolaire à évolution anormale.
1930. Résection et obturation apicales dans les abcès alvéolaires à canal imperméable.
1931. Les pertes de substance pathologiques du maxillaire inférieur. *VIII^e Congrès Dentaire International* (Fascicule de la Section XII, *Discussion des rapports*, page 167).
1932. Kystes de molaires temporaires.
1933. Les kystes dentifères chez les enfants.
1935 Ostéomyélite grave du maxillaire supérieur consécutive à une sinusite pyorrhéique.
1938. Le traitement des adénites géniennes chroniques et suppurées.
1938. Considérations sur les kystes paradentaires.
1938. Les fractures radiculaires intra-alvéolaires.
1946. Quelques considérations sur la pathogénie de la fistulisation des abcès alvéolaires (arthrites apicales suppurées).

Le curettage apical

1909. Curettage alvéolo-radiculaire dans les abcès alvéolaires chroniques.
1925. Le curettage apical.
1930. Résection et obturation apicales dans les abcès alvéolaires à canal imperméable.

Les kystes dentifères

1924. Les kystes dentifères, leur nature.
1925. Nouvelles observations de kystes dentifères.
1925. Volumineux kystes dentifères avec destruction très étendue de la mâchoire.
1932. Kystes des molaires temporaires.
1933. Les kystes dentifères chez les enfants.

La nécrose des maxillaires

1890. Nécrose du maxillaire inférieur consécutive à un traumatisme éloigné.
1896. Nécrose du maxillaire supérieur.
1910. Une forme particulière de nécrose du maxillaire : la nécrose en masse.
1913. Cas intéressant de réparation osseuse consécutive à un abcès alvéolaire grave.
1918 Régénération complète de la moitié du maxillaire inférieur nécrosé (malade de 55 ans).
1919. Un cas de perte de substance osseuse étendue de la mâchoire avec régénération complète (malade de 65 ans).
1929. Nécrose du maxillaire consécutive à un abcès alvéolaire à évolution anormale.

Pyorrhée Alvéolaire

1914. La pathogénie et la prophylaxie de la pyorrhée alvéolaire *(VI^e Congrès Dentaire International, Londres*, 1914 ; *Dental Cosmos*, 1918 ; *L'Odontologie*, 1919).

1914. Les abcès péricémentaires sur dents vivantes, leur nature. *(Ass. française pour l'avancement des sciences.* Congrès du Havre, 1914 ; *L'Odontologie,* 1917).
1921. Le traitement de la pyorrhée alvéolaire.
1921. Les abcès pyorrhéiques à culs-de-sac serpigineux (abcès péricémentaires sur dents vivantes).
1922. Les troubles pulpaires dans la pyorrhée.
1925. Les sinusites pyorrhéiques.
1926. La nature et l'étiologie de la pyorrhée alvéolaire.
1927. La nature et l'étiologie de la pyorrhée alvéolaire (réponse à quelques objections).
1928. Les obturations interradiculaires.
1930. La pyorrhée alvéolaire, sa nature, sa pathogénie, son traitement.
1931. Les abcès pyorrhéiques serpigineux ; leur traitement.
1932. Note sur la classification des diverses formes de paradentoses.
1933. Les formes cliniques de la pyorrhée alvéolaire.
1933. De la nature particulière de l'os alvéolaire.
1934. Le pronostic dans la pyorrhée alvéolaire.
1934. La pyorrhée alvéolaire. Un volume in-8° de 344 pages, 12 planches, 58 gravures, chez *J. B. Bailière,* à Paris.
1936. Considérations sur les bridges d'immobilisation chez les pyorrhéiques.
1939. Quelques notions fondamentales pour la compréhension de la pyorrhée alvéolaire (paradentose).

Prothèse Dentaire et Chirurgicale

1890. Appareil pour remédier à une résection de la moitié du maxillaire inférieur.
1894. La prothèse immédiate et la prothèse tardive dans les résections de la mâchoire inférieure. *Thèse de doctorat en médecine. Faculté de Paris,* 1894.
1902. L'importance de la prothèse dans les interventions chirurgicales.
1905. De l'inutilité des couronnes métalliques pour la conservation des racines.
1905. Sur la maladie dite du caoutchouc.
1908. Un cas de prothèse nasale.
1908. Quelques considérations sur la prise des empreintes.
1920. Décomposition électrolytique de métal dans la bouche.
1921. Un cas de correction de prognathisme par la prothèse.
1934. Remplacement par des racines en porcelaine coulée de dents pyorrhéiques expulsées sous un bridge.
1934. Un appareil écarteur de la langue pour le scellement des grands bridges bilatéraux du bas.
1935. Restauration d'une incisive centrale partiellement fracturée.
1939. Remplacement de sept dents piliers d'un bridge par des racines de porcelaine.
1944. Appareil pour obvier à une sialorrhée intense empêchant le scellement d'un bridge.

Prothèse et Chirurgie de Guerre

1914. La prothèse dentaire en chirurgie de guerre (avec Paul Martinier), *Presse Médicale.*
1915. Le traitement des blessures de guerre de la région maxillo-faciale (avec Paul Martinier). Un volume in-8° chez *J.-B. Baillère et fils.*
1916. La force inter-maxillaire dans la réduction des fractures (avec Paul Martinier).
1917. Le rôle respectif du chirurgien et du dentiste dans le traitement des blessures de guerre des mâchoires (avec Paul Martinier).

1917. Traitement physiothérapique (avec Maurice Delestre).
1917. De la conduite à tenir au sujet des dents voisines d'un trait de fracture.
1917. Traitement des fractures rétro-dentaires du maxillaire inférieur.
1917. Traitement des cicatrices et brides cicatricielles intra-buccales par la prothèse opératoire.
1918. Quelques observations de blessés des maxillaires (avec Georges Villain).

Anesthésie

1893. De l'anesthésie locale en chirurgie dentaire.
1898. Les contre-indications de l'anesthésie locale.
1904. Technique des injections de cocaïne.
1920. La technique de l'anesthésie locale en vue de l'extraction de la dent de sagesse.
1924. L'anesthésie transcutanée dans les opérations de stomatologie.

Thérapeutique

1892. Le dosage des médicaments employés en thérapeutique dentaire.
1896. Les caustiques en art dentaire.
1896. La médication de la douleur.
1896. Thérapeutique de la bouche et des dents. Hygiène. Anesthésie, chez *J.-B. Baillère*, à Paris.
Première édition. 1896. Actuellement a paru la cinquième édition. 1930, un volume in-16 de 416 pages.
1900. Etude historique sur la thérapeutique dentaire.
1924. De quelques préjugés en thérapeutique dentaire.
1926. La teinture de benjoin dans les pansements de stomatologie.

Sujets Divers

1889. Corps étrangers introduits dans le pharynx, l'œsophage, la trachée.
1889. La désinfection des instruments.
1907. Le crâne fossile de la Chapelle aux Saints.
1913. Les dents et la dentition chez les enfants. *(L'Enfance* et chez *Barnéoud*, à Laval).
1928. A propos des diagnostics radiographiques.
1928. Réflexions à propos d'un cas de broche de Kerr dans les voies respiratoires.
1935. Les mécaniciens et la prise d'empreinte.
1937. Les ostéomyélites de la mâchoire et leurs conséquences judiciaires.
1938. L'importance de l'hygiène dentaire dans l'hygiène générale.
1942. Le brossage des dents et des gencives.
1945. La grossesse n'est pas une cause de carie dentaire.
1945. La disjonction des maxillaires supérieurs et leurs résultats.

Enseignement

1899. L'évolution de l'art dentaire en France *(Conférence à Bruxelles)*.
1900. L'enseignement de l'art dentaire dans les différents pays *(Rapport au Congrès de* 1900).
1902. L'enseignement de l'art dentaire *(Rapport à la F. D. I.)*.
1903. Rapport sur l'enseignement dentaire technique *(Congrès de Madrid)*.
1905. Les écoles et la législation dentaire aux Etats-Unis.
1908. Rapport à la Commission de réforme des études dentaires (avec Georges Villain).
1909. Etude sur l'inspection dentaire dans les Ecoles Normales.
1910. L'inspection des dents des enfants des écoles.
1930. L'inspection dentaire à l'Ecole Normale des Instituteurs de la Seine.

TRAVAUX ORIGINAUX

LA DENTURE DES HOMMES DU PALÉOLITHIQUE

Par Mme CARETTE-PILLOT
Licenciée ès Sciences

611.314.016

(Suite et fin) (1)

DIASTÈME

Définissons tout d'abord ce mot : on appelle diastème un petit espace libre entre deux dents. Nous considérons surtout ici l'espace rétro-molaire, c'est-à-dire l'espace qui reste inoccupé derrière M3.

Homo Heidelbergensis :

Dans la mandibule de *Mauer*, il y a un espace rétro-molaire.

Homo Neanderthalensis :

En général il n'existe pas car les dents sont très développées. Ainsi, il ne reste pas d'espace libre derrière M3. Ceci est en rapport avec le fait que M3 est aussi grosse que les autres et par conséquent prend toute la place qui lui est laissée.

Cependant *l'homme de la Chapelle aux Saints* doit avoir un espace rétro-molaire. A la mâchoire inférieure. notamment, un assez grand espace (5 m/m) sépare la face postérieure de M3 du bord antérieur de la branche montante. Cette sorte de diastème post-alvéolaire s'observe sur toutes les mandibules fossiles du même type.

Sur les mâchoires de *Spy* et de *La Ferrassie*, sa longueur atteint presque 10 m/m. Non seulement les dents de sagesse ne sont pas gênées dans leur développement, mais encore il reste, derrière, un emplacement suffisant pour loger une molaire supplémentaire. BOULE signale, en outre, du côté gauche, entre les alvéoles de l'incisive et de la canine un petit espace libre, véritable diastème de 5 à 6 m/m. Cette disposition, qui est pithécoïde, montre que la canine inférieure était robuste. Mais peut-être a-t-elle pour cause simplement le mauvais état du bord alvéolaire.

Homme de la Quina : en plus de l'espace rétro-molaire, il y a un diastème entre les deux incisives médianes, et un diastème entre la canine et I^2.

Enfant de la Quina : les I^1 définitives sont séparées par un diastème.

Homo Sapiens Fossilis :

Le *négroïde de Grimaldi* possède un léger diastème entre la C. et la P^1 droite et entre la P_2 et la P_1 droites.

(1) Voir *L'Odontologie*, N° 31, janvier 1947.

Les hommes d'*Afalou* et l'*homme du Roc* ont un espace rétro-molaire.

Conclusion. — L'étude du diastème rétro-molaire est particulièrement intéressante : en effet, ce dernier existe chez les singes où il mesure environ 6 m/m (et aussi, d'ailleurs, chez les Préhominiens et notamment chez le Pithécanthrope où il atteint 6 m/m 8, dépassant ainsi la moyenne des singes). Ce caractère constitue encore un argument montrant que le Pithécanthrope est un intermédiaire entre les singes et l'homme. Nous avons vu que le diastème n'existe pas d'une façon constante chez les hommes fossiles. De nos jours, il est encore plus rare et plus étroit. (On le rencontre surtout chez les races incultes et mégadontes où les troisièmes molaires peuvent être aussi volumineuses que leurs voisines). La tendance évolutive se marque donc dans la réduction du diastème post-alvéolaire.

Or, nous savons que la troisième molaire réduit son volume au cours de l'évolution. Il nous semble donc paradoxal que l'homme actuel ne possède pas de diastème. On peut expliquer ce phénomène de la façon suivante : si la troisième molaire se réduit, la longueur des mâchoires se réduit également. C'est pourquoi la troisième molaire, même réduite, se loge difficilement contre la branche montante de la mandibule. Gaudry pense que ce raccourcissement est lié à l'augmentation de volume du cerveau. Corrélativement, la face diminue et, avec elle, la longueur des mâchoires.

MODE D'ÉRUPTION

Schultz a tracé un tableau très parlant de l'ordre d'éruption des dents définitives chez certains singes en comparaison avec l'éruption chez l'homme actuel :

Cebus, Ateles, Pithecus Hylobates, Pan, Gorille	M1,	I1,	I2,	M2,	P1,	P2,	C,	M3,
Homme actuel	M1, ou dent de 6 ans	I1,	I2,	P1,	C,	P2,	M2, dent de 12 ans	M3, dent de 18 ans

Il serait intéressant de trouver un intermédiaire entre ces deux modes chez les Néanderthaliens. Nous allons nous attacher à le faire ; nous ferons porter notre étude sur quelques jeunes : les enfants de Krapina, du Moustier, d'Ehringsdorf, de la Quina, de la Genière et d'Afalou.

Homo Neanderthalensis :

Chez l'*enfant de Krapina* : il y a tendance à la précocité de l'éruption de la canine, ce qui est un caractère évolué.

Chez l'*enfant du Moustier* : on note deux faits importants :

1° *Il y a tendance au retard d'éruption de la canine.*

Elle est la dernière des dents permanentes à sortir. Ainsi la canine de lait gauche persiste malgré la sortie des trois molaires définitives.

2° D'autre part, il y a tendance au *retard d'éruption de M3*, qui ne sort que longtemps après les autres, contrairement à ce qui se

passe chez le Dryopithèque. C'est un signe d'évolution assez avancé pour l'enfant du Moustier. Nous constatons ainsi une sorte de balancement entre deux caractères : l'un évolué (2), l'autre pas (1).

Enfant d'Ehringsdorf : la question a été étudiée par VIRCHOW qui donne l'ordre suivant pour l'éruption des dents :

M1, I1, I2, C, M2, P1, P2, M3.

On voit : 1° Que la canine sort immédiatement après les incisives, ce qui rapproche l'enfant d'Ehringsdorf de l'homme actuel.

2° D'autre part, que les prémolaires sortent après M2 : il s'agit probablement, d'après VIRCHOW, d'une accélération de la sortie de M2 et non d'un retard de la sortie des prémolaires. Il y a encore balancement entre deux caractères parvenus à des stades d'évolution différents.

Enfant de la Quina : Henri MARTIN l'a étudié longuement. Il a constaté :

1° *Un retard d'éruption de la canine*, l'enfant doit avoir 8 ans et l'éruption de la canine est encore lointaine ; c'est un caractère ancestral.

2° Les *incisives* médianes permanentes sont en place, celles de lait sont tombées. Il y a des alvéoles distincts pour les canines et les incisives. L'alvéole de I. est en arrière de celui de l'i. Quand l'incisive définitive pousse, elle fait tomber l'incisive de lait et la cloison entre les deux se résorbe.

3° Au moment de leur chute, les racines des prémolaires de lait deviennent très courtes. Les alvéoles des p. et des P. sont superposés et le remplacement se fait avec une apparence de refoulement. (Il n'en est pas de même pour les I. et les C. qui ne progressent pas dans l'axe exact des dents de lait). Au moment de la chute, les alvéoles des p. restent béants. L'orifice d'expulsion est largement ouvert et favorise la sortie des prémolaires définitives.

4° Les *molaires* ne sont pas précédées de dents de lait : M1 est complètement sortie. M2 (dent de 12 ans) est incluse dans l'alvéole largement fenestré. Henri MARTIN entend par fenestration cette ouverture de l'alvéole par laquelle sort la dent. M3 n'est pas visible mais doit exister à l'état embryonnaire.

En ce qui concerne l'éruption des molaires, il y a ici analogie avec l'homme actuel. On voit encore se dessiner ce même phénomène de balancement déjà signalé plus haut.

Homo Sapiens Fossilis :

Enfant de la Genière : les auteurs ont observé que :

1° Les deux incisives médianes font leur apparition, ce qui est normal étant donné l'âge du sujet : 7 à 8 ans.

2° L'éruption de la première et de la deuxième molaires est achevée. Donc nous notons ici une avance de l'éruption de la deuxième molaire (dent de douze ans) qui est déjà sortie, bien que l'enfant n'ait que sept à huit ans. Ceci est un caractère primitif.

Enfant d'Afalou : l'ordre est le suivant :

M1, I1, I2, M2, P1, C, M3, ou même
» » M3,C

Il y a donc :

1° Tendance à un retard d'éruption de la canine définitive : c'est un caractère primitif.

2° Eruption très précoce de la troisième molaire : elle ne fait presque jamais défaut chez l'adulte. Tous les caractères n'évoluent pas en même temps, l'enfant d'Afalou, qui est évolué pour d'autres caractères, présente dans sa denture des vestiges primitifs.

Il en est de même chez le jeune *négroïde de Grimaldi*.

Nous voyons donc : que l'*Homo Sapiens Fossilis* conserve des caractères simiesques, et qu'il est à ce point de vue *moins évolué que certains Néanderthaliens* : l'enfant de *Krapina* et l'enfant d'*Ehringsdorf*, notamment, qui se rapprochent de l'homme actuel par l'avancement d'éruption de la canine, mais qui s'en éloignent d'ailleurs par l'avancement d'éruption de la deuxième molaire.

Nous pouvons *conclure* en disant que, en ce qui concerne le mode d'éruption des dents, *les Néanderthaliens constituent un intermédiaire entre les Anthropoïdes et l'homme actuel* en ce sens qu'ils suivent les premiers pour *l'avance d'éruption de la deuxième molaire*, et le second *pour l'avance d'éruption de la canine*.

Mais il faut noter une persistance du caractère primitif chez certains hommes modernes. Ainsi chez le Bushman actuel la deuxième molaire sort avant les prémolaires, comme chez les singes. Il est remarquable que l'apparition précoce de la deuxième molaire, caractéristique des Anthropoïdes et des Néanderthaliens, peut aussi se présenter chez l'homme actuel. Cette conservation de caractères primitifs chez l'homme moderne constitue le fond de la théorie de la *néoténie* (persistance chez l'adulte de traits juvéniles de l'ancêtre).

En particulier, Bolk (sa théorie est du reste fort discutée) affirme que les traits de l'homme actuel se retrouvent dans la structure juvénile des singes anthropoïdes. Ainsi, par exemple, la première molaire de l'homme aurait pour origine une dent de lait qui serait devenue permanente.

TAURODONTISME

Ce terme, introduit par Keith, s'applique aux dents dont la cavité pulpaire est très grande, comme chez le taureau (d'où le nom), en opposition avec le cynodontisme, qui désigne une cavité pulpaire petite, comme chez le chien. Le taurodontisme représente la persistance d'un caractère infantile (état primitif commun aux ancêtres des Anthropoïdes et de l'homme). Examinons les différents cas (fig. 7).

Homo Heidelbergensis :

La mâchoire de *Mauer* montre des dents modérément taurodontes, moins que celles de *Krapina* par exemple.

L'Homo Dawsoni a des molaires taurodontes. On sait que cette mâchoire ressemble à une mâchoire d'anthropoïde. Or, d'après Weidenreich, le taurodontisme peut exister chez les Anthropoïdes (et plus spécialement chez la femelle d'orang).

Homo Neanderthalensis :

L'homme de Gibraltar a des molaires et des prémolaires taurodontes.

L'homme de Krapina : (fig. 7 *c*) a des dents très taurodontes. Certaines montrent un hypertaurodontisme. La radiographie montre d'énormes chambres pulpaires, occupant presque toute la hauteur de la dent. La cavité pulpaire s'étend profondément dans la région des racines, le corps de la dent étant élargi aux dépens de ces dernières. Les racines (très courtes) ne sont pas divisées en deux ou trois branches, mais forment un bloc unique et plus ou moins prismatique, profondément implanté dans la mandibule. ADLOFF, en contradiction avec GORJANOVIC-KRAMBERGER considère l'existence de cette particularité comme une spécialisation qui empêche l'homme de Krapina d'être un ancêtre de l'homme actuel. Pour WEIDENREICH, la grande taille de la cavité pulpaire est un caractère hominien primitif qui a disparu, en corrélation avec la réduction générale des dents, du fait de l'évolution.

L'enfant du Moustier a des cavités pulpaires spacieuses et qui augmentent de la première à la troisième molaire.

L'homme d'Ehringsdorf a, au contraire, des cavités pulpaires étroites : le plafond et le plancher se touchent.

L'homme de la Quina a des cavités pulpaires assez importantes. D'habitude, les cavités pulpaires diminuent avec l'âge, ce qui n'a pas lieu ici (fig. 7 *e*).

L'enfant de la Quina présente un taurodontisme des prémolaires et des molaires.

CONCLUSION. — L'homme actuel étant cynodonte (comme les singes primitifs), on voit la nécessité de le séparer des Néanderthaliens qui sont *en général* taurodontes. Mais BOULE ne considère pas le taurodontisme comme un caractère spécifiquement néanderthalien : il s'appuie sur le fait que l'homme *d'Ehringsdorf* qui est Néanderthalien, a des cavités pulpaires étroites. Mais nous sommes surtout frappés par la ressemblance des cavités pulpaires des hommes actuels et des singes, ressemblance qui ne s'étend pas à la majorité des Néanderthaliens, bien qu'on ait l'habitude de considérer ces derniers (pour les autres caractères du moins) comme des intermédiaires entre le singe et l'homme. Nous pouvons conclure que le taurodontisme n'est probablement qu'un caractère de moindre importance dont la valeur évolutive est secondaire.

OCCLUSION DES DENTS

A) **Occlusion des molaires**. — On sait que chez l'homme actuel, les molaires supérieures se trouvent dans l'intervalle compris entre les deux molaires inférieures correspondantes. Nous ne nous étendrons pas sur l'occlusion des molaires chez les hommes fossiles pour la bonne raison que certaines molaires manquant souvent, il est impossible de la deviner.

B) **Occlusion des incisives**. — Nous l'étudierons plus lon-

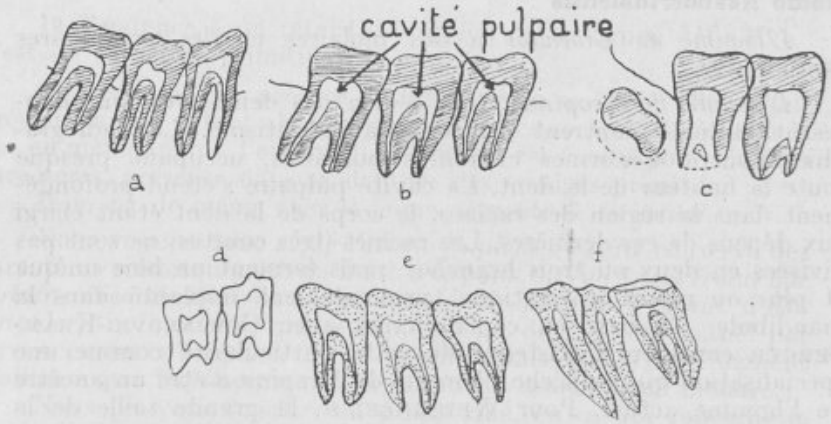


Fig. 7.

Taurodontisme des molaires (molaires inférieures droites, grandeur naturelle, d'après Keith).

a) Homme moderne,
b) Homme d'Heidelberg,
c) Homme de Krapina,
d) Enfant de Gibraltar,
e) Homme de la Quina,
f) Homme d'Ehringsdorf.

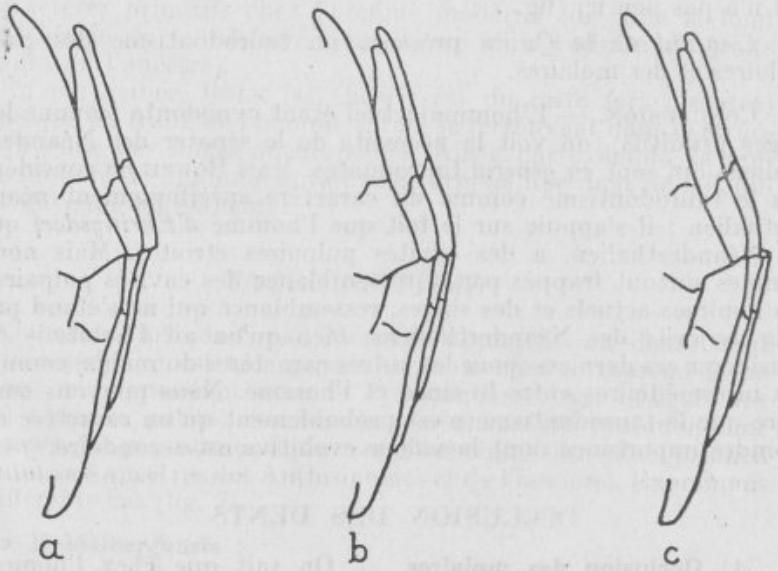


Fig. 8.

Articulation interdentaire des Incisives

a) Recouvrement des incisives inférieures par les incisives supérieures.
b) Incisives articulées bout à bout.
c) Incisives supérieures en retrait sur les incisives inférieures.

guement car elle présente plus d'intérêt. Les incisives inférieures et supérieures arrivent en contact de trois manières différentes :

Premier cas : il y a recouvrement des incisives inférieures par les supérieures, la face linguale des incisives supérieures entrant en contact avec le tiers ou le quart de la face vestibulaire des incisives inférieures ; c'est le cas normal chez l'homme actuel.

Deuxième cas : les incisives sont articulées bout à bout. Les bords incisifs des incisives supérieures et inférieures se touchent.

Troisième cas : les incisives sont articulées de façon inverse à la normale, c'est-à-dire que la face linguale des incisives inférieures entre en contact avec la face vestibulaire des incisives supérieures (fig. 8).

Homo Heidelbergensis :

Signalons un phénomène qui rentre dans le cadre de ce chapitre et dont nous verrons qu'il a des conséquences dans la formation du menton humain. La croissance des dents antérieures (I., C. et p.) se fait vers l'avant, les racines conservant leur place ; il y a ainsi allongement de la mâchoire en avant et formation d'un museau. C'est exactement le contraire chez l'homme actuel où il y a recul de l'arcade dentaire et formation d'un menton.

Homo Neanderthalensis :

Homme de Rhodésie : les incisives inférieures et supérieures arrivent exactement au contact.

Homme de la Chapelle aux Saints : quand on superpose les dessins des deux mâchoires, on observe que les deux arcades ont entre elles des rapports un peu différents de ceux qu'on observe le plus souvent chez les hommes actuels, surtout de races élevées. *L'arcade inférieure n'est pas partout inscrite dans l'arcade supérieure.* Il semble notamment que, en occlusion des mâchoires, les incisives supérieures et inférieures *se rencontrent* exactement et ceci est confirmé par l'examen des surfaces d'usure des incisives d'autres crânes fossiles du même type, tels que celui de la Ferrassie. Or, de pareils rapports ne s'observent guère de nos jours que dans les races primitives à fortes mandibules et à menton peu développé (chez les *Australiens* par exemple). Dans les races civilisées, où la mandibule est moins volumineuse et où le menton est plus accusé, les incisives inférieures sont en retrait par rapport aux incisives supérieures, comme nous l'avons dit.

Femme de la Quina :

Les incisives travaillent bout à bout, grignotent. Les *molaires* supérieures et inférieures sont en contact *exact*, les *prémolaires* sont *alternées* :

P^1 est dans l'intervalle entre P_1 et P_2
P^2 — — — P_2 et M_1

ce qui est normal.

Homo Sapiens Fossilis :

Race de Cro-Magnon : *Afalou* : le type d'articulation est semblable à celui de l'homme actuel, c'est-à-dire que la *courbe inférieure est un peu plus petite que la courbe supérieure.*

Remarque : la formation du menton peut être considérée en quelque sorte comme une conséquence de la variation de l'occlusion des incisives. Nous pensons avec HRDLICKA que le menton n'est pas dû à une croissance de la partie antérieure de la mandibule, mais plutôt à la réduction de l'arcade dentaire qui n'est pas suivie de la réduction des parties inférieures. Autrement dit, le menton de l'homme actuel est dû au recul de la partie supérieure des incisives inférieures et non à l'avancement de leur racine. N'observe-t-on pas couramment que chez les gens âgés qui ont perdu leurs dents, il y a proéminence plus grande du menton ?

Le développement de la *langue* aurait un rapport avec la formation du menton, selon GAUDRY. Ainsi, chez l'Australien comme dans le type de *Grimaldi*, le menton est droit, sans convexité en avant. Au contraire, chez l'homme actuel, le menton se projetant en avant, la langue a de la place pour se développer. Le menton dit « en galoche » est donc une marque de supériorité. Mais il ne faut pas exagérer l'importance des muscles de la langue comme facteur d'évolution du menton.

USURE DES DENTS

Il est possible de faire de précieuses observations sur les dents usées, même très usées : On peut faire sur de telles dents des constatations concernant les largeurs et épaisseurs des couronnes, sur les racines et sur les cavités pulpaires. On peut même parfois déduire de la forme de l'usure les mouvements des mâchoires dans la mastication.

Homo Heidelbergensis :

Mandibule de Mauer : les dents sont très usées, surtout à gauche. L'usure est telle qu'elle rend la cavité pulpaire apparente (comme chez l'homme de *Krapina*).

Homo Neanderthalensis :

Chez l'*homme de Rhodésie* : l'usure est grande.

L'enfant de Gibraltar a des molaires de lait très usées, même à un degré inusité pour des dents de lait. Henri MARTIN déduit de la forme d'usure que le mouvement des mâchoires est latéral et nécessite un usage considérable des muscles comme le ptérygoïde et le masséter.

Dents de Spy : l'usure est très forte et présente une *obliquité* inverse pour les dents de la mâchoire supérieure et celles de la mâchoire inférieure, ce qui est toujours le cas chez les races actuelles dont l'usure des dents n'est pas horizontale. Elle est oblique interne pour la mâchoire supérieure et oblique externe pour l'inférieure.

Homme de la Chapelle aux Saints : l'usure est grande et très rapide, probablement à cause de la grossièreté des aliments qui devaient être mélangés de terre, autant que nous puissions en juger.

Enfant du Moustier : les couronnes sont très usées, ce qui est un caractère primitif, simien.

Enfant d'Ehringsdorf : à l'I¹ l'usure n'est pas perpendiculaire à l'axe longitudinal de la dent. Les dents sont plus aiguisées vers le devant.

Il faut aussi citer l'usure interstitielle (qui est plus forte chez les individus âgés). Cette usure a pour cause le contact des faces mésiales et distales grâce à un certain jeu de la dent dans son alvéole et décèle une vigoureuse mastication. Elle a pour effet, par frottement latéral des dents l'une contre l'autre, de les rendre plus étroites dans le sens mésio-distal et par conséquent relativement plus larges dans le sens vestibulo-lingual.

La Ferrassie : les couronnes sont usées, spécialement en avant où la cavité pulpaire apparaît.

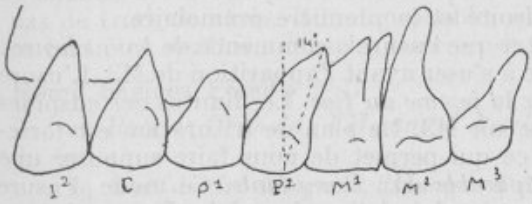


Fig. 9.

Fig. 10.

Fig. 9. — **Schéma montrant le déplacement oblique des dents supérieures** (Tassement).

Fig. 10. — **Schéma montrant l'usure particulière des molaires de la femme de la Quina.**

Femme de la Quina : l'usure est profonde, Henri Martin l'a étudié en détail (fig. 9 et 10) :

Les incisives ont perdu leur fonction tranchante et sont devenues des meules.

Les canines ont des facettes d'usure sur la face palatine, ce qui indique des mouvements d'avant en arrière de la mâchoire inférieure.

Les molaires s'usent obliquement comme chez les Ruminants et non horizontalement comme chez l'homme actuel.

Les faces externes des dents supérieures sont moins usées que les faces externes des dents inférieures. C'est le contraire pour les faces internes (fig. 10).

Il faut de plus noter le phénomène d'usure par frottement mitoyen, appelé tout à l'heure usure interstitielle.

Il y a, d'autre part, ici, un *tassement* des dents, c'est-à-dire, une migration antérieure des couronnes vers la symphyse, alors que l'apex est resté dans sa position anatomique. Dans la poussée d'arrière en avant, la dent déplace surtout sa couronne, et son bord mésial tend à se relever, alors que le bord distal s'abaisse et s'use naturellement plus (fig. 9).

Enfant de la Quina : les prémolaires sont usées mais l'usure est compensée par la descente des dents, leur enfoncement dans les alvéoles.

Homo Sapiens Fossilis :

a) *Race de Grimaldi, Homme d'Asselar* : l'usure est plus accentuée, à droite qu'à gauche, ce qui peut faire penser (simple supposition) que l'individu était droitier.

b) *Race de Cro-Magnon, Homme d'Afalou* : l'usure est *précoce*, ce qui est un caractère primitif. Les dents supérieures s'usent plus vite que les inférieures. Le caractère le plus frappant est l'usure extraordinaire des dents dont les cavités pulpaires arrivent à être ouvertes tant l'usure est forte.

c) *Race de Chancelade* : l'usure est accentuée, les cuspides n'existent plus. La plus grande partie de la couronne est usée.

A la M2 gauche, même la racine est usée. Pour les molaires surtout, le plan d'usure est oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Le plan est horizontal pour les prémolaires et la canine gauche. Le plan est très oblique de haut en bas et de dedans en dehors pour la canine droite et la première prémolaire.

En outre, il faut noter que l'usure a commencé de *bonne heure* : M2 avait déjà commencé à s'user avant l'apparition de M3. L'usure est notable, surtout chez la *femme du Roc*. Les limites des cuspides ne sont plus visibles que sur M3. Le plan de trituration est fortement *incliné en dehors*, ce qui permet de nous faire supposer une *mastication latérale, comparable aux Ruminants*. Ce mode d'usure existe sur la deuxième prémolaire d'un *jeune du Roc*, mais non sur les grosses molaires. Les canines et les incisives de *deux adultes* ne présentent pas la déclivité du plan de trituration qui existe sur les grosses molaires.

La conclusion que l'on peut tirer de ce chapitre est que, en général, les hommes fossiles usaient beaucoup leurs dents, beaucoup plus que les hommes modernes. Etait-ce dû à la nourriture ? Nous ne pouvons sur ce point que formuler des hypothèses.

PATHOLOGIE DENTAIRE

Nous verrons que les caries sont beaucoup moins fréquentes chez l'homme fossile que chez l'homme actuel, malgré le peu de soins que l'homme primitif devait prendre de ses dents, pour autant que nous puissions le présumer.

Homo Neanderthalensis :

L'homme de Rhodésie a des caries nombreuses.

L'enfant de Gibraltar a une dent *aberrante* dans la région antérieure de la mandibule. Pour certains ce serait une incisive centrale *anormale*. Pour d'autres, ce serait une dent *supplémentaire* entre la centrale et la latérale. On peut admettre que cette anomalie est de nature *pathologique*.

Mandibule de la Naulette : l'alvéole de M3 possède des soupçons de périostite alvéolo-dentaire du collet dans son pourtour postéro-interne.

L'homme de la Chapelle aux Saints n'a pas de carie, mais de la gingivite expulsive ou polyarthrite alvéolo-dentaire. La chute

prématurée des dents a été suivie d'un phénomène de résorption du bord alvéolaire. Les alvéoles des molaires sont les plus mal conservés. A la mâchoire inférieure du côté droit, au niveau des incisives, de la canine et de la P_1, les alvéoles confluent en de grandes cavités irrégulières qui constituent de véritables pertes de substance résultant d'une suppuration chronique. Cette nécrose a atteint le corps même de la mandibule.

Homme de la Quina : l'I^2 gauche présente une fracture de l'émail. La face antérieure porte des rayures parallèles dues probablement à la silice absorbée avec les aliments. Il y a des lésions dites de « cure-dents » sur les faces mitoyennes de M_1 et M_2 gauches au niveau du collet.

Il n'y a pas trace de carie, mais il y a un important dépôt de *tartre*, surtout épais à la mâchoire inférieure. Ce tartre a provoqué de la gingivite, du déchaussement.

L'enfant de la Quina a des dents très saines ne présentant pas de trace de carie. Il faut probablement rechercher la cause de ce bon état dentaire dans la jeunesse du sujet.

Homo Sapiens Fossilis :

a) *Race de Grimaldi, l'Homme d'Asselar* : n'a pas de carie, mais du *tartre*.

b) *Race de Cro-Magnon, l'Homme d'Afalou* : a des caries et des lésions paradentaires, les molaires sont atteintes à la face triturante de la couronne. La cause en est dans des *traumatismes* consécutifs au *régime alimentaire* et non (comme aujourd'hui) dans la *calcification défectueuse des germes dentaires*. Cet individu présente également de l'inflammation des maxillaires, des traces *d'ostéite* (c'est-à-dire inflammation du tissu osseux) du bord alvéolaire.

c) *Race de Chancelade, Le Roc* : sur un des sujets M_1 gauche a une carie de la face mésiale assez peu profonde : la chambre n'est pas atteinte. Il y a formation d'ivoire secondaire. L'alvéole était infecté. Il faut noter qu'une dent dont la carie n'atteint pas la chambre pulpaire reste en général vivante. Donc, si l'alvéole était infecté, il faut penser à une autre cause que la carie ; soit pyorrhée, soit gingivite tartrique.

Sur un autre sujet (un homme de 50 ans), il y a carie des grosses molaires.

Il y a déjà des traces de *tartre* chez un jeune.

Conclusion. — Nous venons de voir que l'homme primitif a des dents robustes ; même quand elles sont très usées (il arrive souvent que la couronne soit complètement abrasée), il est très rare qu'elles soient cariées, malgré l'absence probable d'hygiène.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Nous avons tiré de cette étude un certain nombre de conclusions que nous classerons en deux groupes, allant du particulier au général :

1° *Evolution dentaire proprement dite.*

Nous avons souvent parlé, au cours de ce travail, de l'évolution de la denture et nous avons donné ses caractéristiques

essentielles. Pour conclure, nous dirons avec GAUDRY que, tandis que l'évolution se marque chez un grand nombre d'animaux par la complication des dents (ongulés), chez l'homme, c'est la diminution qui marque un progrès. Les dents les plus incomplètes sont celles de l'homme blanc, dont l'hypocône est très réduit à la mâchoire supérieure. Cette cuspide est plus forte chez le nègre, croît encore davantage chez les anthropoïdes. Au fur et à mesure que l'homme se civilise, ses dents diminuent de volume, comparativement au volume du crâne et, en même temps, ses maxillaires se raccourcissent. Il est bien évident cependant que ce ne sont pas les singes qui descendent de l'homme. Cela prouve encore une fois que l'évolution révèle aussi bien des *régressions* que des augmentations.

Nous remarquons également que, dans l'ensemble, les dentures humaines sont fort homogènes, beaucoup plus que les crânes humains. Il semble que leurs caractères généraux soient très anciens, que le rameau humain les a acquis dès son origine.

2° *Evolution générale.*

La notion d'évolution dentaire ne pourrait-elle pas nous entraîner à examiner l'évolution humaine sous une forme plus générale : la considérant dans son ensemble et non plus seulement du point de vue dentaire ?

Nous allons essayer de le faire : on a établi la *continuité de la lignée partant du singe et aboutissant à l'homme actuel en passant par les Préhominiens, les Neanderthaliens et l'Homo Sapiens Fossilis.* L'étude de la denture jointe à celle de l'anatomie générale des hommes fossiles peut nous permettre de découvrir les relations qui existent entre eux et les hommes actuels. Nous savons qu'entre ces derniers et les anthropoïdes (gorille et chimpanzé principalement) il y a des ressemblances certaines. D'après ce que l'on sait maintenant de l'évolution des êtres vivants, de telles ressemblances ne peuvent s'expliquer que par une parenté phylétique : hommes et anthropoïdes doivent avoir une *origine commune.* Or, le *dryopithèque* (qui était un Anthropoïde de grandes dimensions) *offre, surtout dans sa denture,* des caractères *qui annoncent ceux des hommes* et plus spécialement des *Préhominiens* : il y a des dents de *dryopithèques* qui ressemblent énormément à celles du *Sinanthrope. Le stade dryopithèque est sans doute celui qui a précédé le stade des Préhominiens.* Nous n'avons pas, au cours de ce travail, considéré les *préhominiens.* Leur examen approfondi aurait montré qu'ils constituent un intermédiaire entre les singes et l'homme. Ainsi, le diastème qui existe chez les singes n'existe pas, en général, chez les hommes fossiles. Or, ce diastème existe chez le *pithécanthrope* où il dépasse même la dimension de celui des singes. Il n'est donc pas impossible que cette ressemblance morphologique soit le reflet d'un lien phylogénétique entre les Singes et l'Homo Neanderthalensis. On pourrait de même retrouver de nombreux stades d'évolution successifs des Neanderthaliens à l'homme actuel.

Essayons maintenant de rechercher l'origine de l'Homo Neanderthalensis : il y a une assez grande parenté entre la mandibule de Mauer et celle de la Chapelle aux Saints. Comme le type de Neanderthal ne peut être qu'une survivance, d'ailleurs évoluée, d'un type plus primitif, et par suite plus ancien, il est possible

que la mandibule de Mauer (d'un âge beaucoup plus primitif) ait appartenu à un représentant de ce type plus primitif qui se serait modifié lentement à la suite de variations de milieu et de climat. L'homme de Mauer est donc un précurseur possible de l'Homo Neanderthalensis, ce dernier s'étant éteint sans postérité. Nous savons, avec certitude, que l'Homo Neanderthalensis est une espèce archaïque et *disparue*, mais on peut penser qu'il y a eu *coexistence* de l'Homo Neanderthalensis et de l'Homo Sapiens Fossilis, ce qui fait que le premier ne saurait être l'ancêtre du second.

Boule pense que l'*origine de l'Homo Sapiens* doit être recherchée dans un passé beaucoup plus lointain qu'on ne le suppose ordinairement. Dès le pléistocène moyen, il existait d'autres types que ceux d'Heidelberg et de Neanderthal qui se rapprochaient singulièrement de l'Homo Sapiens. D'autre part, le type humain de Grimaldi (qui appartient à l'Homo Sapiens Fossilis) est tout à fait distinct de l'Homo Neanderthalensis et il offre avec certaines races africaines d'Homo Sapiens beaucoup de traits communs. La coexistence en Europe occidentale, à une même époque géologique, de deux formes humaines aussi différentes que l'Homo Neanderthalensis et l'Homo Sapiens, serait un fait très important. Mais il faut faire quelques réserves : Les négroïdes se trouvent dans un foyer d'industrie aurignacienne. Ils sont donc des aurignaciens. L'Homo Neanderthalensis, lui, est moustérien. Ainsi, au changement assez subit constaté entre les industries moustérienne et aurignacienne correspondrait un changement anthropologique non moins important. Si nous pouvons constater une nette discontinuité entre l'Homo Neanderthalensis et l'Homo Sapiens Fossilis, tout au moins chez les hommes fossiles d'*Europe*, hors d'Europe, il n'en est pas de même. La découverte des hommes de *Palestine* a montré qu'il pourrait y avoir en eux un intermédiaire qui comblerait le fossé entre les deux types. Quant aux hommes du Paléolithique, on voit qu'il y a une très grande homogénéité parmi eux et que cette homogénéité s'étend aux hommes actuels. On a beaucoup étudié ces hommes fossiles et plus on les examine anatomiquement, plus on se rend compte de leur uniformité et plus ils semblent se rapprocher de l'homme actuel. On n'a pas l'impression d'un hiatus entre l'Homo Sapiens Fossilis et l'Homo Sapiens moderne, mais au contraire, d'une grande continuité ; le même terme *Homo Sapiens* qui les désigne est significatif à cet égard. D'autre part, la découverte de l'art des hommes fossiles nous a révélé chez eux un esprit d'observation remarquable et un sens très développé de l'esthétique.

En définitive, nous pensons qu'on peut avancer *deux hypothèses*. Faut-il :

a) Rattacher la lignée humaine au *dryopithèque* puisque nous avons vu que celui-ci offre surtout dans sa dentition des caractères qui annoncent les hommes et plus spécialement les préhominiens ?

b) Ou bien le rameau humain est-il rattaché plus avant dans le temps ? Il serait une forme attardée, un survivant des prototypes ancestraux.

* * *

Pour terminer dans le cadre de la Paléontologie humaine, il est certain que c'est l'étude du Paléolithique inférieur qui peut nous éclairer le mieux sur l'origine de l'homme. En effet, les hommes du Paléolithique supérieur sont déjà très évolués, très proches de nous au double point de vue anatomique et psychique (ils nous donnent des preuves d'un certain degré d'intelligence). Ils sont donc moins intéressants en tant que documents du passé. Au contraire, les hommes du Paléolithique inférieur, qui constituent réellement ce que M. VALLOIS appelle les « premiers hommes », et qui sont malheureusement assez rares, peuvent nous fournir d'importantes étapes paléontologiques.

Nous ne voulons pas terminer ce travail sans prier notre maître, M. le Prof. J. PIVETEAU de trouver ici l'assurance de notre reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il n'a cessé de nous prodiguer ses conseils.

Le plan de cette étude a été tracé par M. H. VALLOIS, Directeur du Laboratoire d'Anthropologie à l'Ecole pratique des Hautes Etudes, Directeur de l'Institut de Paléontologie humaine ; nous ne saurions oublier avec quelle inlassable amabilité il nous a guidée dans notre travail.

Nous adressons nos très sincères remerciements à M. BOURDELLE, Professeur au Muséum National d'Histoire naturelle, et à M. P. RODE, docteur ès Sciences, Assistant au Muséum, qui mirent aimablement à notre disposition les riches collections du Laboratoire de Mammalogie.

Nous remercions M. le Dr SOLAS des conseils qu'il nous donna pour la rédaction de ces quelques pages, ainsi que M. PITOIS qui exécuta, avec beaucoup de soin, la plupart des figures qui illustrent ce travail.

BIBLIOGRAPHIE

1. VON P. ADLOFF. — *Gebib der Diluvialen und rezenten Menschenrassen.* (Berlin, 1910).

2. G. ARAMBOURG, H. BOULE, H. V. VALLOIS, R. VERNEAU. — *Les grottes paléolithiques des Beni-Segoual (Algérie). (Archives de l'Institut de Paléontologie humaine.* Mémoire 13. — Paris, décembre 1934).

3. M. BOULE. — *Les Hommes Fossiles.* (Paris, 1923).

4. M. BOULE. — *L'Homme fossile de la Chapelle aux Saints (Corrèze).* (*Annales de Paléontologie,* 1911).

5. M. BOULE et J. PIVETEAU. — *Les Fossiles.* (Paris, 1935).

6. M. BOULE et H. V. VALLOIS. — *L'Homme fossile d'Asselar (Sahara). (Archives de l'Institut de Paléontologie humaine.* Mémoire 9. — Paris, mai 1932).

7. E. BOURDELLE, Ch. BENNEJEANT et Dr WICART. — *Anatomie et Physiologie bucco-dentaires.* (Paris, 1937).

8. T. H. BRYCE. — *Teeth of prehistoric man. (British dental Journal,* February 1., 1913. Vol. XXXIV, nº 3).

9. DUDLEY BUXTON. — *Excavation of a mousterian Rock-Sheller at Devil's Tower (Gibraltar). (Journal of the Royal Anthropological Institute,* 58, 1928. Londres, 1928).

10. J. Thorton Carter. — *The teeth of a Rhodesian man.* (1928).

11. J. Choquet. — *Etude comparative des dents humaines dans les différentes races. (L'Odontologie,* 1908. Tome I, page 107).

12. J. Fraipont et M. Lohest. — *Recherches ethnographiques sur les ossements humains découverts dans les dépôts quaternaires d'une grotte à Spy et détermination de leur âge géologique.* (La Race humaine de Neanderthal et de Canstadt en Belgique. — *Arc. Biol.* 7).

13. G. Gaillard, J. Pissot et C. Cote. — *L'abri préhistorique de la Génière à Serrières-sur-Ain.* (*Anthropologie,* Tome 37, 1927. — Paris, 1927).

14. A. Gaudry. — *Sur la similitude des dents de l'homme et de quelques animaux.* (*Anthropologie,* janvier, avril 1901. — Paris).

15. A. Gaudry. — *Contribution à l'histoire des hommes fossiles.* (*Anthropologie,* Tome XIV, janvier, février 1903).

16. K. Gorjanovic-Kramberger. — *Der Diluviale mensch von Krapina in Kroatien ein Beitrag zur paleoanthropologie.* (Wiesbaden, 1906).

17. W. K. Gregory. — *Man's Place among the Anthropoïds,* 1934.

18. W. K. Gregory. — *The origin and evolution of the human dentition.* (*Journal of dental Research,* 23, Vol. II, N° 1, March 1920).

19. Montagu F. Hopson. — *Apes to modern man.* (*British dental Journal,* september 15, 1915. Vol. XXXVI, N° 18.)

20. Hrdlicka. — *American Journal of physical anthropology.* (Vol. XIX. N° 4, 1935).

21. Hrdlicka. — *The Skeletal remains of early man* (Smiths-Misc. Coll. 83, 1930).

22. M. E. Jeanselme. — *Du tubercule de Carabelli chez l'Homme aux périodes paléolithique et néolithique dans l'antiquité et au moyen âge.* (*Bulletin et Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris,* Tome 8. VI^e série, 1917).

23. A. Keith. — *The Antiquity of man.* (Londres, 1925).

24. A. Keith. — *Problems relating to the teeth of the earlier forms of prehistoric man.* (*Proc. R. Soc. Med.* 6. Odont. Section, 1913).

25. W. Courtney Lyne. — *The significance of the radiographs of the Piltdown teeth.* (*British dental Journal.* May 1. 1916. Vol. XXXVII. N° 9).

26. H. Martin. — *Caractères des squelettes humains quaternaires de la Vallée du Roc (Charente).* (*Bulletin de la Société d'Anthropologie.* Paris, 1927).

27. H. Martin. — *L'Homme fossile de la Quina. (Archives de Morphologie générale et expérimentale,* 15. — Paris, 1923).

28. H. Martin. — *L'enfant fossile de la Quina (Recherches sur l'évolution du Moustérien dans le gisement de la Quina (Charente).* (4^e vol., 1926).

29. Osborn. — *Evolution of the mammalian molar teeth.* (*Biological studies and addresses.* Vol. 1. New-York. The Mac Millan, Co., London, Macmillan and Co., Ltd, 1907).

30. W. P. Pycraft, J. Carter, etc... — *Rhodesian and Associated remain.* (*British Museum-Natural History,* 1928).

31. M. Siffre. — *La denture préhistorique.* (*L'Odontologie,* 1910. Tome 2).

32. Norris Snell. — *Notes on the teeth of prehistoric man.* (*British dental Journal,* June 1, 1912. Vol. XXXIII, N° 11).

33. O. Shoetensack. — *Der Unterkiefer des « Homo Heidelbergensis » aus den sanden von Mauer bei Heidelberg* (Extrait de *L'Anthropologie.* N° 1, janvier-février 1909).

34. L. Testut. — *Recherches anthropologiques sur le squelette quaternaire de Chancelade (Dordogne).* (Extrait du *Bulletin de la Société d'Anthropologie de Lyon*, Tome 8, 1889).

35. Ch. S. Tomes. — *A manual of dental Anatomy human and comparative.* (London, 1923).

36. P. Topinard. — *Les Caractères simiens de la mâchoire de la Naulette.* (*Revue d'Anthropologie*, 3e série, Tome I, 1886, 3e fascicule. Leçon du 8 décembre 1885).

37. H. Vallois. — *Les maladies de l'Homme préhistorique.* (*Revue Scientifique*, T. 72, 1934).

38. H. Vallois. — *La carie dentaire et la chronologie des Hommes préhistoriques.* (*L'Anthropologie*, T. 46, 1936).

39. H. Vallois. — *Nomenclature anthropologique.* (*Revue Scientifique*, T. 79, 1941).

40. Verneau. — *Les grottes de Grimaldi. Résumé et conclusions des Etudes Anthropologiques.* (*Anthropologie* 17, 1906).

41. H. Virchow. — *Die Menschlisen Skeletreste aus den Kampfe'schen Bruch in Travertin von Ehringsdsdorf bei Weimar.* (Iéna, 1930).

42. H. Weinert. — *Das problem des « Eoanthropus » von Piltdown. Eine Untersuchung der original Fossilien.* (*Zs. f. Morph. U. Anthro.* 32, 1933).

43. F. Weidenreich. — *The Dentition of Sinanthropus Pekinensis : a comparative odontography of the Hominids.* (*Paleontologia sinina.* Nouvelle série D, N° 1. — Pékin, 1932).

ERRATA

concernant la première partie de l'article : **La denture des Hommes du Paléolithique** (N° de janvier 1947).

Page 4 : aux 9e, 10e et 11e lignes, lire : troisième au lieu de première.

Page 6 : à la rubrique **Homo Heidelbergensis**, supprimer : c'est un des caractères évolués..... jusqu'à mandibule.

Page 11 : à la première ligne du 2e tableau, lire : M1 droite au lieu de M2 droite.

Page 12 : à la quatrième ligne, supprimer : particulièrement.

Page 16 : au 2e alinéa, ajouter le suffixe ide aux mots : paracône, métacône, etc...

A la même page, 11e ligne, lire : hypoconulide (h) au lieu de hypocône.

Page 22 : à la 32e ligne, supprimer : l'hypocône est atrophié.

LA PROTHÈSE PHYSIOLOGIQUE

Par P. HOUSSET

Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris

Certains découvrent en 1946, les principes biologiques qui sont à la base de l'enseignement de la prothèse fondamentale et de la prothèse générale depuis 1925 à notre Ecole.

Au même moment ils font connaissance, en s'initiant aux travaux de l'école suisse, d'une partie des méthodes américaines datant d'une quinzaine d'années, ce qui n'exclut pas la qualité des mises au point et des vérifications expérimentales faites par les Suisses eux-mêmes.

Il conviendra, à ce sujet, d'établir l'historique et surtout la chronologie des acquisitions scientifiques. Dans plusieurs pays, depuis de nombreuses années, des auteurs, de formations variées, ont apporté séparément les matériaux. Mais c'est de 1925 à 1931 que la classification méthodique des principes de la « prothèse physiologique » a été établie en France et que la notion de biologie a été mise en équilibre avec celle de la mécanique dans la conception et l'exécution des appareillages.

Au Congrès international de 1931, dans un rapport concernant l'action sur « l'intégrité tissulaire des prothèses fixes et amovibles », puis de 1931 à 1943, par la publication ou la présentation d'autres communications, j'ai cherché à édifier une synthèse qui peut constituer la base solide de toutes les catégories de prothèse : *une seule base* car les différentes variétés dépendent bien des mêmes lois biologiques et mécaniques, la variation n'est à considérer que dans certaines modalités d'application ou dans les procédés techniques.

La prothèse bucco-dentaire n'est nullement un art manuel ne dépendant que d'une routine ou ne progressant que par la découverte de matériaux nouveaux, accompagnés le plus souvent de la notice d'emploi des fournisseurs.

La prothèse est un *moyen thérapeutique* et il est souhaitable que cette formule soit enfin comprise — et même défendue — par ceux, parmi les praticiens, qui ont reçu une formation médicale plus étendue.

Pour comprendre cette considération, il importe d'étudier sérieusement les buts et les moyens de la prothèse — 4 ou 5 années scolaires y suffisent à peine — et d'admettre que, dans la mesure nécessaire à déterminer, le prothésiste (le praticien prothésiste) doit être à la fois biologiste et ingénieur : comme je l'écrivais en 1931 « double formation dont il appliquera les directives à *l'étude du cas, à la conception du traitement prothétique, au plan d'appareillage; à l'exécution, à l'application de celui-ci* et — non terminée — sa tâche le conduira à *surveiller les réactions secondaires des tissus, à modifier*, dans le temps une prothèse dont la durée ne saurait être limitée puisqu'elle repose sur une base instable ».

Parmi d'autres sciences, l'étude de la morphologie est indis-

pensable, non pas pour la simple connaissance de la froide anatomie, mais pour pénétrer le *sens de la forme* dans sa *génèse*, sa *fonction* et son *adaptation*.

La prothèse fondamentale, base des technologies (leur pourquoi) et des techniques (leur comment) *comporte la bio-morphologie* ou la physio-morphologie, étude des formes dans le sens fonctionnel : rôle d'une courbure cuspidienne, d'une crête marginale, d'un point de contact, structure et fonction d'un bourrelet gingival, d'une papille etc... et la *bio-mécanique*, c'est-à-dire le *mécanisme dentaire humain dans son jeu parfait* : charges, équilibres, actions et réactions, forces de leviers, pressions, tractions, torsions, couples élastiques, centres instantanés de rotation, trajectoires articulaires de propulsion, de diduction, etc... puis dans les résultantes physio-pathologiques des différentes perturbations d'équilibre et de résistance, les dyskinésies, les scoliodonties, les corrections orthokinétiques, etc... enfin l'action favorable ou défavorable des appareils sur l'intégrité tissulaire des organes de soutien et d'appui.

Dans la physique même, une subdivision importante mérite une large place dans l'enseignement. Bien des problèmes sont élucidés en prothèse par des connaissances précises en mécanique générale. Il ne suffit pas de connaître quelques lois, la possibilité d'application de théorèmes permet d'établir des constructions rationnelles.

Mécanique générale, biologie, physique, chimie, anatomie et histologie dentaires et régionales, prothèse fondamentale, morphologie, pathologie buccale et pathologie générale, car il existe une intrication d'actions et de réactions locales et générales, toutes ces matières représentent les connaissances de base du praticien prothésiste en y ajoutant la métallotechnie.

Il convient ensuite de compléter ces notions par l'étude clinique des cas, l'ensemble de l'enseignement s'échelonne ainsi et sans excès sur cinq années.

* * *

Le choix d'un appareil dépend du jeu des indications et des contre-indications.

Si les mêmes principes biologiques concernent les différentes variétés de prothèse, le choix ne peut être une question de mode ni de préférence.

Il demande une étude sérieuse du cas, selon les règles de normalité et les perturbations types. Crêtes alvéolaires, dans leur forme, dans leur structure osseuse et gingivale, état tissulaire extrinsèque et intrinsèque des dents, état de leurs connexions, dispositions occlusale, jeu articulaire, charges et surcharges, les forces et leurs réactions dans les trois sens de l'espace, certaines conditions de l'état général, ces *différents facteurs conditionnent le choix de l'appareil, fixe ou amovible.*

(*A suivre*)

PROTHÈSE MAXILLO-FACIALE EN RÉSINE SYNTHÉTIQUE

Par A. RIGAULT,

Chef du Service de Prothèse maxillo-faciale
à l'Hôpital Laribosière,
Professeur suppléant à l'Ecole Dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, le 5 novembre 1946).

De tout temps, on a essayé de masquer et de cacher une difformité du visage. La prothèse remonte aux temps les plus reculés.

Un individu qui présente une perte de substance de la face est un objet de répulsion pour la société qui l'environne. Cette diminution physique se double d'une diminution morale qui le pousse parfois jusqu'au suicide. Il faut donc mobiliser toutes les ressources de la science pour permettre à ces blessés de retrouver une vie normale.

La chirurgie esthétique a fait de grands progrès. Les guerres successives ont permis de mettre au point des greffes osseuses et cutanées d'une technique précise, avec des résultats extraordinairement merveilleux. Peut-être pourrez-vous penser que la prothèse maxillo-faciale doit disparaître. Malheureusement non. Dans les blessures de guerre, la chirurgie peut beaucoup ; son action s'exerce sur des sujets jeunes dont les tissus sont sains, mais ces opérations sont longues et le blessé se lasse ou hésite devant la perspective de stages répétés à l'hôpital et sur la table d'opération. Enfin, la chirurgie a ses limites et ses échecs. Puis, il y a les pertes de substance pathologiques, dans les lupus, les cancers, et bien souvent la chirurgie est impuissante. Les greffes reprennent mal sur des tissus malades, mal irrigués, brûlés par les agents physiques qui ont souvent été employés pour les guérir. La prothèse devient le seul espoir.

Nous aurons le plus souvent à restaurer des nez, des oreilles, la région oculo-palpébrale et enfin des parties plus ou moins étendues de joue.

Pour ces différents travaux, nous possédons divers matériaux. Il n'est pas dans mon intention de passer en revue tout ce qui a été fait jusqu'à ce jour, mais revoir ce que l'on emploie en ce moment, les avantages et les inconvénients. Ce sont ces inconvénients qui m'ont amené à chercher, vers les résines synthétiques, des prothèses d'une plus longue durée et surtout d'une esthétique supérieure.

Pour les nez, les prothèses palpébrales, les plaques jugales, VERCING-LAPIERRE a mis au point l'emploi de l'acétate de cellulose. L'acétate de cellulose se présente sous forme de feuilles transparentes de $0^m/^m 8$ à $1^m/^m 5$ d'épaisseur.

Cette plaque estampée à chaud sous la pression de la vapeur d'eau. Le nez ainsi réalisé est collé sur une paire de lunettes qui constituent le support. La pièce est peinte avec peintures cellulosiques. C'est une prothèse rigide qui ne nécessite pas de renouvellements fréquents, d'un effet esthétique satisfaisant. Comme inconvénient, il faut signaler la déformation de l'acétate de cellulose

suivant l'état hygrométrique de l'air et surtout l'impossibilité d'obtenir des formes rétentives et les modelés indispensables pour une oreille par exemple.

M. LITTRÉ, qui s'est spécialisé également dans les prothèses de cellulose, en a que'que peu modifié la technique ; afin de supprimer la condensation qui se produit, lors de l'expiration, dans un nez constitué d'une feuille estampée, il confectionne un nez creux, comme une balle de celluloïd. Une mince feuille d'acétade de cellulose ferme le nez sur sa face cutanée ; ceci évite la buée à l'intérieur et les déformations. La respiration nasale est assurée par un tube à travers la prothèse. De plus, au lieu d'estamper l'acétate de cellulose, il le dépose, pour les petites pièces, sous forme de collodion sur le moule. Par des applications successives, il obtient des prothèses minces, légères et très résistantes.

Il y a là une grande amélioration technique que je tenais à signaler.

Pour les oreilles, PONT a mis au point une pâte gélatineuse, dite « pâte de PONT ». Elle renferme de la gélatine, de la glycérine et de la colle forte, ou mieux de la colle de poils de lapin blanc. Elle est colorée avec des poudres inertes incorporées dans la pâte. L'oreille sculptée en cire est mise en revêtement en deux parties, avec deux évents qui permettent la coulée de la pâte ramollie au bain-marie. Après avoir, avec une spatule chaude, ébarbé la pièce, celle-ci est collée sur la peau à l'aide de dextrine ou de fard-colle ; on masque le raccord avec des fards liquides et de la poudre de riz. Cette prothèse est parfaite au point de vue esthétique. Sa souplesse lui permet de suivre le jeu des muscles jugaux ; elle ne nécessite pas de système de maintien, puisqu'elle est collée directement sur la peau. Elle permet également d'obtenir des modelés rétentifs particulièrement intéressants pour une oreille.

Elle présente cependant quelques inconvénients qui en limitent l'emploi : le collage irrite la peau, provoque des dermites et est cause de récidive de la lésion pathologique initiale. De plus, la pièce est de courte durée et doit être refaite très souvent, tous les trois ou quatre jours, huit au maximum. Le malade peut refaire lui-même sa prothèse, mais cela nécessite beaucoup de temps et de soins. Cette composition est très sensible ; l'humidité, la buée, la sueur, la décollent de la peau. Elle ne peut donc être employée que dans une certaine classe sociale qui dispose du temps nécessaire à l'entretien d'une telle prothèse et dont l'activité n'entraîne ni sudation, ni séjour dans un milieu humide ou chaud.

Ce sont ces inconvénients qui m'ont amené à réaliser ma première prothèse : une oreille en résine, pour un cuisinier. Avec une telle profession, la pâte à base de gélatine était inemployable.

Comme pour toutes les prothèses faciales, il faut prendre le moulage de la face entière pour un nez, ou simplement de la région auriculaire pour une oreille. Sur le moulage, on sculpte en modeline l'organe à restaurer, en s'inspirant de l'autre oreille comme modèle ; à l'aide de surmoulage, on tire le nez ou l'oreille en cire. Cette cire est essayée sur le malade et on ajuste les moyens de rétention. Pour une oreille, on peut se servir soit d'une branche de lunettes, soit d'un fil d'acier dit corde à piano, qui passe par le sommet du

crâne et qui est dissimulé dans les cheveux. Il est bon de faire pénétrer largement la prothèse dans le conduit auditif externe. Pour le nez, la rétention sera toujours des lunettes ; on devra souvent rechercher un autre point d'appui au niveau du plancher des fosses nasales, surtout si les os propres du nez ont disparu, les lunettes ne trouvant plus une assise normale. Pour ce faire, on coule en argent une feuille de cire qui a été meulée à la partie inférieure de l'orifice narinaire. Cette rétention narinaire est parfois nécessaire dans les prothèses en résine qui sont quelquefois d'un poids supérieur aux prothèses en acétate de cellulose ; on évite l'abaissement de la prothèse et la rétention est bien meilleure. Cette précaution n'est pas indispensable. J'ai fait des nez suffisamment légers pour supprimer un appui secondaire. Les Américains semblent cependant y attacher une grande importance.

La cire est mise en moufle comme une prothèse dentaire courante. Le nez en cire a été préalablement creusé de façon à ne conserver qu'une épaisseur de cire uniforme de $1^m/^m 5$ environ.

La teinte est obtenue en mélangeant de la poudre de résine translucide, de la poudre rose et des poudres servant à la confection des dents ; c'est par le mélange de poudre paladon et palapont que l'on obtient la carnation désirée. On peut obtenir des dégradés en préparant des mélanges différents qui sont fondus lors du bourrage. Pour la recherche de la teinte, j'ai fait un jeu de teintes ; ce sont de simples plaquettes à mélange connu. Ces teintes servent de base, et, avec un peu d'habitude, on obtient de très bons résultats en modifiant les proportions de ces diverses poudres.

La prothèse terminée, il faut, pour une oreille, sculpter les parties creuses avec une grosse fraise ronde ; l'ourlet du bord libre par exemple est approfondi ; ceci donne une forme plus harmonieuse et plus près de la réalité.

La résine ne doit pas être polie, mais simplement passée au papier de verre très fin, afin de conserver une certaine matité à l'ensemble.

On termine en fardant la pièce avec des fards gras (fond de teint et fard rouge à joues) qui adhèrent parfaitement et résistent même à un léger nettoyage à l'eau savonneuse.

Le collage sur les lunettes est obtenu à l'aide d'une colle faite de résine polymérisée dissoute dans l'acétone.

Bien que légèrement plus lourde que les prothèses en acétate de cellulose, cet inconvénient est largement dépassé par l'avantage esthétique qui est satisfaisant. Elles ne nécessitent aucun entretien, elles sont indéformables, elles sont durables. Elles n'irritent pas les téguments et surtout elles permettent d'obtenir des profils rétentifs indispensables pour les oreilles, par exemple. Ces prothèses, presque invisibles, permettent au blessé de se déplacer sans être l'objet de la curiosité publique. Elles ne se remarquent pas comme le nez au milieu de la figure, si l'on peut employer ici cette expression. SÉBILEAU a dit : « Mieux vaut une mauvaise plastique qu'une bonne prothèse. » Cet aphorisme reste vrai, mais lorsque la chirurgie est défaillante, « mieux vaut une bonne prothèse que rien. » Le malade nous sera toujours reconnaissant de notre modeste « cache-misère ».

REVUE des LIVRES et des REVUES

Max Fernand JAYLE. — **Précis élémentaire de biochimie.**

Le Prof. M. F. Jayle vient de faire paraître un précis élémentaire où il a le rare mérite de rendre accessible à l'étudiant et au praticien les bases et les acquisitions nouvelles de la biochimie statique.

Ce livre devait être écrit et nous paraît d'autant plus opportun que la science biochimique prend chaque jour une place plus grande tant en médecine qu'en science dentaire.

Les connaissances concernant la constitution chimique des matériaux à partir desquels la cellule édifie ses micelles macro-moléculaires, aussi bien que l'organisation et l'architecture des complexes qui constituent le protoplasma cellulaire, sont exposées avec clarté, clarté qui ne se démentira jamais au long de l'ouvrage.

Dans un premier chapitre de généralités, l'auteur rappelle avec un réel talent de simplification les notions de chimie générale et de chimie organique qui sont nécessaires à la parfaite compréhension des chapitres suivants consacrés aux glucides, aux protides et aux lipides.

Les pages consacrées à l'étude des vitamines, des hormones et des enzimes, en dépit des difficultés de simplification auxquelles elles exposent, sont traitées avec la maîtrise d'un savant doublé d'un pédagogue qui se rend compte de ce que le praticien non spécialiste éprouve le besoin de connaître.

Ce livre mérite, à notre sens, de figurer à la première place de la bibliothèque du praticien intéressé par ces questions qui sont à l'ordre du jour, et il rendra les plus estimables services à nos étudiants.

Dr J. DÉLIBÉROS.

P. L. MARONNEAUD. — **Considérations sur les fractures du maxillaire inférieur et les indications d'un nouveau moyen chirurgical de contention : le brochage.** (*Journal de Médecine de Bordeaux*, Nos 11-12, juin 1946, p. 201).

Dans ce travail, l'auteur en comparant d'abord le maxillaire inférieur au maxillaire supérieur et aux autres os du squelette, signale les caractères particuliers qui s'attachent aux fractures mandibulaires. C'est ainsi qu'il expose le problème de la contention et comment il a été résolu. Il insiste sur « la précision absolue qu'exige au point de vue de la réduction le tyrannique engrènement dentaire d'occlusion » et qui fait que l'attelle idéale, anatomique, se trouve dans l'arcade dentaire du maxillaire supérieur, ce qui explique, d'autre part la prépondérance du blocage inter-maxillaire sur toutes les autres méthodes de contention. Malheureusement, certains états d'édentement, ou le siège postérieur des fractures, peuvent rendre inapplicables ces moyens contentifs dento-dentaires.

L'auteur passe alors en revue les caractères anatomo-pathologiques des fractures qui peuvent bénéficier de méthodes exceptionnelles. Dans sa systématisation il relève les fractures angulaires, pré-angulaires, transversales, verticales et obliques postérieures. « Toutes ces fractures, écrit-il, échappent donc à la prothèse orthodontique d'immobilisation » et quelques-unes bénéficient alors des moyens chirurgicaux. Il élimine les anses métalliques trans-osseuses, les plaques de Lambotte, et signale le précieux appareil de Ginestet : le fixateur externe, appareil qui s'inspire du tuteur de Lambotte et s'adapte à tous les types de fracture.

Le brochage enfin représenterait une méthode simple et élégante, mais exceptionnelle. Il peut être utilisé de plusieurs manières : soit le *mode longitudinal* qui lui est personnel ; soit le *mode transversal* préconisé par Delay, de Bayonne. Le mode longitudinal s'adresse aux fractures latérales et postérieures de la branche horizontale ; le mode transversal aux fractures antérieures para-symphysaires. L'application de la broche de Kirschner permettrait les réductions parfaites, diminuerait le temps du blocage inter-maxillaire, ou parfois le supprimerait. Comme le fixateur externe de Ginestet, elle résumerait les avantages de l'ostéo-synthèse sans en avoir les inconvénients.

Dr Mario E. Figun. — **Anatomie et description du canal de Serres.** (*Revue Odontologique d'Argentine*, avril 1946).

Après avoir étudié le canal de Serres ou de la dentition temporaire, sur 15 maxillaires inférieurs de fœtus à terme, sur 26 maxillaires inférieurs d'enfants âgés de 12 mois à 12 ans, sur 77 maxillaires inférieurs d'adultes, et sur 23 mâchoires séniles (au total 141 pièces anatomiques), on peut synthétiser ce travail par les conclusions suivantes :

1° *Chez le nouveau-né*, la présence du canal de Serres est constante dans 100 % des cas, et il est possible de le caractériser du commencement à la fin.

Son orifice d'entrée est situé derrière et au-dessous du canal mandibulaire similaire, tandis que son orifice de sortie se localise sur la face externe du maxillaire, à égale distance de la symphyse et du trou mentonnier.

Situé au-dessous du canal dentaire inférieur dont il se trouve séparé par une très mince enveloppe de tissu osseux, il passe parallèlement au canal antérieur sur une grande partie de son trajet, décrivant une douce courbe concave jusqu'à son orifice de sortie sur la face externe du maxillaire.

2° *Dans les mâchoires d'enfants*, il est absent seulement dans 12 % des cas, mais il n'est possible de l'étudier que dans ses segments postérieur et moyen, vu que le troisième (antérieur) se trouve disparu.

On rencontre l'orifice d'entrée, derrière, mais à la même hauteur que celui du canal dentaire inférieur ; son orifice de sortie est plus difficile à découvrir, étant donné l'abondance des orifices vasculaires qui peuvent le masquer.

Passant sous le canal mandibulaire, il a une direction assez parallèle au précédent, du moins sur une grande partie de son parcours, décrivant toujours une courbe concave, mais étant séparé par une enveloppe d'os d'une beaucoup plus grande épaisseur.

3° *Dans les mâchoires d'adultes*, le canal de Serres persiste dans 20 % des cas. L'orifice d'entrée se localise derrière la fente mandibulaire, étant séparé de celle-ci par une distance qui peut aller de un à trois millimètres. En de très rares occasions, il a été possible de suivre la trace de l'orifice de sortie. Comme dans les mâchoires des enfants, on peut l'étudier jusqu'au segment antérieur, mais dans d'autres cas, il est seulement explorable dans sa partie postérieure.

Dans son trajet il décrit une courbe plus prononcée que dans les cas précédents, toujours situé sous le canal dentaire et très près du bord inférieur du maxillaire.

4° *Dans les maxillaires séniles*, le canal de Serres s'est estompé totalement et rarement on peut localiser son orifice postérieur que l'on rencontre aussi en grande partie ossifié.

5° Nous pouvons admettre que le canal de Serres disparaît normalement vers les neuf ou dix ans, et par conséquent, quand on le découvre sur des maxillaires d'un âge supérieur, on pourrait penser à une altération du processus de croissance et d'ossification de l'os mandibulaire.

6° Conformément au résultat de nos recherches qui confirment celles de Bennejeant, dans le canal de Serres se loge un vaisseau veineux et il est possible qu'il soit une voie de communication entre le plexus veineux ptérigo-maxillaire et le réseau veineux péribuccal. G. L.

Dr Amelia VILLEMUR. — **Développement et occlusion**. (*Revue Dentaire d'Uruguay*, juillet-septembre 1945).

En conclusion d'une intéressante étude sur le développement de l'occlusion, l'auteur expose ces considérations générales :

Dans des conditions de santé, les maxillaires, la face et tout le crâne se développeront normalement.

Le terme « normalement » ne signifie pas autre chose que la condition de donner à l'individu une efficacité fonctionnelle et une apparence équilibrée ou harmonieuse en accord avec le reste de l'organisme.

« Normalement » ne signifie pas qu'il doit y avoir nécessairement une ressemblance parfaite avec un type déterminé. Toutes les influences de l'évolution, hérédité et milieu ambiant, agissent sur cette condition de la même manière qu'elles agissent sur chaque être humain.

Nous connaissons la mutabilité du matériel humain, et il est possible que parmi les facteurs qui agissent sur lui, il y en ait de normaux et d'anormaux. En d'autres termes des influences naturelles autant que des influences pathologiques.

Considérant que chaque partie de la tête est intimement liée avec les autres parties de tout l'organisme, si une de ces parties est affectée, cette modification apportera une modification dans les autres. De la même manière, si dans un cas anormal nous essayons seulement de corriger une partie séparée ou groupe, dans la plus grande partie des cas, nous échouerons.

Comme le développement et la croissance effectuent ces changements pendant une longue période, il est nécessaire de surveiller les étapes de chaque période, parce que nous savons que les anomalies, quand elles s'acquièrent précocement ont tendance à augmenter à mesure que le temps passe.

Il y a un caractère d'individualité dans chaque cas, séparément des influences philogoniques, ontogéniques et héréditaires, Il y a également une différence dans les deux sexes, car le sexe doit être considéré aussi.

De la même manière il y a un groupe de caractères qui appartiennent à un groupe d'individus, lui donnant les caractéristiques de sa race.

La loi de l'hérédité n'est pas inflexible, mais elle joue un rôle très important, particulièrement quand le trait caractéristique transmis est très défini.

La forme de la vie actuelle tend à accélérer la période d'évolution vers la régression. Nous essayons désespérément en quelques heures de travail orthodontique de corriger une anomalie produite par des influences qui agissent chaque minute durant des jours, des semaines et des années.

Le travail d'hommes voués à cette recherche et notre expérience quotidienne nous montre que la race humaine va vers une régression physique. Cette régression ne doit pas être une caractéristique normale de notre race humaine, et nous en avons la preuve par le fait que les anomalies qui se présentent sur l'individu l'empêchent de vivre en bonne santé, lui donnant une imperfection de fonction physiologique ainsi qu'un déséquilibre dans les composantes de la tête.

Expliquant les choses de cette manière, quand je dis que les influences peuvent être normales et anormales, je devrais les grouper toutes les deux dans la même classification « d'anormales ». Il me semble que je ne me tromperais pas, mais l'unique raison qui me les fait classer séparément, c'est pour placer sous le nom de « normal » toutes les influences que l'être humain reçoit constamment du milieu ambiant dans sa vie courante.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 7 janvier 1947

La séance est ouverte à 21 heures, M. GABRIEL la préside en annonçant les décès du Dr ROY et du Dr FRITEAU. Les termes exacts seront reproduits en même temps que le compte rendu de cette séance. Une minute de silence est observée en hommage aux disparus.

M. GABRIEL donne ensuite, après lui avoir souhaité la bienvenue, la parole au Dr RICHARD, pour sa communication : *La Pénicilline en Odonto-Stomatologie.*

Prennent part à la discussion : Dr LAURIAN, Dr DÉLIBÉROS, M. RIGAULT, M. RICHTER, Dr LOYO, M. FOURNET.

M. GABRIEL donne ensuite la parole au Dr AUBERT pour sa communication : *Diagnostic des affections salivaires par la sialographie.*

Prennent part à la discussion : Dr DÉLIBÉROS, Dr RICHARD.

La parole est ensuite donnée au Dr DÉLIBÉROS qui traite : *D'un cas de prothèse complète difficile à réaliser en raison de la disproportion des maxillaires.*

Prennent part à la discussion : M. Henri VILLAIN, Dr LAURIAN, M. MARGUERITTE, M. LENTULO, M. CECCONI, Dr RICHARD, M. RIGOLET, M. RICHTER, M. BRUN.

La séance est levée à 23 h. 45.

* * *

Séance du 4 février 1947

La séance est ouverte à 21 heures et le Président, M. GABRIEL, apprend, avec émotion, la mort du Dr LEBLAN, qui éprouve à nouveau l'École Dentaire de Paris ; sur la demande du Président, une minute de silence est observée à l'occasion de ce deuil.

L'ordre du jour appelle la projection de deux films prêtés par le service d'information de l'ambassade des Etats-Unis : *Préparation chirurgicale de la bouche en vue d'une prothèse extemporanée* et *Prothèse d'or en une seule coulée.*

Après la projection de ces films, M. RIVAULT rappelle qu'il a été créé, par l'École Dentaire de Paris, une Commission d'enseignement par le cinéma. Le Président donne ensuite la parole à Me Raymond FONTAINE, avocat à la Cour d'Appel, qui parle de la profession dentaire devant la loi. Cette conférence est magistralement traitée avec infiniment de compétence et beaucoup de finesse.

C'est devant un amphithéâtre absolument comble qu'eurent lieu ces communications qui recueillirent beaucoup d'applaudissements.

Le Dr HULIN, qui assistait à la séance, prit la parole à la suite de la communication de Me FONTAINE, puis MM. SÉNÉCAL et VILLAIN.

La séance est levée à 23 h. 45.

* * *

Nous rappelons que ces résumés succincts n'ont pour but que de donner un rapide compte rendu des séances, et que dorénavant toutes les discussions paraîtront *in extenso* dans *L'Odontologie.*

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE FRANCE

Séance du 17 décembre 1946

Dr Raynal. — *Présentation d'un Odontodribe.*

Prof. Dechaume, Mme A. Chaput et Mlle Dionnet. — *Hypoplasie brune héréditaire de l'émail.*

A propos d'un cas d'hypoplasie brune de l'émail observé sur une jeune fille de 18 ans, issue d'un mariage consanguin, ne présentant aucun signe d'hérédo-syphilis, les auteurs reprennent les signes cliniques et histologiques de cette affection héréditaire, rare. Ils établissent un parallèle entre cette maladie qui traduit une atteinte intense de l'adamantoblaste, et la dentine opalescente qui est aussi une lésion héréditaire traduisant une atteinte prédominante de l'odontoblaste. Ils signalent que la dentine opalescente décrite par les anglo-saxons ne diffère en rien de l'hypoplasie de Capdepont.

Ils font entrer ces deux affections dans le cadre des dystrophies dentaires héréditaires, opposant le terme de dystrophie *lésion évolutive* d'un tissu de mauvaise qualité, au terme de dysplasie *lésion cicatricielle fixe*, traduisant un défaut de calcification du germe dentaire. Au diagnostic ils notent ce qui différentie la dystrophie brune de l'émail de la mélanodontie infantile de Beltrami ; ce qui rapproche la dystrophie opalescente de l'émail ou maladie de Capdepont de la nécrose des quatre incisives centrales permanentes de Dubreuil-Chambardel.

Prof. Dechaume, Mme Chaput, MM. Goudaert et G. Crut. — *Utilisation en stomatologie des éponges de gélatine imbibées de thrombine et laissées à demeure.*

Après avoir rappelé la place de la thrombine dans le schéma de la coagulation, les auteurs montrent que toutes les diathèses hémorragiques dues à un trouble de la coagulation se ramènent pratiquement à un déficit en thrombine ; et que les hémostatiques efficaces habituellement employés agissent en favorisant la formation de la thrombine.

Les éponges résorbables de gélatine imbibées de thrombine, permettent à l'organisme de trouver sur place les éléments nécessaires à la formation rapide d'un caillot solide qui s'organise dans le tissu même de l'éponge laissée à demeure.

Les éponges résorbables suppriment le danger des hémorragies secondaires à l'ablation des mèches et au renouvellement des pansements. Les éponges de gélatine imbibées de thrombine sont les mêmes que celles employées en neuro-chirurgie, elles n'ont pas été en bouche une source d'infection.

Employées *curativement*, elles ont permis une hémostase rapide, là où d'autres thérapeutiques avaient échoué — *préventivement* elles ont semblé diminuer la maladie post-opératoire en accélérant la cicatrisation et en diminuant les œdèmes.

Corbeil et Galey. — *Un cas d'ostéite diffusante sur terrain syphilitique.*

Observation d'un cas d'ostéite d'allure particulièrement dramatique en raison des phénomènes généraux graves et de la diffusion de l'infection. Des fusées purulentes se font jusque dans la région sus-claviculaire. Les incisions, la pénicilline ne parviennent pas à tarir la suppuration, mais le traitement anti-syphilitique énergique amène la guérison rapidement.

Dr Robert Vrasse.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE ET DE STOMATOLOGIE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

Séance du 10 décembre 1946

Drs Maronneaud et Ringenbach. — *Sur un cas d'accidents d'hémogénohémophilie au cours d'avulsions dentaires. Traitement, commentaires.*

Les auteurs présentent l'observation d'un malade hémophile notoire (temps de saignement 8' 1/2, temps de coagulation 20'') chez lequel il fut procédé à des avulsions dentaires après un traitement pré-opératoire par administration de calcium et de vitamine K. Extractions de D7 et D8 sans hémorragie post-opératoire persistante. Extractions, 48 heures après, de D1, D2 et G1, qui furent suivies d'un saignement intarissable combattu sans résultat pendant trois jours par des préparations à base d'enzymes, de pectine, de sérum à plaquettes sanguines. L'état du malade (Tension Vaquez 5-13) fait décider une transfusion qui arrête l'hémorragie et fait disparaître l'asthénie sur le champ. Une menace de récidive 48 heures après, nécessite une injection de K-Trombyl qui marque l'arrêt définitif des phénomènes d'hémorragie. La transfusion dans ce cas a été faite à titre curatif pour traiter un accident relevant probablement d'un mécanisme d'hémodiapédèse hémorragipare (P. Chevalier). Elle a eu un résultat remarquable non seulement en luttant contre la perte de sang, mais en entraînant par apport d'éléments frais, une hémostase immédiate. Mais elle peut être pratiquée aussi à titre préventif des hémorragies opératoires chez les hémophiles, à la suite des travaux de Feissly (1922) et de P.-E. Weil. Le malade est transfusé soit avant, soit pendant même l'intervention qui, ainsi, n'entraîne qu'une hémorragie légère, normale, ou presque nulle. L'un des auteurs a établi enfin que la transfusion hémostatique doit être au moins de 600 cc. de sang frais ou conservé, les doses inférieures étant le plus souvent inefficaces. Ils terminent en rappelant des faits généraux et en particulier que l'hématologie intéresse le stomatologiste non seulement au point de vue thérapeutique, mais aussi diagnostic. C'est, en effet, sur la constatation d'angine, de gingivite, de gingivorragie qu'il porte le diagnostic d'hémopathies : hémophilie, hémogénie, leucémie, agranulocytose, etc... et l'examen hématologique qu'il demande au spécialiste lui apporte une certitude.

Dr Lafage. — *Couronnes en platine à faces antérieures en céramique.*

L'auteur, après avoir exposé les travaux de céramique entrepris jusqu'ici sans grand succès dans le but de réaliser « l'émaillage » des coiffes dentaires, présente sa technique personnelle qui, à son avis, donne toute garantie au point de vue résistance comme au point de vue esthétique. Elle se résume dans la construction d'une coiffe de platine. Sur sa face antérieure est ménagé un méplat, lequel est revêtu d'un fondant de recouvrement destiné à masquer le métal et à la surface duquel est cuite ensuite une céramique teintée.

* * *

Séance du 14 janvier 1947

P.-L. Maronneaud. — *Trois cas de correction d'incisive latérale supérieure surnuméraire.*

L'auteur présente trois observations accompagnées de moulages, concernant des enfants ayant présenté une incisive latérale supérieure double, de morphologie normale. Il expose les considérations qui doivent guider le choix de la dent à conserver et les modalités de la correction. Il fait suivre cette présentation de quelques commentaires concernant :

1° La discrimination qu'il y a lieu de faire entre ces formations de morphologie typique et les formations hétéroclites que représente la mésiodens ;

2° Leur fréquence qu'il estime être de un demi pour cent et qui est

d'ailleurs le reflet des statistiques publiées dans la littérature française et étrangère ;

3° Leur origine habituellement interprétée comme une manifestation d'ordre phylogénétique.

Il termine en opposant l'hyper-polyodontie à l'hypo-polyodontie et en faisant la part qui semble revenir dans le domaine de ces anomalies à la phylogénie et à l'hérédité morbide.

DUBERNARD et NIERVEZÉ. — *Réduction partielle du maxillaire inférieur avec butée inférieure.*

Les auteurs rapportent une première observation d'un malade qui présentait une tumeur à myéloplaxes du maxillaire inférieur gauche qui fut opéré suivant la technique de MORESTIN (mise à nu de la branche horizontale, résection à la scie de De MARTELL) et qui leur assura une guérison par première intention.

La deuxième observation concerne un malade qui présentait un adamentinome opéré suivant la même technique et guéri dans les mêmes conditions. Les auteurs, à la suite de ces présentations font ressortir les avantages de cette technique qui est toujours suivie d'excellents résultats fonctionnels et esthétiques.

DUBERNARD, NIERVEZÉ et DUFRÈCHE. — *Sur un cas de résection condylienne pour constriction des mâchoires.*

Les auteurs présentent l'observation d'un malade atteint de constriction des mâchoires consécutive à un accident d'automobile survenu cinq mois auparavant. L'examen clinique et la radiographie révélèrent une fracture avec luxation en dedans de l'extrémité condylienne gauche du maxillaire inférieur. L'intervention se réduisit suivant la technique de DUFOURMENTEL, à une extirpation du fragment condylien. La guérison fut obtenue avec un engrènement d'occlusion normal.

DUBECQ et DUFRÈCHE. — *Diagnostic de cellulites péri-mandibulaires. Etude particulière d'un cas clinique.*

Les auteurs, à l'occasion d'une observation d'un cas de cellulite circonscrite sus-mylohyoïdienne gauche, survenue après extraction de la première prémolaire, et accompagnée de phénomènes généraux graves, font ressortir le rôle exagéré de barrière que l'on attribue généralement à la sangle mylohyoïdienne. La clinique montre, en effet, que la localisation des affections cellulaires n'est pas rigoureusement commandée par les dispositions anatomiques, ils signalent enfin l'influence des thérapeutiques actuelles (sulfamides et pénicilline) sur le pronostic de ces affections.

BULLETIN
de l'Association Générale des Dentistes de France

Supposant que nos confrères ne doivent pas lire habituellement le *Journal Officiel*, nous pensons les intéresser en publiant ici l'arrêté du 29 janvier 1947 paru au *J. O.* du 1er février 1947.

* * *

ARRÊTÉ DU 29 JANVIER 1947 RELATIF AU FINANCEMENT DU CONTROLE MÉDICAL SCOLAIRE DU PREMIER DEGRÉ

Article premier. — Les dépenses occasionnées par les visites et examens médicaux prescrits aux articles 1er, 2 et 10 de l'ordonnance du 18 octobre 1945 sont ainsi réparties :

Personnel médical	40 p. 100
Personnel social	40 p. 100
Dépistage des affections bucco-dentaires	5 p. 100
Frais de fonctionnement et frais de gestion des centres médico-scolaires	15 p. 100

Article 2. — Ces dépenses sont imputées sur les crédits ouverts au titre du chapitre 359 du budget du Ministère de l'Education Nationale.

Article 3. — Les crédits correspondants sont délégués au préfet de chaque département ; la ventilation de ces crédits est effectuée par l'Inspecteur d'Académie.

Nous ignorons ce que ces différents pourcentages représentent en valeur absolue mais nous souhaitons — sans trop y compter, hélas ! — que ces 5 % tombent dans l'escarcelle des chirurgiens-dentistes à la condition qu'ils veuillent bien faire preuve de compréhension sociale, en s'attelant à la réalisation du programme élaboré par le Comité National d'Hygiène bucco-dentaire concernant, en premier lieu les visites de dépistage des affections bucco-dentaires dans les Ecoles primaires.

* * *

Dans un autre ordre d'idées, à l'heure où la Sécurité Sociale veut englober tous les citoyens et, en ce qui nous concerne, les membres des professions libérales, pour encaisser des cotisations en vue de l'assurance vieillesse avec une imprécision notoire sur ce que pourront recevoir, le moment venu, les « futurs bénéficiaires », nous relevons dans le *Concours Médical* (nº 15-2-47, p. 311), les renseignements suivants tirés de la déclaration faite par le Ministre du Travail, M. Ambroize Croizat, devant l'Assemblée nationale, en réponse à une interpellation sur la difficile immatriculation des cadres aux Assurances Sociales :

« Enfin, mon attention a surtout été attirée — et je répondrai ici, aux préoccupations formulées par les représentants des professions libérales et des travailleurs indépendants ainsi que par les représentants du personnel des cadres — sur l'injustice que créait, pour l'application de la loi du 22 mai 1946, l'existence d'un plafond de ressources de 45.000 à 60.000 francs, suivant qu'il s'agit d'un célibataire ou d'un ménage, au-dessus duquel les intéressés se trouvent privés du bénéfice de l'allocation aux vieux. A partir du moment, en effet, où l'on demande à toute la population du pays, sans distinction, de cotiser au titre de l'assurance-vieillesse, il est paradoxal que certaines catégories, bien qu'appelées à cotiser, puissent se trouver privées du montant de cette allocation. »

« Aussi, en accord avec M. le Ministre des Finances, ai-je l'intention de soumettre, très prochainement, au conseil des ministres, *un projet de loi tendant à supprimer ce plafond de ressources* (1). »

« Cette suppression *devra avoir sa contre-partie* dans des mesures différentes permettant de lutter efficacement contre les abus que l'on constate trop fréquemment, à l'heure actuelle, dans l'attribution de l'allocation temporaire ou de l'allocation aux vieux *à des personnes ou à des ménages qui n'en ont pas réellement besoin* (1). »

« Dans ma pensée, ces mesures devraient se traduire dans la *reprise sur la succession des allocataires d'une somme égale aux allocations* (1) que l'intéressé aurait perçues de son vivant, lorsque cette succession dépasse un certain montant, qui devrait d'ailleurs, être assez élevé. «

« En contre-partie, d'ailleurs, on rembourserait à la succession les cotisations que l'intéressé aurait payées au titre de l'assurance-vieillesse. »

Et voici les commentaires qu'inspire à l'auteur la déclaration ministérielle :

Autrement dit, la réforme projetée aurait un double résultat :

1° Elle ne supprimerait pas le plafond, mais le relèverait de telle sorte que l'allocation-vieillesse bénéficie non plus aux seuls « économiquement faibles », mais à tous les cotisants, sauf aux « notoirement aisés » qui « n'en ont pas réellement besoin ». Encore importerait-il de savoir qui apprécierait, et en vertu de quel critère, les besoins des candidats-allocataires.

2° Au delà d'un certain chiffre de capital (qui correspondrait vraisemblablement aux chiffres de revenus de 45.000 et de 60.000 fr. et s'élèverait à environ deux millions) l'allocation ne constituerait en réalité qu'une *avance*, qu'il incomberait aux héritiers de *restituer* à la mort de leur auteur.

Reconnaissons au reste qu'il ne peut guère en aller autrement : l'allocation n'est pas la contre-partie des cotisations versées, celles-ci ne pouvant produire une pension de même importance qu'après environ quinze années de fonctionnement du système. En ces matières, il n'est pas de miracle : ou bien l'allocation est un geste d'entr'aide, et il faut que certains cotisants « n'en aient pas pour leur argent », ou bien l'allocation perd ce caractère, et est « assurée » à tous, et dans ce cas, il faut tôt ou tard une contre-partie, qui est ici un *prélèvement sur le capital du bénéficiaire*.

Reconnaissons aussi qu'il y a là un progrès sur le régime primitif en ce sens que les membres des professions libérales, s'ils ne tireront pas avant longtemps, de ce régime de véritables avantages, sont ainsi assurés de n'y point trop laisser de plumes.

Il reste cependant à se demander s'il est opportun *d'obliger* ainsi le détenteur d'un capital à l'aliéner à son profit, et de ne transmettre à ses descendants qu'un avoir diminué. Mieux eut valu, semble-t-il, laisser hors de cause ceux que l'on conduit ainsi à pratiquer une opération blanche. Mais ce projet prend évidemment place au rang des multiples mesures qui font de l'héritage une institution condamnée. Les classes moyennes, si elles se prolétarisent ainsi un peu plus chaque jour, auront du moins la consolation de se dire, avec M. Croizat, qu'elles sont dans la ligne de l'histoire !...

(1) C'est nous qui soulignons. (N. d. l. R.)

MANIFESTATION A. BLATTER

Une manifestation de reconnaissance aura lieu bientôt en faveur de notre ami A. BLATTER, retiré des affaires professionnelles.

Que ceux de nos amis qui n'ont pas encore souscrit, veuillent bien adresser leur. participation de toute urgence.

MERCI D'AVANCE.

Envoyer les fonds au Trésorier général :
M. P. Fontanel, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.

Nous rappelons aux Membres du Groupement de l'**Ecole Dentaire de Paris** et de l'**Association Générale des Dentistes de France** que le montant de la cotisation annuelle au Groupement a été porté à **300 francs,** à partir du 1er janvier 1947, par décision du Conseil d'Administration du 14 décembre 1946.

Afin de faciliter le travail de la Trésorerie, nous prions nos confrères de nous faire parvenir, dès maintenant, le montant de leur cotisation.

Après le 15 avril 1947, nous nous considérerons autorisés à faire présenter, par la poste, une quittance majorée de **30 francs** pour frais de recouvrement, à ceux qui auraient négligé d'envoyer leur règlement.

Les envois de fonds peuvent être faits, soit par chèque bancaire, soit par mandat-poste ou virement à notre compte chèque postal : **Ecole Dentaire de Paris, N° 30.772, Paris.**

NOUVELLES

GROUPEMENT DE L'ECOLE DENTAIRE DE PARIS ET DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

Une réunion commune des deux Conseils d'Administration (E. D. P. et A. G. D. F. a eu lieu le 15 février 1947 pour procéder à la nomination des Membres du Comité de Rédaction de *L'Odontologie* et de la Commission exécutive du Groupement.

Ont été nommés :

Comité de Rédaction de L'Odontologie :

MM. H. Villain, Directeur ; Dr L. Solas, Rédacteur en chef ; Dr H. Dreyfus, Secrétaire de la Rédaction ; Dr J. Delibéros, Secrétaire adjoint ; P. Fontanel, Administrateur gérant.

Membres : MM. Dr A. Audy, Beauregardt, Dr Bennejeant, Besombes, Dr Bonnet-Roy, Gonon, P. Housset, Dr Laurian, Lentulo, Martinier, Pierson, Rigolet, Rimmel, Rivault, Wallis-Davy.

Commission exécutive du Groupement :

Dr A. Audy, Président ; Wallis-Davy, Secrétaire général ; P. Fontanel, Trésorier. — *Membres* : MM. Beauregardt, Besombes, Brenot, Danhiez, P. Housset, Dr Solas, H. Villain.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Ordre de la Santé Publique

En outre de la promotion de M. A. Blatter au grade de Commandeur de l'Ordre de la Santé Publique, que nous avons annoncée dans le dernier numéro de *L'Odontologie*, nous sommes heureux d'enregistrer également la promotion au grade d'Officier de M. le Dr Gelly, médecin stomatologiste de la Grande Chancellerie de la Légion d'Honneur, ainsi que les nominations au grade de Chevalier de :

M. Andrieux (Maurice), Chirurgien-Dentiste, Membre du Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, à Joinville (Haute-Marne).

M. Barthouil (Maurice), Chirurgien-Dentiste à Tourcoing (Nord).

M. Boucher (André), Chirurgien-Dentiste, Professeur à l'Ecole Odontotechnique, à Paris.

M. Charron (Pierre), Chirurgien-Dentiste de l'Hôpital psychiâtre de Villejuif, à Paris.

M. Dehilotte (Gaston), Membre du Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, à St-Jean-Pied-de-Port (Basses-Pyrénées).

M. le Dr Guebel (Charles), Médecin Stomatologiste du Ministère de la Santé Publique, à Paris.

M. Guilleux (Daniel), Trésorier au Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, à Meaux (Seine-et-Marne).

M. Louvet (Joseph), Vice-Président du Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, à Saint-Malo (Ille-et-Vilaine).

M. MARANDAS (Jean), Chirurgien-Dentiste, Conseil Technique à la Mutualité Maternelle, à Paris.

M. MICHEL, Chirurgien-Dentiste, à Clichy (Seine).

M. SENNAC (Amédée), Chirurgien-Dentiste, Vice-Président au Conseil des Syndicats Dentaires, à Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Conférences de Stomatologie, année 1947)

Ostéites des maxillaires

Dimanche 16 mars. — Dr VRASSE : *Syphilis mandibulaire.*

Dimanche 23 mars. — Dr VRASSE : *Syphilis du maxillaire supérieur et ostéites banales chez les syphilitiques.*

Dimanche 20 avril. — Dr HÉNAULT : *Tuberculose des maxillaires.*

Dimanche 27 avril. — Dr CERNÉA : *Ostéites par agents physiques ou chimiques.*

Dimanche 4 mai. — Dr LEBOURG : *Ostéites fibreuses des maxillaires.*

Dimanche 11 mai. — Dr HENNION : *Diagnostic des ostéites des maxillaires.*

Dimanche 18 mai. — Dr CERNÉA : *Traitement des ostéites des maxillaires.*

* * *

Ces conférences publiques et gratuites ont lieu le dimanche matin, à 10 h. 30, à la Faculté de Médecine (Petit Amphithéâtre).

Mariages. — Le mariage de Mlle Suzanne Piotte, chirurgien-dentiste, ancienne élève de l'Ecole Dentaire de Paris, avec M. Léo Schilionsky, étudiant à la même école, a eu lieu le jeudi 30 janvier 1947.

Le mariage de Mlle Francine Delescluse, chirurgien-dentiste, ancienne élève de l'Ecole Dentaire de Paris, avec M. Allan A. Alexander, a eu lieu le 7 février 1947, à Boston.

Le mariage de Mlle Simone Chéhu, étudiante à l'Ecole Dentaire de Paris, avec M. Charles Jégou, a été célébré à Paris, le 22 janvier 1947.

Nos félicitations et vœux de bonheur.

Naissances. — Claude Martin-Voillot, nous a annoncé la naissance de sa petite sœur Françoise, fille de Mme Martin-Voillot, chirurgien-dentiste, membre du Corps Enseignant de l'Ecole Dentaire de Paris.

M. Noirot, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, et Madame, nous ont fait part de la naissance de leur fils Bernard, le 18 janvier 1947.

M. A. Sepière, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, et Madame, nous ont annoncé la naissance de leur fille Christine, le 2 février 1947.

Nos félicitations.

Nécrologie. — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort de notre excellent confrère, le Dr A. Leblan, décédé après une longue maladie. Un article nécrologique lui sera consacré dans notre prochain numéro.

* * *

Nous avons appris la mort de Mme Kittler, épouse de M. Kittler, chirurgien-dentiste et mère de Mme Vasseur-Kittler, chirurgien-dentiste, ancienne élève de l'Ecole Dentaire de Paris et de M. Claude Kittler, étudiant à la même école, décédée le 30 décembre 1946.

M. A. Boucaut, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, a été éprouvé par le décès de son père, M. Georges Boucaut.

Nos sincères condoléances.

REMINÉRALISATION - RECALCIFICATION
OPOCALCIUM
IRRADIÉ — Cachets - Comprimés - Granulés — SIMPLE

1947
CARTE DE PRIORITÉ PHARMACEUTIQUE
Spécialisés depuis plus de vingt-cinq 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 1947
Les Laboratoires du Docteur P. ROLLAND vous informent que vous pouvez leur adresser directement les CARTES DE PRIORITÉ, au besoin par lettre recommandée, à leur dépôt,
127, Bd Saint-Michel, PARIS-5e
Pour tous renseignements, s'adresser aux
Laboratoires du Docteur Pierre ROLLAND
127, Bd St-Michel, PARIS-5e - Odéon 22-01

QUÉTIN
Usines et bureaux
20, rue des Tourelles, PARIS-XXe
Tél. : MÉN. 74-43
MATÉRIEL DENTAIRE

LA GRANDE MARQUE FRANÇAISE

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

NOUVELLE ÉTUDE SUR L'IONOPHORÈSE

Le Delta apical — L'ion accéléré OH

Par le Dr Pierre BERNARD
Médecin Lieutenant-Colonel de l'Air

LA PLACE DE L'IONOPHORÈSE DANS LES TRAITEMENTS DENTAIRES

Le danger des infections dentaires et périapicales est indubitable ; mais ce danger n'a pas toujours été considéré avec une saine conception de la conduite thérapeutique. La notion de la « focal infection », parfaitement exacte en elle-même, a fait naître une odontophobie excessive et l'on s'est acharné sur la dent « cause de tous nos maux » comme sur le baudet de la fable.

Une infection dentaire n'est, en fait, dangereuse que dans la mesure où elle a dépassé les limites de l'endodonte et n'est plus seulement dentaire ; aussi bien l'extraction de la dent doit-elle être considérée comme un moyen et non pas comme une fin : extraire une dent c'est provoquer une voie de drainage qui conduit à la guérison de l'infection extra-dentaire ; mais ce moyen est vraiment primitif dans sa conception : c'est une opération mutilante et d'autant plus déplorable qu'elle est absolument inutile.

— Le curetage périapical, dont les indications sont au demeurant très limitées, est moins mutilant ; il répondait à un besoin tout théorique qui résultait d'une hypothèse reconnue maintenant comme erronée : les formations périapicales épithélio-conjonctives étaient considérées comme des néoplasies incurables sans ablation totale. Cette notion est absolument fausse ; les granulômes apicaux sont le résultat de réactions inflammatoires auxquelles participent, du seul fait de leur présence, les cellules épithéliales vestiges de l'odontogénèse, et ces « néoformations » inflammatoires disparaissent dès que cesse la cause infectieuse dentaire originelle. La preuve de cette affirmation réside dans la multitude des guérisons observées depuis que l'on a entrepris des traitements radiculaires non-chirurgicaux.

La multiplicité des traitements proposés montre, certes, que le problème n'est pas simple et que les solutions ne sont pas toujours satisfaisantes.

On a cherché dans l'infinie variété des antiseptiques un moyen idéal de désinfecter les canaux radiculaires, et la fantaisie a souvent côtoyé la science. On a voulu successivement « bombarder » les microbes avec la Haute Fréquence ! les « diathermo-coaguler » en faisant suivre à la H. F. des trajets purement imaginaires que l'expérience a tôt fait d'infirmer de façon catégorique.

On est maintenant au stade des « insufflations » d'oxygène ozonisé, d'air ozonisé ou même, plus simplement et avec autant

d'efficacité, d'air chaud ordinaire (Hedström). Cette ventilation détermine une déshydratation et une hydrophilie des parois radiculaires qui facilitent la stérilisation et l'obturation de ces canaux. Elle permet ainsi d'obtenir en une séance une désinfection qui demanderait plusieurs jours ou semaines pour être effective si l'on devait attendre la pénétration par imbibition progressive des tissus dentaires au moyen de pansements liquides fréquemment renouvelés.

Malheureusement cette ventilation doit être prolongée de façon assez imprécise, pour être efficiente ; et, en tout état de cause, elle n'est applicable qu'après un alésage de canaux préalablement accessibles, ce qui en limite les possibilités.

En définitive, le problème primordial dans les traitements dentaires est celui de la pénétration radiculaire.

Ce problème a été résolu de façon intégrale par l'ionophorèse. *(Thèse Bernard, Lyon*, 1929*)*.

La technique d'application de cette méthode a été ultérieurement perfectionnée ; mais depuis près de dix ans, c'est-à-dire depuis la belle époque du Congrès Dentaire International de Vienne, aucun progrès notable n'a été apporté à l'Ionophorèse dentaire pourtant si pleine de promesses. KELLNER, principal expérimentateur, a dû s'exiler de Vienne et la guerre est venue, perturbant l'activité de tous les chercheurs. Seuls les Suisses ont pu poursuivre leurs études dans une demi-quiétude ; mais leurs travaux, bien que confirmant la valeur thérapeutique de l'Ionophorèse, n'ont apporté aucun progrès technique : des expériences, faites dans des conditions particulières il est vrai, ont conduit en effet certains auteurs suisses à préconiser des applications prolongées ; si bien que la méthode gagnait en valeur intrinsèque, mais voyait sa difficulté technique nettement accrue ; son défaut principal (longue durée des applications) demeurait ou était encore plus accusé.

Ainsi, l'Ionophorèse, seule méthode qui permet le traitement des canaux dentaires insondables, avait malgré tout ses indications limitées ; la minutie et la longueur de sa technique d'application ne permettaient pas de la généraliser et de la vulgariser.

A la lumière de faits expérimentaux nouveaux la situation est renversée : l'Ionophorèse n'apparaît plus comme une méthode d'exception ; elle devient une méthode très simple, et probablement la plus rapide, pour le traitement de toutes les infections radiculaires et périapicales, et elle demeure la seule applicable dans les cas de canaux mécaniquement inaccessibles.

Les faits expérimentaux qui ont abouti à cette conception nouvelle me sont apparus de façon tout à fait fortuite ; à l'occasion d'une étude spéculative sur la morphologie des canaux radiculaires dans la région apicale.

Mes présentations à la Société d'Odontologie de Paris ont été distinctes (en juin 1946 : nouvelles recherches expérimentales sur l'Ionophorèse — le Delta apical — ; et en octobre 1946 : nouvelle technique d'application de l'Ionophorèse — l'ion accéléré « OH ») ; mais en raison de leur interdépendance, je crois préférable de réunir ces deux communications dans un seul exposé d'ensemble.

Il est difficile de séparer la technique des données théoriques et expérimentales, car ces données fondamentales ont des incidences pratiques essentielles qu'il convient de connaître pour éviter des erreurs ou des fautes d'application ; aussi me paraît-il opportun, avant de faire l'exposé synthétique très simple de la technique d'application, de procéder à une étude analytique du mécanisme de l'Ionophorèse et des phénomènes connexes.

Mécanisme de l'Ionophorèse dentaire et étude des phénomènes connexes

(Incidences techniques)

Lorsqu'une électrode négative, constituée par une pointe métallique, est placée dans une cavité dentaire et que la masse du corps est reliée au pôle positif, un courant électrique s'établit dans des conditions très particulières : tout se passe comme dans une cuve électrolytique à « Na-Cl » qui contiendrait des composés divers non électrolytiques, c'est-à-dire non conducteurs de l'électricité.

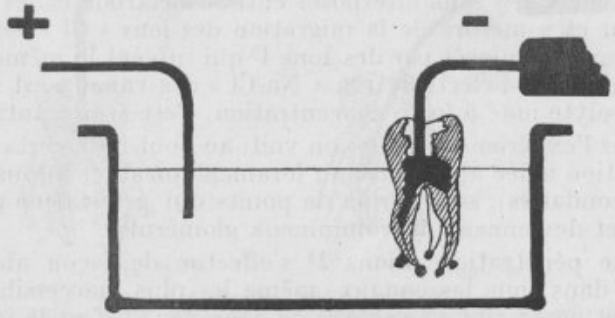


Fig. 1.

Pour suivre les manifestations du courant, la préparation suivante satisfait, dans toute leur rigueur, aux exigences expérimentales :

Dans une cuve de verre, ou tout autre dispositif tel qu'un tube en « U », on place un gel transparent ainsi composé : 100 gr. d'eau chaude, 0,7 gr. de Na-Cl, 1 feuille de gélatine blanche, 5 gouttes d'une solution alcoolique saturée de phtaléine du phénol.

Après refroidissement le gel est constitué et on peut y introduire — avec quelques précautions et quelques artifices — la partie radiculaire de dents à expérimenter, en laissant émerger la partie coronaire (fig. 1).

Si les dents sont fraîchement extraites, aucune préparation n'est nécessaire ; mais si elles ont subi une dessication, elles doivent être rendues « électrolytiques » par immersion, pendant une heure ou deux, dans une solution bouillante de Na-Cl à 7 %, afin d'éliminer toute trace de gaz dans les canaux.

Du point de vue électrique, les dents *in vitro* sont très exactement superposables à celles *in vivo*, c'est-à-dire implantées dans les maxillaires — la seule particularité est que la transparence du gel permettra d'examiner les phénomènes apicaux.

Une électrode négative est donc placée dans la chambre pulpaire, et la masse du gel est reliée à un pôle positif ; le courant circule alors dans les canaux de la façon suivante :

Les ions « Cl », qui composent le « Na-Cl », étant chargés négativement, sont repoussés de proche en proche à partir de l'électrode négative ; ce qui réalise un courant, une ionophorèse d'ions « Cl » de la chambre pulpaire vers les apex. Simultanément les ions posififs « Na » sont attirés vers l'électrode négative. Le courant électrique, dans les canaux dentaires, est en définitive formé par ces deux phorèses d'ions en sens inverse l'une de l'autre.

Jusque là aucune modification ne survient dans les canaux ; il y a bien un double transfert : 1° d'ions « Cl » de la chambre vers les apex et 2° d'ions « Na » de l'apex vers la chambre, mais la composition du contenu radiculaire reste identique à elle-même, au moins de façon immédiate.

Ancienne technique (ion I^3)

Dans la technique d'ionophorèse utilisée jusqu'à ce jour, des ions étrangers (I^3) sont interposés entre l'électrode et les canaux ; et, au fur et à mesure de la migration des ions « Cl » vers l'apex, ceux-ci sont remplacés par des Ions I^3 qui suivent le même chemin. En définitive, à l'électrolyte à « Na-Cl » des canaux est substitué un électrolyte iodé à forte concentration, c'est-à-dire antiseptique.

Dans l'expérience *in vitro* on voit, au bout d'un certain temps, la coloration iodée apparaître au foramen apical (et à tous les foramina secondaires), sous forme de points qui grossissent progressivement et deviennent de volumineux glomérules.

Cette pénétration d'ions I^3 s'effectue de façon absolument certaine dans tous les canaux, même les plus inaccessibles, puisqu'elle est nécessaire au passage du courant ; et c'est là une caractéristique essentielle de l'ionophorèse dentaire.

Nous avons donc à notre disposition un procédé original et absolument unique pour guérir les affections apicales mécaniquement inaccessibles. Malheureusement l'application de l'ionophorèse dans de telles conditions, est très longue (de 5 à 15 minutes).

Nouvelle technique (ion OH)

Dans une nouvelle technique que je préconise maintenant, l'électrode négative est placée au contact même des tissus intradentaires, sans interposition préalable d'électrolyte médicamenteux (fig. 2 et 3). Dans ces conditions, un nouvel électrolyte, étranger au milieu dentaire, va spontanément se constituer, et des ions négatifs néoformés (qui sont des ions « OH ») vont subir la même phorèse que les ions « Cl » et se substituer à eux.

Électrolyses primaire et secondaire

Cette apparition d'ions « OH » peut être expliquée très simplement : l'eau, « H^2O » ou « H-OH » est décomposée par l'électrolyse négative, non pas en des éléments H^2 et O, mais en H qui se dégage sous forme de gaz et en « OH » qui est un ion négatif et va pénétrer dans les canaux.

En fait, les phénomènes sont un peu plus compliqués, et voici le mécanisme réel de cette apparition d'ions « OH » : Considérons les ions « Na » qui, des apex, se dirigent vers la chambre : en arrivant au contact de l'électrode négative, ils se déchargent de leur électricité positive et deviennent des atomes, c'est-à-dire du sodium métallique. C'est l'électrolyse primaire bien connue.

Mais ce sodium étant au contact de l'humidité, c'est-à-dire de H^2O, détermine la réaction également bien connue de décomposition de l'eau :

$$H^2O + Na = Na\text{-}OH + H \nearrow$$

en formant de la soude caustique et dégageant de l'hydrogène. C'est l'électrolyse secondaire.

Notons en passant que ce dégagement d'hydrogène détermine *un crépitement gazeux* bien perceptible, tant dans l'expérience *in vitro* que dans l'application *in vivo*.

FIG. 2.

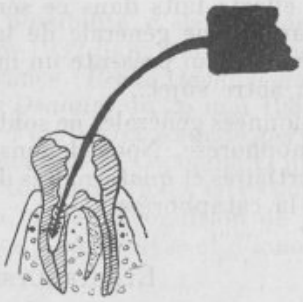


FIG. 3.

FIG. 2. — *Ancienne technique.*
Une boulette d'ions I3 est placée dans la chambre pulpaire ou les canaux accessibles.
FIG. 3. — *Nouvelle technique.*
L'électrode est en contact direct avec le contenu organique de la chambre ou des canaux.

La soude caustique est le nouvel électrolyte réalisé ; il est formé : 1° comme le sel (Na-Cl), d'ions « Na » positifs, qui seront encore attirés par l'électrode négative où ils reformeront du sodium, puis de la soude ; et 2° d'ions « OH » (—) qui vont subir une phorèse en direction de l'apex en se substituant aux ions « Cl » du contenu radiculaire.

En définitive, et sans vouloir entrer dans des détails encore plus complexes, l'électrolyse négative du contenu dentaire est une sorce d'ions « OH » négatifs qui apparaissent au contact de l'électrode et qui pénètrent aussitôt dans les canaux.

La première caractéristique technique de la nouvelle méthode est donc la suppression de la mise en place d'une solution ionique, dans la chambre pulpaire ; ainsi on évite une manœuvre délicate et une perte de temps.

PROPRIÉTÉS PHORÉTIQUES DES IONS « OH »

Les ions « OH » ont une propriété tout à fait singulière : ils ont une vitesse de phorèse cinq fois plus grande que celle de tout autre ion et en particulier de l'ion I^3.

J'avais déjà signalé cette propriété — sans en avoir aperçu immédiatement l'intérêt — dans la deuxième édition de ma thèse (1931, p. 44), en l'expliquant de la façon suivante : dans son mouvement un ion « OH » arrive au contact d'une molécule d'eau (H^2O) ou (H—OH) ; il s'unit à « H+ » de la molécule et l'ion « OH—» de la molécule, ainsi libéré, continue le mouvement : « tout se passe — dit Darmois — comme si l'ion « OH » avait gagné un parcours égal à l'épaisseur d'une molécule d'eau ».

Une seconde caractéristique de la nouvelle technique découle de ce fait : l'application de l'ionophorèse avec les ions « OH » doit être cinq fois moins longue qu'avec les ions « I^3 » (*de l'ordre de* 1 *à* 3 *minutes au lieu de* 5 *à* 15 *minutes*).

Cette caractéristique a une incidence sur l'appareillage : Les procédés d'électroanalgésie, par superposition de courant ondulé, qui permettent d'augmenter la tolérance et de réduire la durée d'application, ont moins d'intérêt que par le passé ; et je regretterais mes efforts faits dans ce sens, s'ils ne m'avaient conduit vers une thérapeutique générale de la douleur par un courant appelé « diadynamic » qui présente un intérêt notable, mais qui n'a rien à voir avec notre sujet.

Ces données générales ne sont pas encore suffisantes pour appliquer l'ionophorèse. Nous devons également connaître les manifestations tertiaires et quaternaires de l'électrolyse et l'existence simultanée de la cataphorèse.

Électrolyse tertiaire

(organolyse, alésage des canaux)

Nous avons vu successivement : l'ion Na devenir atome, Na métal (électrolyse primaire) ; ce métal agir sur l'eau pour donner de l'hydrogène et des ions « OH » (électrolyse secondaire). Nous pouvons considérer maintenant l'action de cet ion « OH » sur les composés du voisinage comme une manifestation tertiaire de l'électrolyse.

Cette action de l'ion « OH » est identique à celle observée dans les applications de bioxyde de sodium (Lubetzki, Marmasse) ou dans les applications de sodium-potassium métallique de Schreier : ces deux applications aboutissent, tout comme l'électrolyse, à une production d'ions « OH » à l'état naissant (mais avec la phorèse en moins).

L'ion « OH » désintègre les molécules albuminoïdes en composés plus simples et solubles ; il saponifie les acides gras ; les sels calcaires des parois dentinaires « perdent leur structure cristalline et deviennent friables », réalisant ainsi un véritable alésage électrochimique des canaux.

L'alésage par les ions « OH » ne se poursuit pas indéfiniment dans toute l'épaisseur de la racine ; il intéresse seulement une couche très limitée de dentine plus organique, moins calcifiée que le reste de l'ivoire. Il en résulte deux faits importants :

1° Dans les cas de parois hypercalcifiées cet alésage est parfois à peine sensible ;

2° Dans les fêlures radiculaires les ions « OH » pénètrent sans cependant provoquer un élargissement de la faille comme on aurait pu le redouter *a priori*.

Cet alésage des canaux par l'ion « OH » n'est donc pas nouveau en soi, puisqu'il est un des principaux effets de l'emploi du bioxyde de sodium ou du potassium-sodium ; mais la phorèse des ions « OH », leur pénétration en des points que la soude ne peut atteindre immédiatement, détermine un alésage beaucoup plus rapide et cet alésage intéresse en outre les parties absolument inaccessibles, les canaux étroits, coudés, les canaux secondaires ; et, lorsque l'orifice caméral d'un canal n'est même pas repérable, l'ion « OH » a tôt fait d'en permettre l'accès et souvent même le sondage.

Cette propriété a également une incidence technique ; il est inutile de s'obstiner à rechercher un canal mal repérable ou de tenter un alésage qui nécessite un effort mécanique, puisque toutes ces difficultés sont aisément vaincues par l'ionophorèse de « OH ».

J'avais déjà envisagé cette possibilité d'élargissement électrochimique des canaux en octobre 1932 dans une communication à la Société Odontologique de France (*Revue Odontologique* n° 3, mars 1933) ; puis dans la *Semaine Dentaire* du 26 mai 1935 ; mais, redoutant une action irritante de l'ion « OH » sur le périapex, je n'en avais pas poursuivi l'expérimentation. Cependant, une étude clinique suivie a révélé l'innocuité totale de l'ion « OH » sur le périapex, même en phase de réaction aiguë, à condition de procéder à un dosage précis des phénomènes d'électrolyse et d'ionophorèse.

Électrolyse quaternaire

(bactériolyse)

L'ion « OH » n'est pas seulement bactéricide, il est aussi un bactériolyseur, c'est-à-dire qu'au lieu de simplement tuer ou même d'atténuer la virulence des micro-organismes, il détermine la liquéfaction du constituant microbien ; et toute trace organique disparaît. Cette action incomparablement supérieure à une action simplement antiseptique, peut être considérée comme une manifestation quaternaire de l'électrolyse.

Une incidence technique découle du fait de l'organolyse et de la bactériolyse : le contenu radiculaire ne constitue plus un milieu de culture, il peut donc être laissé en place ou mieux entrer, par un artifice, dans la composition de la matière obturatrice des canaux.

Phénomènes expérimentaux

Dans l'expérience *in vitro* les mêmes phénomènes se manifestent et en particulier on observe la perméabilisation progressive des canaux primitivement inaccessibles. Grâce à cette expérience, nous allons pouvoir connaître en outre l'instant précis où les ions « OH » arrivent à l'apex ; cet instant est marqué par l'apparition d'un point rouge vif au foramen : (détection classique par la phénophtaléine de l'ion « OH » — ou de Ph> 7).

Ce point rouge grossit, devient un glomérule sphérique très spectaculaire qui représente : 1° du point de vue thérapeutique, l'étendue exacte de la zone périapicale atteinte par les ions « OH » ; 2° du point de vue électrométrique, le volume d'une solution isotonique de NaOH, produit par l'électrolyse, et qui a pénétré par le canal dans le périapex.

A ce spectacle initial s'en ajoute un secondaire d'une portée plus vaste — et qui sera l'objet d'un paragraphe particulier sur le delta apical — ; c'est l'apparition de points, puis de glomérules rouges à tous les foramina secondaires. Ce n'est, jusque-là encore, qu'une manifestation prévisible ; mais, ce qui est moins banal, c'est la révélation d'un nombre de canaux secondaires bien plus important qu'on ne l'admettait jusqu'à ce jour.

Cataphorèse

(mousse électrolytique)

Les ions Na qui vont des apex vers la chambre sont « hydratés » ; dans leur phorèse ils entraînent des molécules d'eau ; si bien qu'une chambre à peu près sèche s'humidifie progressivement au cours de l'application.

Cette électro-osmose, s'effectue du pôle (+) (cathode) vers le pôle (—), elle est connue depuis fort longtemps et est appelée « cataphorèse ». C'est le phénomène que Pont, puis Mendel, ont cherché à utiliser, pour entraîner des substances antiseptiques ou analgésiques dans les dents ; mais cet entraînement est un phénomène « contingent » à l'opposé de l'Ionophorèse qui est un phénomène imperturbable, parce que « nécessaire » au passage du courant.

La conjonction de la cataphorèse et du dégagement d'hydrogène détermine la production d'une mousse, qui peut avoir un volume important, déborder la cavité dentaire et établir une dérivation du courant vers la gencive. Il faut donc connaître l'existence de cette mousse, surveiller sa production et l'absorber par une boulette de coton si elle devient très abondante.

Si l'on pousse l'analyse phénoménale encore plus loin, on observe que la cataphorèse et le dégagement de l'hydrogène ont pour effet d'expulser dans la chambre une partie du soluté organique contenu dans les canaux.

Cependant, si l'électrode est introduite en force dans un canal, elle peut, en présence de débris organiques, réaliser un véritable bouchon qui obstrue le canal ; de telle sorte que l'hyperpression, résultant de la production de la mousse, détermine un refoulement dans le périapex de la partie des débris organiques située dans la portion apicale des canaux, et cela, avant que cette zone ait pu être atteinte et stérilisée par les ions « OH ».

Ce n'est pas là une simple vue de l'exprit, une théorie, c'est un phénomène vérifiable expérimentalement aussi bien que cliniquement et je tiens à insister de façon toute particulière sur ce fait très important.

Dans l'expérience *in vitro* le phénomène se manifeste, dès les premières secondes de l'application, par l'apparition de bulles

gazeuses (hydrogène) à l'apex des racines, bien avant l'arrivée des ions « OH ». Quant aux conséquences cliniques, elles seront exposées plus loin.

Une nouvelle incidence technique apparaît alors : pour éviter tout risque de refoulement, il faut : 1° ramoner la portion du canal dans laquelle pénètre éventuellement l'électrode ; 2° utiliser comme électrode un tire-nerf qui réalise, moins facilement qu'une sonde lisse, l'hermélicité redoutable (le ramonage peut être effectué simplement par le même tire-nerf qui servira d'électrode).

Métrique de l'Ionophorèse

Dans la mesure où la connaissance exacte des quantités est souhaitable dans l'administration médicamenteuse, l'Ionophorèse constitue, sans conteste possible, le mode le plus précis.

Lorsqu'un antiseptique est introduit dans un canal au moyen d'une mèche, on ne possède qu'une notion très vague de la quantité de médicament utilisée. Lorsque l'antiseptique est gazeux tel que l'ozone, il est administré par insuffiation, une très faible quantité est efficiente, la plus grande partie est rejetée et toute appréciation, même grossière des doses, est illusoire.

Dans l'application de l'Ionophorèse, au contraire, la précision dépasse tout ce que l'on peut désirer. Les phénomènes d'électrolyse sont en effet déterminés avec une rigueur mathématique telle qu'ils sont utilisés en électrotechnique, pour les mesures fondamentales ; c'est ainsi que l'ampère peut être défini par la quantité d'électricité (le coulomb) qui, en une seconde, produit, par électrolyse d'un sel d'argent, 1,118 milligramme d'Ag. métallique.

On sait qu'il faut exactement 96.537 coulombs pour libérer 1 molécule-gramme d'un corps monovalent ; il nous est donc très facile de connaître la quantité d'ions « OH » produits au cours d'une application d'ionophorèse.

On pourrait apprécier cette quantité en nombre absolu (de l'ordre de milliards de milliards d'ions), ou en valeur chiffrée avec l'exposant 18 : ($x \times 10^{18}$ ions) ; mais ces mesures ne sont pas courantes et ne sont pas très représentatives. Il est donc préférable de calculer les quantités en poids de soude (NaOH) produite (poids de produit sec ou de produit en solution isotonique).

Les résultats sont les suivants :

1 décicoulomb produit 6 milliards de milliards d'ions « OH » (6×10^{18}), ou 0 milligr. 0414 de NaOH sec, ou 1 centigr. d'une solution à 4 °/₀₀.

L'application de 4 décicoulombs (cas d'un canal inaccessible) équivaut donc à l'injection dans ce canal de 4 centigrammes d'une solution de soude à 4 °/₀₀ ; ou pour avoir une représentation plus banale, 0,80 goutte médicinale (20 gouttes = 1 *cc*).

L'expérience *in vitro* nous donne une image concrète de ces quantités ; l'accroissement de volume de glomérule rouge, qui apparaît au foramen apical, répond très exactement au calcul précédent :

6 décicoulombs y sont représentés par un glomérule rouge de la grosseur d'un granulôme moyen (1,20 goutte médicinale).

Aucune mode d'administration médicamenteuse intra-dentaire ne saurait donc être plus précis que l'Ionophorèse et cette qualité n'est pas négligeable.

Ce dosage de l'électrolyse et de l'ionophorèse ne peut être obtenu que par une mesure exacte des quantités d'électricité appliquées. Jusqu'à ce jour, les applications étant de longue durée, il suffisait de multiplier l'intensité moyenne (milliampères) par les minutes. L'approximation était alors très suffisante : une erreur de 2 ou 3 milliampèreminutes, sur 20 ou 30 appliqués, n'était que de l'ordre de 10 %. Une semblable erreur est inadmissible sur les 4 ou 6 milliampèreminutes qui suffisent dans la nouvelle technique, car cette erreur représente 50 %.

Au surplus, toute erreur provient de l'imprécision de l'intensité qui n'est pas fixe pendant les 2 ou 3 premières minutes : la tolérance augmente, le courant progresse de façon continue ou par paliers, des variations interviennent du fait de la mobilité de la sonde-électrode dans des canaux qui deviennent de plus en plus perméables ; or, 3 minutes représentent le maximum de durée de la nouvelle technique.

Il faudrait, en conséquence, faire un véritable calcul intégral, c'est-à-dire disposer d'un graphique pour y inscrire toutes les 10 secondes l'intensité appliquée, puis mesurer la surface comprise entre la courbe ainsi établie et l'abscisse des minutes, ce qui est pratiquement impossible. Aussi bien cette mesure des quantités ne peut-elle être effectuée que par un appareil dit « intégrateur ».

Déjà, en 1939, j'avais signalé cette possibilité de mesure intégrale soit par un dispositif électrolytique basé sur le principe du voltamètre (mesure d'une colonne gazeuse), soit par un dispositif électro-mécanique plus pratique moins fragile et qui ne représente pas certains inconvénients de difficulté d'entretien. C'est en définitive à ce dernier système qu'il est préférable d'avoir recours.

La notation en « milliampèreminutes » était une nécessité technique qui résultait de la conjonction de deux instruments : le milliampèremètre et la minuterie. Disposant d'un « *intégrateur des quantités* », il est plus conforme à la logique de revenir à l'unité classique « le coulomb » — ou mieux le « décicoulomb », qui est de l'ordre de grandeur du milliampéreminute (très exactement : 3 décicoulombs = 5 milliampèreminutes).

Résistance ohmique des dents

Dans les canaux dentaires et dans les canalicules dentinaires le courant circule non plus sous forme électronique comme dans les métaux mais sous forme d'ionophorèse, comme dans les électrolytes. Les lois d'Ohm, rigoureuses pour les conducteurs métalliques, sont complètement modifiées pour les conducteurs « électrolytiques » de très petite section (cas des tubes capillaires des canaux radiculaires et surtout des canalicules dentinaires), par suite de l'intervention de résistances supplémentaires dues à l'en-

traînement électrosmotique du solvant (freinage pariétal d'autant plus important que le tube est plus étroit).

Ainsi la résistance est beaucoup plus grande dans les tubes capillaires que ne l'indique la loi $R = \rho \frac{l}{s}$; au lieu d'augmenter en fonction inverse simple de la section, elle augmente suivant une fonction croissante de la section (probablement fonction exponentielle) ; si bien que dans les canalicules dentinaires le courant est extrêmement faible. Il en résulte que les canaux peuvent être considérés comme des conducteurs d'ions aux parois dentinaires à peu près isolantes (1). La dérivation ionique dans l'ivoire est suffisante cependant ainsi que le montre l'expérience, pour en permettre une imprégnation ionique antiseptique.

La résistance électrosmotique a pour facteur non seulement l'élément statique de la section des tubes, mais aussi l'élément dynamique de la vitesse de phorèse, qui est proportionnelle à l'intensité du courant ; autrement dit : la résistance croît avec l'intensité, et suivant une fonction également d'allure exponentielle.

Par exemple, dans telle dent il faut 15 volts pour avoir une intensité de 1 milliampère, ce qui correspond à une résistance de $\frac{15}{0{,}001} = 15.000$ ohms ; pour avoir une intensité de 2 millis il faut une tension de 60 volts ; la résistance est alors devenue : $\frac{60}{0{,}002} = 30.000$ ohms.

Ainsi, malgré des tensions progressivement croissantes, on peut atteindre des intensités limites à 3 millis et même parfois à 1 milli.

Dans certains cas, d'ailleurs très rares, de canaux extrêmement étroits, réduits aux dimensions d'un canalicule, chez des hypercalcifiés dentinaires, aucun courant notable ne passe ; il n'y a plus en fait de canal radiculaire et, en principe d'ailleurs, pas d'infection apicale d'origine pulpaire.

Il convient de noter que, lorsque c'est le pôle + qui est placé dans la dent, un nouveau phénomène intervient : la cataphorèse entraîne le solvant vers l'apex, le canal se déshydrate, la résistance augmente et l'intensité diminue progressivement au point de devenir presque nulle au bout d'une minute et parfois au bout de quelques secondes et cela malgré des tensions considérables.

C'est pourquoi l'ionophorèse des métaux (zinc, cuivre...) nécessitant par ailleurs des quantités considérables d'électricité, est impraticable, et l'ion acide « H » produit par l'électrolyse positive au moyen d'une sonde de platine, ne parvient pas, la plupart du temps, et malgré sa vitesse encore plus grande que celle de l'ion « OH », à aléser les canaux radiculaires.

Ces considérations sur la résistance électrique des dents montrent la vanité des tentatives d'ionophorèse par les ions positifs ; elles expliquent d'autre part l'extrême variation de conductibilité d'une dent à l'autre, elles illustrent enfin le fait, par ailleurs ex-

(1) La résistance électrosmotique n'existe pas pour les oscillations alternatives de H. F. qui traversent la dentine et ne circulent pas essentiellement le long des canaux.

primé, que la connaissance exacte du voltage est inutile dans l'application de l'ionophorèse, sauf pour apprécier la résistance ohmique de la dent considérée.

Expérimentation in vitro

(Le della apical)

Les conditions expérimentales décrites *in principio* permettent d'étudier de façon originale les particularités anatomiques des canaux dans la région apicale.

Jusqu'à ce jour, l'étude morphologique des canaux radiculaires était en général assez imprécise et relevait surtout de l'observation : on notait une forme générique pour chaque type de dent et on décrivait les anomalies les plus fréquentes. Cette étude portait essentiellement sur la direction, le trajet rectiligne, coudé, en

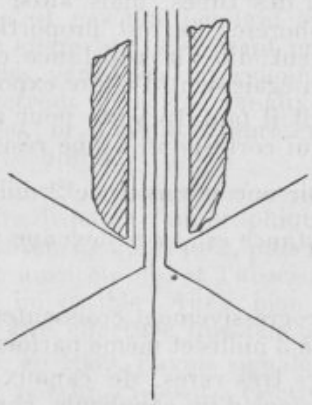


Fig. 4.

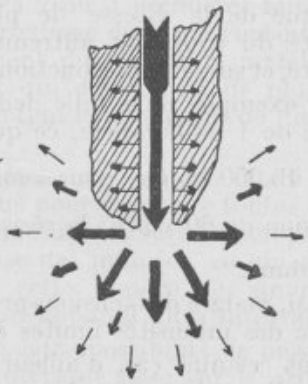


Fig. 5.

Fig. 4. — *Représentation de la diffusion apicale du courant dont la densité décroit suivant la loi des carrés.*

Fig. 5. — *Représentation par la longueur et la grosseur des flèches de la vitesse des ions en différents points de la dent et du périapex.*

baïonnette, etc., et il était très rare que l'on s'attardât à étudier la morphologie des canaux dans la zone apicale, alors que c'est à ce niveau que le polymorphisme est le plus fréquent et présente le plus d'intérêt.

Certains auteurs en ont cependant entrepris l'étude par un artifice : remplissage sous pression des canaux par une substance secondairement décelable : opaque aux Rayons X (mercure comme pour l'étude des canaux lymphatiques), ou substance insoluble dans les acides ; dans ce cas on procède à la dissolution de la dentine et on obtient un moulage des canaux.

Ces procédés d'expérimentation paraissent imparfaits car on doit prévoir des cas d'imperméabilité de ces substances, même sous de très fortes pressions ; lorsque, par exemple, les canaux sont trop étroits et sont obstrués par des débris organiques qui forment bouchon hermétique. Il y a donc probabilité de méconnaissance de certains canaux secondaires.

Maintenant, l'Ionophorèse apporte une solution parfaite au problème : tout obstacle mécanique à la progression des substances

introduites par pression, est vaincu ; tout bouchon organique est conducteur du courant, il se laisse donc traverser par les ions. L'ionophorèse étant un phénomène nécessaire, il suffit qu'un appareil de contrôle (milliampèremètre) indique un passage de courant électrique dans le circuit dentaire, pour avoir la certitude d'une pénétration ionique.

En outre, une notion se dégage de toutes les expériences et en particulier de celles de KELLNER : c'est la notion de l'ubiquité du phénomène d'ionophorèse, c'est-à-dire que les ions pénètrent dans tous les canaux dentaires, sans passage exclusif ou seulement essentiel dans les canaux principaux ; les dérivations du courant dans les canaux secondaires sont régies par la loi même de KIRCHHOFF : la densité du courant ionique est sensiblement la même dans toutes les dérivations et la quantité d'ions qui circule dans les différents canaux est proportionnelle à la section des canaux.

Certains auteurs croient opportun de placer l'électrode positive au voisinage de la région apicale, soit sur la joue ou à la base du maxillaire inférieur, soit à l'intérieur de la bouche ; et, à l'appui de cette opinion, ils invoquent — ou plutôt représentent sur des schémas — d'imaginaires « lignes de flux ». L'expérience *in vitro* montre la vanité d'une telle prétention car la pénétration dans les canaux principaux et aberrants se fait suivant la loi physique des courants dérivés, et l'apparition des ions aux foramina est toujours identique, quelle que soit la position de l'électrode positive dans la masse du gel.

Dans la pratique thérapeutique, la position de l'électrode positive étant indifférente, il est préférable de choisir la plus simple ; c'est pourquoi je préconise l'emploi d'un cylindre de métal tenu à la main par le patient.

L'ionophorèse va donc nous permettre : d'abord, de déceler l'existence de canaux secondaires, par l'apparition, à chaque foramen, d'une tache rouge, initialement punctiforme, ensuite de connaître la section relative de chacun de ces canaux, par l'appréciation, au bout d'un temps donné, du volume du glomérule rouge formé à chaque foramen et qui représente la quantité d'ions « OH » qui s'est écoulée le long du canal correspondant.

Un grand nombre d'expériences sera nécessaire pour établir par voie de statistique les lois qui régissent la forme et la fréquence de ces canaux secondaires en fonction de la morphologie macroscopique des dents, en fonction de l'âge, en fonction de l'état pathologique dentaire éventuel...

Mais déjà plusieurs notions se dégagent des premières constatations :

1° La fréquence des canaux aberrants est beaucoup plus grande qu'on ne l'admettait jusqu'à ce jour et bien peu de dents âgées sont exemptes de ces canaux ;

2° Le nombre de foramina est parfois considérable (jusqu'à 10 par dent).

3° La polyfurcation apicale des canaux n'est pas le fait de malformation radiculaire : on la trouve dans des racines parfaitement bien conformées, rectilignes, et même très étroites.

4° La situation de ces foramina est extraordinairement variée, ainsi que le montre la planche ci-contre :

1. — Le cas le plus simple est représenté par 2 orifices égaux correspondant à une bifurcation apicale.

2. — Certains foramina sont répartis de façon uniforme autour d'un foramen principal et répondent à une polyfurcation terminale.

3. — Certains foramina sont situés à mi-distance du cervex et de l'apex.

4. — Certains canaux secondaires débouchent au niveau d'une convexité.

5. — D'autres au niveau d'une concavité et ce cas semble plus fréquent.

6. — Racine coudée très étroite présentant 2 foramina apicaux et 2 situés à mi-distance du cervex et de l'apex.

7. — Cas de foramen inter-radiculaire (il ne s'agit pas d'une perforation du plancher caméral).

8. — Cas de polyfurcation intéressant un seul canal d'une biradiculaire (7 foramina pour une seule racine).

9. — Cas de canaux secondaires à l'intérieur d'une mince lame dentinaire inter-radiculaire (au total 8 foramina).

10. — Cas de fêlure d'une racine palatine décelée par l'ionophorèse en même temps que les foramina apicaux).

11. — Biradiculaire inférieure présentant un foramen distal : 3 mésiaux et 2 inter-radiculaires.

12. — Quadri-radiculaire présentant 10 foramina, 8 seulement visibles sur la face représentée et 2 sur la face opposée.

Notion du delta apical

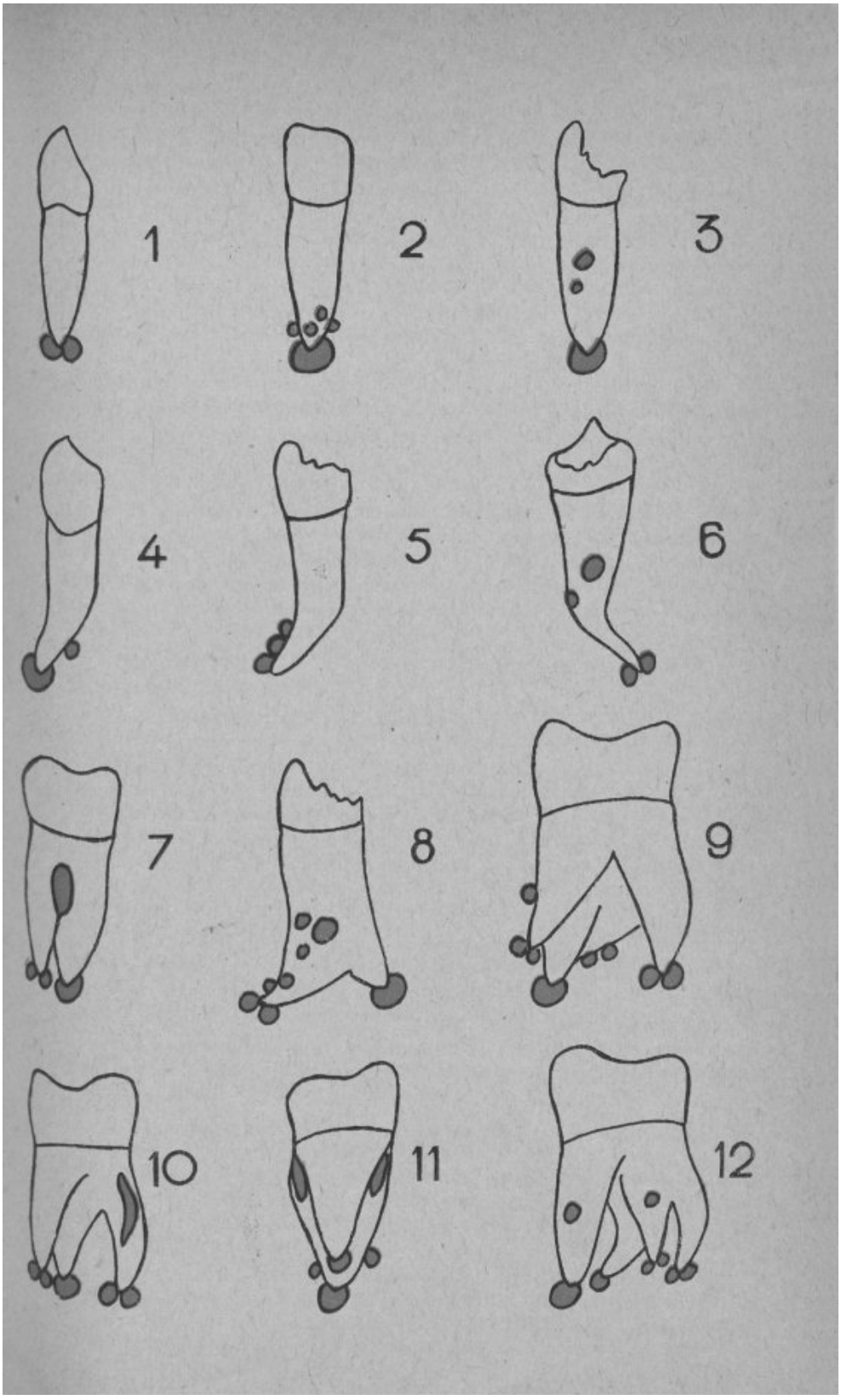
Toute racine a originellement un foramen apical large, en ruaire ; avec l'âge, le diamètre du canal est réduit par une élaboration de dentine, œuvre des odontoblastes pulpo-radiculaires. Cette élaboration au niveau apical ne s'effectue pas de façon régulière et concentrique, mais de façon apparemment désordonnée, ou plutôt suivant un déterminisme dont nous ne connaissons pas encore tous les éléments. Peut-être l'activité des odontoblastes est-elle polarisée par un paquet vasculo-nerveux préalablement polyfurqué et que respecte et circonscrit la croissance dentinaire ?

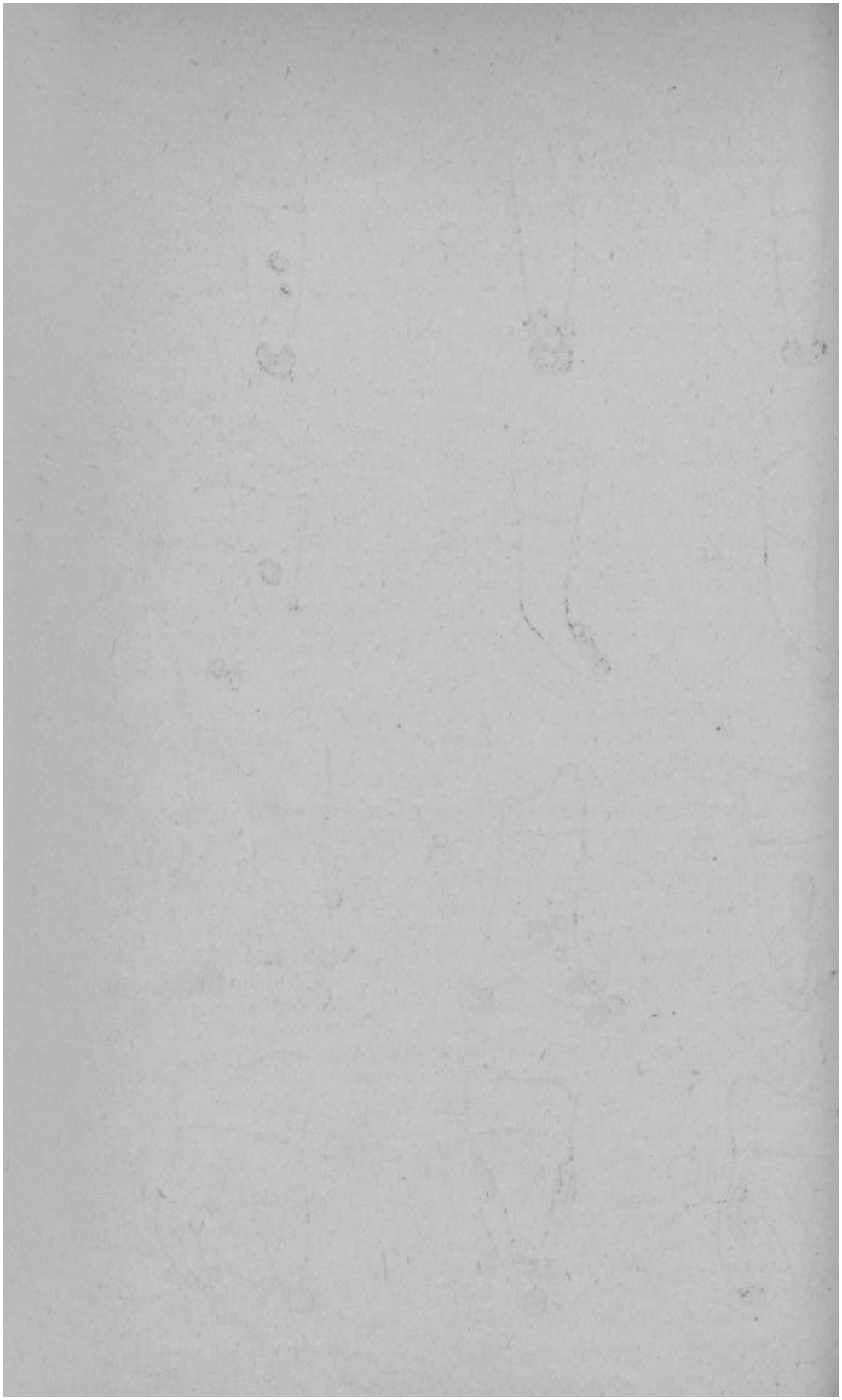
En tout état de cause, le mécanisme de cette morphogénèse est assez analogue à celui que l'on observe aux embouchures des fleuves limoneux : les dépôts alluvionnaires élaborent des deltas multiformes au hasard de circonstances impondérables. Aussi bien, la qualification analogique de *delta apical* paraît-elle particulièrement convenable, pour désigner la caractéristique morphologique terminale des canaux radiculo-dentaires.

Expérimentation clinique

A. — Interprétation des variations de tolérance au passage du courant. — L'intentisé tolérée par les patients est extrêmement variable d'une dent à l'autre : elle est de 1/10 de milli seulement dans les cas de filet radiculaire vivant ou de périapex inaltéré ; elle est de 2, 3 ou 4 millis dans les cas, plus fréquents, de lésion périapicale moyenne et peut atteindre 5 millis dans les cas de lésion périapicale très étendue.

Les sensations sont déterminées en fait par la densité électrique :


1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12



Dans les canaux le lieu de passage du courant est très étroit, la densité est uniforme et très forte, même avec de faibles intensités, la vitesse des ions y est très grande.

Hors des canaux le lieu de passage n'étant plus limité par l'isolant dentinaire, le courant diffuse en tous sens et sa densité décroît comme le carré de la distance du foramen ; la vitesse des ions (vérifiable expérimentalement) décroît, et la tolérance (vérifiable cliniquement) croît, également suivant la loi des carrés.

A la périphérie (zone sensible) d'une lésion apicale de 1 millimètre de rayon (minuscule granulôme) la densité électrique est environ cinq fois plus faible que dans le canal. La tolérance d'un tel granulôme est ainsi cinq fois plus forte que celle d'un filet radiculaire vivant, c'est-à-dire 1 /2 milli au lieu de 1 /10 de milliampère.

A la périphérie sensible d'une lésion de 2 millimètres de rayon, la densité n'est plus que le 1 /20 de celle du canal et la tolérance, vingt fois plus forte, passe à 2 milliampères (fig. 4 et 5).

A la périphérie d'une lésion de 3 millimètres de rayon, la densité n'est plus que le 1 /45, la tolérance passe à 4,5 milliampères.

Ainsi la tolérance peut être un test (électro-diagnostic) pour apprécier, avec une approximation assez satisfaisante, l'étendue de la lésion apicale, soit avant l'application thérapeutique, soit après pour suivre la régression des lésions.

Le problème de la sensibilité présente d'autres aspects qu'il est important de connaître :

1° La sensibilité n'est pas proportionnelle à l'intensité : d'abord nulle, alors que l'intensité est déjà notable, la sensation de passage du courant apparaît brusquement et augmente beaucoup plus vite que l'intensité ; si bien que le maximum tolérable est très vite atteint. On peut traduire ce fait par la formule suivante : les seuils minimum et maximum sont très voisins. Ainsi : tel patient, qui tolère parfaitement 3,2 millis, ne peut supporter 3,5 millis (seuil maximum) et par contre ne ressent plus rien au-dessous de 3 millis (seuil minimum), comme s'il n'y avait plus de passage de courant.

2° La sensibilité diminue — autrement dit la tolérance augmente — avec le temps : au bout d'une à deux minutes, le patient peut tolérer une intensité double ou même triple de celle qu'il tolérait au cours des premières secondes d'application.

3° La tolérance peut augmenter si l'on fait passer pendant quelques secondes un courant « diadynamic » analgésiant, superposé au courant continu d'ionophorèse.

B. — Interprétation des résultats. — Les résultats thérapeutiques sont en rapport direct avec la perfection même du procédé de pénétration ionophorétique : l'Ionophorèse étant un phénomène non contingent, c'est-à-dire nécessaire au passage du courant, la certitude de stérilisation intégrale des canaux ne peut avoir qu'un caractère absolu.

Toutefois, un facteur étranger à l'Ionophorèse intervient dans le processus de guérison, c'est le facteur « obturation ». On peut même affirmer que c'est de ce seul facteur que dépend la plus ou moins grande rapidité de résolution des formations épithélio-con-

jonctives et, de façon plus générale, la résorption des tissus périapicaux altérés.

En effet, la substance obturatrice des canaux, se trouvant en permanence au voisinage, et même au contact des tissus périapicaux, peut être favorable ou défavorable à l'activité biologique dont le terme doit être la régénération du tissu osseux périapical.

Ainsi, une application d'ionophorèse correctement effectuée peut être suivie d'une guérison clinique immédiate et malgré cela on constate la persistance de signes radiologiques, persistance imputable à une inhibition médicamenteuse des processus biologiques de guérison intégrale.

C'est pourquoi je préconise une « technique d'obturation » après ionophorèse, bien que cette technique n'ait rien à voir avec le principe ionophorétique.

Si le contrôle radiologique est des plus probants, il est par contre très tardif ; il faut trois mois pour obtenir une régénération dans le cas de perte de substance osseuse (granulôme) — tout retard sur cet horaire signe une entrave à la régénération, une inhibition médicamenteuse — ; il suffit par contre de huit jours, dans le cas de simple décalcification inflammatoire diffuse, sans perte de substance osseuse, pour observer une « restitutio ad integrum » radiologique.

Seules, en définitive, les réactions cliniques immédiates sont intéressantes à connaître ; car, seules, elles sont imputables à l'application propre de l'ionophorèse.

J'avais signalé avec l'ancienne méthode des ions I^3 une action leucorrhéique fréquente, c'est-à-dire un écoulement de pus par une fistule ou une tuméfaction apicale signant l'action leucotactique positive de l'iode. Ce phénomène est rarement observé avec les ions « OH » ; et souvent, au contraire, lorsque l'application est effectuée en pleine évolution aiguë, c'est une résolution en quelques heures du processus inflammatoire qui est notée.

Redoutant par principe une réaction, j'ai, au cours de mes vingt premières applications, procédé à une obturation provisoire au moyen de cônes absorbants imprégnés de « citronnellol niaoulé. »

Je n'ai observé qu'une seule réaction (sur une incisive latérale supérieure) ; mais cette réaction a été uniquement le résultat d'un refoulement de débris infectés au delà de l'apex par suite d'une maladresse technique que j'ai précédemment signalée. En effet, j'avais bien utilisé un tire-nerf comme électrode, mais je l'avais introduit au milieu des débris canaliculaires que j'avais délibérément laissés en place, comptant sur leur lyse totale ; aussi, grande fut ma surprise, lorsque, retirant l'électrode, après l'application, je la trouvai enrobée, dans sa partie cervicale, de débris organiques bruns, compacts, alors que sa partie apicale ne contenait que des traces de mousse électrolytique blanche. Je notai le fait sur la fiche sans idée directrice précise. Mais le lendemain le patient présentait un syndrôme caractéristique de réveil inflammatoire. Après vingt-quatre heures d'expectative j'entrepris une seconde application, correcte cette fois, et tout rentra dans l'ordre le plus parfait.

J'insiste sur ce cas clinique car il fut unique et parce qu'il

répond exactement à une faute technique précitée : les débris bruns, compacts, retirés avec le tire-nerf, représentaient un bouchon *mécanique* qui s'est opposé à l'expulsion de la mousse électrolytique ; le dégagement d'hydrogène au delà de ce bouchon a déterminé le refoulement, dans le périapex, de débris radiculaires infectés ; et cela dès les premières secondes de l'application, c'est-à-dire avant que les ions « OH » n'aient atteint et lysé ces débris.

Je souligne le qualificatif « mécanique » du bouchon organique, car ces mêmes débris, placés au delà de l'électrode, dans une partie insondable du canal, sont sans importance : ils ne constituent pas un bouchon « électrique », ils sont conducteurs du courant ionique qui les lyse intégralement.

On ne peut, en somme, redouter qu'une obstruction mécanique et seulement en deçà de l'extrême pointe de l'électrode. Ainsi se trouve illustré le point capital du *ramonage nécessaire* de la portion du canal dans laquelle l'électrode peut être introduite au début de l'application.

N'ayant donc observé que ce seul cas de réaction immédiate, mais l'ayant interprété avec toute la rigueur possible, j'ai considéré, après vingt applications, que je n'avais plus rien à redouter de l'ionophorèse des ions « OH ». J'ai alors délibérément abandonné la mise en observation sous pansement provisoire, car elle me paraissait inutile, et j'ai procédé systématiquement à l'obturation définitive, par première intention, c'est-à-dire aussitôt une application unique d'ionophorèse. (Au demeurant la consistance « crayeuse tendre » de la substance obturatrice que je préconise permettrait toute exploration ultérieure, si elle s'avérait nécessaire).

Après huit mois d'expérimentation clinique, j'ai dépassé le chiffre de 150 cas et je n'ai rien d'autre à signaler que la banalité des résultats satisfaisants.

Est-ce à dire qu'il ne peut y avoir d'échecs dans les traitements par ionophorèse ? L'affirmer serait une prétention inacceptable ; mais nous pouvons réduire ces échecs à un infime taux :

1° Par une discipline technique rigoureuse que nous allons maintenant synthétiser et qui doit être étayée par une connaissance parfaite de tous les phénomènes connexes de l'ionophorèse ;

2° Par l'observation de quelques modalités techniques relatives à certains cas particuliers que nous résumerons ensuite.

Tout échec ayant une cause, celle-ci peut toujours, lorsqu'elle est de nature « physique », être retrouvée et évitée lors d'une seconde application.

Par contre, une cause de nature « biologique » dans la détermination d'un échec pourra être énigmatique. Cependant, si on supprime par une « saine » obturation, l'inhibition médicamenteuse du processus de régénération périapicale, il apparaît que le seul échec à envisager réside dans la possibilité de lésion kystique, néoplasie indépendante de toute infection radiculaire ; or, cette affection, redoutée par certains auteurs, est en définitive exceptionnelle, puisqu'aussi bien elle n'a pas encore été rencontrée une seule fois sur plus de 150 cas traités à ce jour par les ions OH.

Technique d'application thérapeutique

1° Parage de la cavité dentaire. — C'est le nettoyage mécanique ou mécano-chimique de la portion accessible des cavités dentaires (ablation des débris organiques et de la dentine ramollie).

Ce temps n'a rien de bien original ; toutefois, l'attention de l'opérateur doit être attirée sur trois points :

1) Il est inutile de chercher à sonder immédiatement les canaux sur toute leur longueur ; on peut s'arrêter au premier obstacle mécanique — fût-il à l'entrée même du canal — obstacle contre lequel viendra buter l'électrode.

2) La portion accessible du canal doit être ramonée — d'ailleurs de façon très sommaire, sans instrument particulier, par exemple avec le tire-nerf qui servira d'électrode — et cela pour éviter que des débris organiques ne fassent obstacle à l'expulsion mécanique de la mousse électrolytique vers la chambre pulpaire, ce qui aurait pour effet de refouler dans le périapex le contenu infecté de la portion apicale du canal.

3) Si l'on veut adjoindre au nettoyage mécanique une action chimique, on doit utiliser une solution NaOH (soude) à 20 % ou du bioxyde de sodium ou tout autre composé à réaction alcaline, c'est-à-dire qu'il ne faut pas utiliser un composé acide car il y aurait perte de temps pour la neutralisation de cet acide par les ions OH, et, il y aurait, au cours de l'application, « phorèse » du radical de cet acide.

Cette adjonction d'un alcali est inutile dans le cas de canal accessible, elle peut, par contre, être utile comme nous le verrons plus loin, dans le cas de canal absolument non repérable.

Le lavage de la cavité dentaire peut s'effectuer à l'eau ordinaire.

2° Isolement de la couronne. — L'isolement du contact avec la salive doit être effectué : 1° par un séchage à l'air chaud de toute la surface de la couronne ; 2° par l'emploi de rouleaux de coton, avec un baillon ou un « automaton ». Il est absolument inutile d'utiliser la digue. Lorsque le courant est dérivé accidentellement au cours de l'application, soit par un afflux de salive, soit par une production excessive de mousse électrolytique dans la chambre pulpaire, il faut assécher après avoir pris la précaution d'arrêter le courant.

3° Mise en place de l'électrode dentaire. — a) *Canal sondable* : introduire dans le canal l'électrode négative constituée par un tire-nerf ; ne pas utiliser une sonde lisse qui peut obstruer le canal, empêcher la sortie de la mousse électrolytique et déterminer le refoulement de débris infectés dans le périapex.

b) *Canal insondable mais repérable* : introduire le tire-nerf dans l'entrée du canal. En fin d'application le canal deviendra sondable.

c) *Canal non repérable* : placer dans la chambre une boulette de coton imprégnée d'une solution de Na-OH à 20 % ; enlever l'excès de liquide et mettre l'électrode en contact avec cette boulette. En fin d'application le canal deviendra repérable et sondable (sauf en cas d'hypercalcification).

4° Application du courant. — Faire tenir à la main, par le patient, l'électrode positive constituée par un cylindre métallique.

Vérifier la mise à zéro des systèmes de réglage et de mesure.

Mettre l'appareil en marche.

Faire progresser le courant par paliers successifs jusqu'au maximum tolérable (sensation de pression apicale qui peut être forte mais ne doit pas être pénible).

Toute dérivation accidentelle de courant se manifeste : 1° par une augmentation spontanée du courant de 1 ou 2 millis ; 2° par une sensation de picotement au niveau de la gencive. Il faut avertir le patient de cette éventualité anormale afin qu'il puisse la signaler ; ce qu'il fait d'ailleurs souvent spontanément.

Si on dispose d'un appareil à courant ondulatoire analgésique, on peut appliquer ce courant (2, 3 ou 4 volts) jusqu'à sensation vibratoire forte dont il faut informer le patient (durée 8 à 10 secondes), puis ramener le courant « analgésie » à zéro. Par cette manœuvre il est fréquent que l'on puisse augmenter le courant de 1/2 milliampère environ. Recommencer si nécessaire au bout d'une demi-minute.

5° Variations spontanées de l'intensité du courant. — Des variations de courant peuvent se manifester par l'intervention de modifications dans la conductibilité du circuit dentaire.

Premier cas. — Le courant diminue d'intensité : cette observation signe de façon à peu près certaine un refoulement gazeux dans le périapex par suite d'une obstruction de l'entrée du canal par la sonde-électrode (la lumière du canal se remplit d'hydrogène, ce qui enlève de la conductibilité à ce canal). Il convient de noter que tout refoulement ne s'accompagne pas nécessairement d'une réduction d'intensité, au début du refoulement en particulier.

Deuxième cas. — Le courant augmente lentement d'intensité : cette augmentation est absolument normale. Elle signifie, dans le cas d'un canal partiellement déshydraté que celui-ci s'humidifie progressivement par électrosmose (cataphorèse). Elle peut signifier également que le canal devient plus perméable à l'électrode qui pénètre plus profondément, ce qui a pour effet de réduire la longueur du conducteur radiculaire et sa résistance. D'ailleurs, au cours de l'application, si l'on fait avec l'électrode de petits mouvements de va-et-vient dans le canal, pour noter sa plus grande perméabilité, il en résulte de petites variations simultanées de courant ; et on observe une augmentation brusque si l'on dépasse l'apex.

Troisième cas. — Le courant augmente notablement d'intensité en dehors de toute mobilisation de l'électrode : en ce cas, c'est une dérivation importante du courant qui se manifeste. Parfois c'est une communication maladroite de l'électrode avec la lèvre, la langue, ce qui peut donner une secousse très désagréable au patient (d'où nécessité impérieuse d'engainer le tire-nerf-électrode dans un petit tube isolant). Si l'on exclut cette *faute opératoire*, il reste la mise en communication de la cavité dentaire avec la gencive soit par un afflux de salive, soit par une trop grande abondance

de mousse électrolytique (il s'agit en général de couronnes plus ou moins effondrées).

Il faut alors arrêter l'application et ne la reprendre qu'après avoir enlevé toute trace de salive ou l'excès de mousse.

Dans les multiradiculaires, une augmentation de courant peut signifier la mise en circuit, par la mousse abondante, d'un second canal alors qu'un seul est en traitement.

Dans ce cas la variation est assez faible et le patient ne manifeste pas de surprise car il n'a pas, comme dans le cas précédent, de sensation nouvelle de piqûre gingivale.

6° Quantité d'ionophorèse a appliquer. — Le voltage, les millis tolérés et la durée d'application sont extrêmement variables et ne sont que des indications relatives : ils dépendent de la résistance électrique de la dent, de la plus ou moins grande étendue de la lésion apicale (un filet radiculaire vivant tolère à peine 1/10 de milli ; un granulôme étendu, un kyste tolèrent jusqu'à 5 millis).

Seul le nombre de « décicoulombs » indique les quantités d'électrolyse et d'ionophorèse appliquées qui doivent être :

Dans une monoradiculaire à canal accessible de.....	2 décicoulombs
Dans une monoradiculaire à canal insondable de	4 décicoulombs
Dans un cas de lésion apicale étendue (granulômes) de....	6 décicoulombs

Dans les multiradiculaires, traiter chaque canal séparément avec les doses moyennes ci-dessus indiquées. Si les canaux ne sont absolument pas repérables, opérer avec une boulette dans la chambre et multiplier les doses par le nombre habituel de canaux de la dent.

7° Phénomène de polarisation. — En fin d'application, lorsque l'on ramène le réglage à zéro, on constate presque toujours que l'aiguille du milliampèremètre descend au-dessous du zéro.

Ce phénomène est dû à une polarisation des électrodes qui pendant le passage du courant se chargent comme un accumulateur, et se déchargent à l'arrêt en créant un courant de sens contraire.

Pour éviter le renversement de la phorèse des ions — qui au demeurant est très faible — il convient d'enlever l'électrode de la dent aussitôt la fin de l'application.

8° Correspondance des décicoulombs et des milliampères-minutes *(pour les appareils ne disposant pas d'un intégraleur)*.

0,6 décicoulomb	=	1	milliampère-minute
2 décicoulombs	=	3,3	milliampères-minutes
4 décicoulombs	=	6,6	milliampères-minutes
6 décicoulombs	=	10	milliampères-minutes

9° Obturation des canaux. — L'obturation des canaux doit être faite avec une substance non irritante pour obtenir une régénération rapide des tissus périapicaux.

Diverses compositions peuvent être employées, mais alors il convient d'enlever, au préalable, la mousse électrolytique des canaux au moyen des cônes absorbants rigoureusement stériles. Il est plus aisé de faire entrer cette mousse dans la composition même de la substance obturatrice en opérant de la façon suivante :

Triturer un mélange d'oxyde de zinc léger (3 parties) et de sulfate de calcium anhydre (1 partie) avec du citronnellol niaoulé jusqu'à consistance crémeuse. Introduire cette pâte dans les canaux avec un lentulo suivant la technique courante.

Cette pâte préfabriquée et maintenue rigoureusement à l'abri de l'humidité conserve indéfiniment sa consistance crémeuse primitive ; elle durcit en quelques minutes (consistance de craie tendre) lorsqu'elle est triturée — par le lentulo — avec la mousse électrolytique des canaux.

Cas particuliers

1° *Lésion apicale étendue à 2 dents voisines* (infection en canon de fusil). On n'obtiendra de guérison que si les deux dents sont traitées au cours de la même séance même si l'une d'entre elles a conservé un certain degré de vitalité.

2° *Pulpe ayant conservé un certain degré de vitalité* (intolérance totale au courant). Extirpation aussi complète que possible sous anesthésie locale et application immédiate de l'Ionophorèse en bénéficiant de l'effet de l'anesthésie, ce qui permet une grande tolérance.

3° *Hypersensibilité apicale au courant* (tolérance ne dépassant pas 1 milli). Il s'agit d'un périapex sain ou d'un processus névritique au niveau d'une lésion confirmée ; une injection analgésique permet une application d'emblée de 4 à 5 millis.

4° *Faux canal ou perforation de la chambre pulpaire.* Une perforation produit une dérivation presque complète du courant, elle doit être obturée (de préférence avec une pâte oxyde de zinc lourd + eugénol, qu'on laisse durcir) afin de permettre une pénétration ionique dans les canaux radiculaires. Il en est de même pour un faux canal.

Si cette perforation et ce faux canal sont anciens et ont entraîné une infection des tissus voisins, il peut être indiqué de faire une application à leur niveau avant de les obturer.

5° *Dent en cours de traitement médicamenteux* (formol en particulier). Suspendre la thérapeutique pendant 2 à 3 jours après un grand lavage des cavités dentaires, pansement au citronéllol sans obturation hermétique pour permettre le dégagement des médicaments ; ces précautions sont nécessaires si l'on veut éviter une réaction médicamenteuse souvent un peu douloureuse.

6° *Ecoulement purulent par un canal.* Afin de permettre l'évacuation du pus, il est indiqué de ne pas obturer hermétiquement par première intention. L'obturation hermétique ne sera donc pratiquée qu'après une seconde séance.

7° *Fistule rebelle.* Dans certains cas on peut observer la persistance d'un écoulement fistulaire entretenu par un foyer secondaire, le long du trajet de la fistule. Ce foyer risque de réinfecter la zone périapicale non encore organisée ; pour le tarir, deux moyens peuvent être mis en œuvre.

a) On peut utiliser la méthode « Ionophorèse et ionisation ». Pour cela on relie le pôle + non plus à l'électrode manuelle, mais à un fil de cuivre isolé et dénudé seulement à son extrémité. Cette extrémité est introduite de 1 à 3 millimètres à l'entrée de la fistule

— l'électrode négative d'entrée du courant est toujours dans la cavité dentaire. Ainsi, tandis que s'effectue la pénétration des ions « OH » dans le canal, l'électrode de cuivre s'ionise et donne des ions cuivre verts qui pénètrent secondairement dans la fistule. De cette façon, la fistule est stérilisée sur toute sa longueur et sa cicatrisation est très rapide.

b) Mais si on s'aperçoit tardivement de la persistance de la fistule, c'est-à-dire lorsque le canal est obturé, il est inutile de faire une application radiculaire, on peut se contenter d'une application d'électrolyse dans la fistule même ; pour cela l'électrode négative, constituée cette fois par une sonde plutôt que par un « tire-nerf », est introduite dans la fistule (l'électrode positive étant toujours reliée au cylindre manuel) ; dose à appliquer : 2 décicoulombs.

8° *Cas d'un intrument brisé dans un canal.* S'il s'agit d'un tire-nerf, d'une sonde qui ne risque pas d'obstruer mécaniquement le canal, l'ionophorèse peut être appliquée sans précaution particulière : des ions « OH » apparaissent à l'extrémité de l'instrument brisé, la mousse électrolytique reflue dans la chambre pulpaire et presque toujours l'instrument brisé est extirpable, à la faveur de l'alésage électro-chimique du canal.

9° *Cas d'un pivot scellé dans un canal.* Le pivot doit être enlevé, car l'herméticité du scellement détermine un refoulement, par l'hydrogène formé à la pointe du pivot, des débris canaliculaires infectés. Si le ciment dépasse, comme il est de règle, la pointe du pivot, et obture le canal dans la région apicale, aucun courant ne passe, il n'y a ni électrolyse, ni ionophorèse.

10° *Cas d'un canal obturé par un ciment ou une hyperdentinose.* Aucun courant ne passe, il n'y a ici encore, ni électrolyse, ni ionophorèse.

Terminologie

Le terme « ionophorèse » exprime un seul des divers phénomènes qui accompagnent l'application électrique expérimentale ou thérapeutique ci-dessus décrite ; mais aucun des autres phénomènes, : électrolyse, cataphorèse, alésage électro-chimique n'étant spécifique, ne saurait caractériser cette application.

L'électrolyse est certes utilisée aujourd'hui alors qu'elle était exclue de l'ancienne technique (neutralisation réciproque du produit d'électrolyse et de l'ion I^3) ; mais la désignation de la nouvelle technique par l'expression « électrolyse » ou « méthode électrolytique » serait confuse car il existe en fait deux sortes d'électrolyse : la négative, objet de la présente étude, et la positive, qui produit des ions H ou des ions métalliques suivant la nature de l'électrode.

La cataphorèse est un phénomène simultané mais variable et d'intérêt tout à fait secondaire.

L'alésage électro-chimique, bien que d'un plus grand intérêt, est également variable et non spécifique puisqu'il est identique par son principe actif à l'alésage par le bioxyde de sodium.

L'ionophorèse représente au contraire le phénomène essentiel de la méthode : la pénétration des ions. Tout au plus, si l'on veut caractériser sans ambiguité la nouvelle technique, peut-on lui

adjoindre la mention : « technique de l'ion accéléré « OH » qui résume l'essentiel de la nouveauté.

Le terme « ionophorèse » est relativement récent ; je l'ai proposé en 1929 dans ma thèse inaugurale pour désigner le déplacement, la pénétration des ions, d'après les données étymologiques suivantes :

« *Ion* » représente « ἰων » participe présent du verbe « εἶμι » (qui existe ou qui se déplace).

D'après le sens originel donné par FARADAY, « *Ion* » désigne maintenant l'atome électrisé positivement ou négativement suivant qu'il a perdu ou gagné un électron périphérique.

« *Phorèse* » provient de « φορα » (action d'être porté, impulsion, mouvement).

Les auteurs de langue germanique emploient plus volontiers le terme « *Iontophorèse* » et cela probablement parce que le radical est ὀντ.

En ce cas, et si l'on voulait vraiment exprimer en puriste la « *phorèse des ions* » il faudrait employer le génétif pluriel « ὀντων » et dire : « *Iontonphorèse* » et même « *Iontonphorésis* ».

Cependant considérons que :

1° Le radical étant effectivement « ὀντ », le « τ » tombe au nominatif et la voyelle précédente s'allonge, d'où : « ὼν ».

2° FARADAY a désigné l'atome électrisé par « ion » et non pas par « iont ».

3° En tout état de cause, l'euphonie française tend à former les composés de ion directement avec l'aide d'une voyelle de liaison et l'on dit « *ionothérapie, ionisation* » (et non pas iontothérapie et iontisation).

Telles sont les raisons qui m'ont fait adopter en français le terme « *ionophorèse* ».

Il convient de noter qu'en anglais la terminaison conserve sa consonnance grecque et l'on dit « *ionophoresis* ».

CONCLUSIONS

Cette nouvelle étude de l'ionophorèse présente un double intérêt :

1° Du point de vue strictement spéculatif, elle nous apporte la possibilité de connaître avec une rigueur absolue l'intégralité des canaux radiculaires aberrants, alors que nombre d'entre eux étaient jusqu'à ce jour insoupçonnés.

2° Du point de vue pratique, elle nous apporte une technique qui réunit des qualités de rapidité, de simplicité et d'efficacité assez exceptionnelles pour les traitements des infections radiculaires et périapicales.

En définitive, si l'on veut bien admettre que les canaux secondaires peuvent, du fait de leur inaccessibilité, expliquer l'incurabilité de certaines infections dentaires, il apparaît que l'ionophorèse, moyen de détection de ces canaux, est aussi le moyen d'action qui conduit imperturbablement à leur stérilisation et à la guérison de ces infections.

ABCÈS MIGRATEUR CHRONIQUE INTRA-OSSEUX

Par le Dr VAIS,
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le 3 décembre 1946).

On comprend par abcès migrateur l'abcès alvéolaire qui, au lieu de s'ouvrir une voie au niveau de la dent causale, se fraye un chemin entre la muqueuse et le périoste et va s'ouvrir plus ou moins loin de son point de départ, par une fistule de la muqueuse.

La première communication à ce sujet a été faite par les Drs Chompret et L'Hirondel, en donnant comme exemple l'abcès migrateur de la dent de sagesse inférieure, dont le pus, provenant d'une péricoronarite suppurée peut se frayer un chemin entre la muqueuse et le périoste et aller s'ouvrir plus loin, quelquefois jusqu'au niveau des dents antérieures.

La communication que je vous présente a pour but d'élargir le cadre des abcès migrateurs qui peuvent avoir une autre origine et emprunter une autre voie : la voie trans-osseuse.

1° Du point de vue étiologique, les abcès migrateurs peuvent provenir d'un abcès aigu ou chronique et le mécanisme de leur production est différent :

a) Quand ils proviennent d'un abcès alvéolaire aigu, l'infection passe rapidement, quelquefois en quelques heures, à travers les canaux de Hawers, pour donner un abcès sous-périostique et, à ce moment, ils peuvent s'ouvrir spontanément sur place, par une fistule, donnant lieu à un écoulement de pus, ou cheminer entre la muqueuse et le périoste, pour aller s'ouvrir à une certaine distance de leur point d'origine ;

b) Quand ils proviennent d'un abcès alvéolaire chronique, qui se trouve au niveau de la région périapicale d'une dent, il se forme à ce niveau un point d'ostéite très limitée, suivie de nécrose, avec formation d'un orifice et suintement de pus, ou, au lieu de s'ouvrir à ce niveau à travers la fibro-muqueuse, le pus peut se frayer un chemin, en décollant la gencive du périoste et aller s'ouvrir plus loin, par une fistule.

Quelle que soit son origine, un abcès alvéolaire ne peut être considéré comme abcès migrateur que s'il chemine entre la gencive et le périoste et si l'orifice fistuleux va s'ouvrir à une certaine distance de son point de formation.

2° Au point de vue du trajet, on voit quelquefois le pus s'engager et se frayer un chemin *à travers l'os*, pour aller s'ouvrir, par une fistule, sur la muqueuse, à une distance plus ou moins grande de son point de départ.

A ce sujet, il faut faire une discrimination entre ces cas et d'autres, que nous pouvons rencontrer dans notre pratique, à savoir :

a) Le pus peut s'engager à travers un canal préexistant, comme le canal dentaire du maxillaire inférieur ou les canaux

palatins du maxillaire supérieur, vu le voisinage des racines de certaines dents avec ces canaux ;

b) Le tissu osseux peut être envahi par l'infection, et les fusées purulentes peuvent cheminer et s'ouvrir assez loin du lieu d'origine de l'infection : c'est l'ostéomyélite, avec tout le cortège de nécrose et formation de sequestre.

Ni l'un, ni l'autre cas ne peuvent être considérés comme des abcès migrateurs.

Après cette petite digression dans le domaine de la pathologie, l'observation que je vais vous présenter fait exception à la règle, ou plutôt vient la compléter et l'élargir et montre l'abcès alvéolaire chronique se créant, petit à petit, un chemin à travers l'os maxillaire, pour aller s'ouvrir par une fistule, sur la gencive, à une certaine distance de son point de départ.

Je n'ai pu trouver, malgré mes recherches dans la littérature dentaire, d'autres communications à ce sujet, que le cas publié par le Dr Roy, dans *L'Odontologie*, du 28 février 1929; mais dans son observation, il s'agissait d'un cas d'abcès alvéolaire aigu, tandis que mon observation se réfère à un abcès alvéolaire chronique.

Maintenant, voici l'observation :

M. M..., ingénieur, âgé de 32 ans, vient me consulter, envoyé par son dentiste, qui le soigne depuis une année, pour une fistule gingivale au niveau de la canine supérieure droite.

Malgré tous les traitements employés, cautérisations, pointes de feu, etc..., il ne pouvait arriver à un résultat favorable.

Après une consultation avec un confrère, qui, sans aucun diagnostic précis, proposait l'extraction de la première petite molaire et la dévitalisation de la canine, au niveau de laquelle se trouvait la fistule, et avant de suivre son conseil, son dentiste m'adresse son malade, afin d'avoir aussi mon opinion sur son cas.

Nous verrons plus loin que ni l'une, ni l'autre de ces deux dents n'étaient en cause.

A son arrivée dans mon cabinet, je procède à son examen. Rien dans les antécédents héréditaires, ni personnelles ; bien constitué, il ne présente aucune lésion organique.

A l'examen de la bouche, je constate : hygiène assez bonne, quelques dents manquantes. Muqueuses de coloration normale, la langue et le fond de la gorge à l'état normal. Au niveau de la canine supérieure droite, à mi-hauteur du collet de la dent à l'apex, je constate un petit orifice fistulaire, d'où s'écoule à la pression une petite gouttelette de pus.

La muqueuse est de coloration normale, aucune tuméfaction ni hypertrophie au niveau de la canine ou au niveau des dents voisines ; aucune douleur à la pression ; pas de décollement entre la gencive et le plan profond périostique. Le vestibule est normal et libre ; je ne constate aucun cordon fibreux.

A l'examen aux agents physiques, la canine se montre vivante ; j'examine aussi les dents voisines ; l'incisive latérale et la première petite molaire : toutes les deux sont vivantes.

A l'examen à la sonde, à travers la fistule, je trouve un canal assez étroit qui me conduit jusqu'à la racine de la canine, dénudée à cet endroit.

Comme la canine et les dents voisines sont vivantes, je pense à un abcès pyorrhéique serpigineux, mais, malgré un examen minutieux, je n'ai pu trouver la moindre trace de cul-de-sac pyorrhéique.

Une première radiographie prise ne donnait pas beaucoup de renseignements.

J'ai essayé, au début, de faire un petit curettage local et quelques cautérisations profondes au chlorure de zinc, mais sans grand succès.

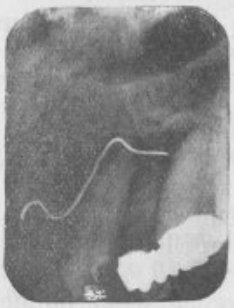
A des visites ultérieures et tout en m'occupant de soigner d'autres dents (d'accord avec son dentiste), je revenais toujours à la fistule, car je voulais un diagnostic précis.

Quelques séances après, j'ai pu pénétrer, avec un mandrin très fin, un peu plus loin et la radiographie prise avec le mandrin en place montrait une pénétration plus lointaine, qui aboutissait à un espace plus large, au niveau de la région périapicale de la première petite molaire.

Au mois d'août, le malade est parti et est revenu me voir en septembre. La fistule persistait toujours.

Après plusieurs examens successifs et comme la persévérance conduit toujours à la réussite, un jour j'ai pu pénétrer, à travers la fistule, avec un mandrin très fin, beaucoup plus loin qu'auparavant.

Le malade, envoyé de nouveau à la radiographie avec le mandrin en place, j'ai pu enfin constater sur la radio, que le mandrin avait pénétré, à travers le maxillaire, jusqu'à la région périapicale de la seconde petite molaire et voir en même temps qu'elle était atteinte d'un abcès alvéolaire chronique.



A travers l'os, il était venu, en se creusant petit à petit, par un processus de nécrose lente, un tunnel étroit et en contournant la région apicale de la première petite molaire, s'ouvrir par une fistule gingivale, au niveau de la partie moyenne de la canine.

Une fois le diagnostic précis établi, et comme la petite molaire était en mauvais état, j'ai procédé à l'extraction de cette dent. Sans aucun autre traitement, la guérison a été immédiate et définitive.

En interrogeant le malade, il a pu m'affirmer n'avoir jamais eu des accidents aigus, ce qui explique la destruction chronique de l'os.

La chronicité explique aussi le respect du filet vasculo-nerveux de la première petite molaire.

Le cas de cet abcès alvéolaire chronique migrateur, dont je viens de vous lire l'observation, diffère comme je vous le disais tout à l'heure, des abcès migrateurs classiques, car eu lieu de prendre le chemin entre la muqueuse et le périoste, il a pris un autre chemin : *la voie intra-osseuse.*

OBSERVATIONS DE PRATIQUE COURANTE

Par P. BARTHÉLEMY DE MAUPASSANT
Chef de Clinique à l'Ecole Dentaire de Paris

(Présentées à la Société d'Odontologie de Paris, le 4 juin 1946)

I. — Consolidation après curettage et résection apicale d'une dent présentant une destruction alvéolaire étendue.

Il s'agit d'une patiente adressée dans le service de l'Ecole, à qui on devait extraire D1 qui présentait un kyste paradentaire assez étendu et qui venait s'insérer très bas sur la racine, environ à la moitié de celle-ci.

Devant le problème ardu que comporte toujours la restauration prothétique d'une incisive centrale supérieure, nous tentons le curettage du kyste et la résection apicale, non sans faire de grandes réserves quant à la conservation de la dent.

Donc, en juin 1945, nous intervenons et quelle n'est pas notre déconvenue de voir, au cours de l'intervention, la table externe complètement détruite et la dent mobile dans tous les sens, ne tenant plus que par un fil. Inutile de vous dépeindre notre embarras ; toutefois, comme nous ne risquions d'attendre, nous ligaturons la dent et nous attendons.

Au bout de quinze jours, la plaie n'était pas complètement cicatrisée, mais rien à signaler. Un mois après, la plaie était cicatrisée mais on constatait une suppuration abondante au collet et, là, nous étions prêts de conclure à l'échec. Enfin, l'expectative est encore notre ligne de conduite. Nous attendons encore un mois ; toute suppuration avait disparu et la dent semblait consolidée.

La ligature enlevée au mois de décembre ; nous étions curieux de connaître le résultat et nous eûmes le plaisir de constater en même temps qu'une bonne cicatrisation, une consolidation parfaite de la dent. Cela fait donc six mois que la ligature est enlevée et le résultat n'a pas varié ; tous les espoirs nous sont donc permis.

II. — Choc rénal au cours de l'anesthésie locale

Au cours de la pratique journalière il m'a été donné de rencontrer plusieurs fois à la suite d'une infiltration de novocaïne à 2 % avec adrénaline, des douleurs extrêmement vives dans la région lombaire.

La première fois que j'ai constaté ce phénomène, c'était chez un malade d'origine orientale et qui extériorisait beaucoup la douleur, aussi je n'y attachai qu'une importance relative.

La seconde fois, j'avais une série d'extractions à faire chez une patiente très calme et ayant l'habitude des soins dentaires. A la première injection, ce phénomène se produisit d'une façon intense ; décontenancé, j'attendis un peu, puis tout se calma et je poursuivis plus avant mon anesthésie. A la séance suivante,

devant l'appréhension de la malade, je renonçai à l'adrénaline et j'essayai la novocaïne à 2 % sans adrénaline ; aucun phénomène ne se produisit et tout ce passa normalement par la suite.

Il est donc logique de conclure que ces réactions sont dues à l'adrénaline.

Comme ces manifestations se produisent dès l'injection des premières gouttes d'anesthésique, nous pouvons éliminer l'hypothèse de l'intoxication.

C'est un phénomène comparable au choc anaphylactique ; mais je ne sache pas que l'adrénaline soit susceptible de déclencher de tels accidents. Est-ce un phénomène d'ordre réflexe ? Je laisse, messieurs, à votre appréciation l'interprétation de ces petits incidents.

III. — Désinclusion de petits organes dentaires

Au mois de mai 1945, un malade de 25 ans environ vient dans le service de l'Ecole pour des névralgies irradiées dans le massif incisif supérieur. La radiographie nous révèle la présence d'une tumeur que Chompret décrit dans le chapitre des dysembryoplasies, sous le nom de tumeur à dents multiples, adamentinome solide dentifié ou encore odontome odontoplastique. Au cours de l'intervention on découvre quatre petites formations dentaires séparées : deux dans le sens vertical et deux dans le sens horizontal.

Le résultat opératoire après suture de la plaie fut très normal et la cicatrisation complète au bout d'une huitaine de jours.

Cette observation ne mériterait pas d'être rapportée si ce n'était l'intérêt que présentent ces petites malformations dentaires.

Si vous le voulez, nous pourrons faire une petite incursion dans la thèse du Dr Bennejeant datant de juillet 1936 où il a étudié de très près ces anomalies. Il fait une distinction entre les variations de coalescence et les variations schizogènes.

Les variations de coalescence *(Denles confusi)*, s'observent dans toutes les espèces animales. Elles se produisent par ordre de fréquence aux incisives, prémolaires et molaires, toujours entre deux dents d'une même dentition. On observe également des fusions de dents normales avec des dents surnuméraires et les modalités de ces fusions sont des plus variées.

Colyer, 1921, a signalé les incisives temporaires supérieures fusionnées de chaque côté.

Le Dr Bennejeant signale chez *Papio Porcarius* une incisive centrale supérieure gauche fusionnée avec la latérale.

Les variations schizogènes *(Denles gemini)*, s'opposent aux précédentes, sous l'effet de causes indéterminées, un germe dentaire se divise en deux ou plusieurs fragments et les nouvelles dents formées offrent des caractères morphologiques variables.

Ces variations s'observent dans toutes les espèces et sur toutes les catégories de dents. D'après de multiples observations, l'auteur estime qu'il faut assimiler ces formations spontanées aux régéné-

rations observées chez les invertébrés et vertébrés inférieurs à la suite d'organes détruits ou blessés.

Cette régénération peut être parfaite, typique ou aboutir à une reconstitution complète de l'organe, au point de rendre méconnaissable la nature de la variation. Le plus souvent cependant, la prolifération irrégulière de la réparation produit une hétéromorphose, comme un lézard auquel on coupe la queue, la régénère en donnant des vertèbres dépourvues d'apophyses.

Cette morphologie atypique irrégulière se traduit par des dimensions différentes, hypo- ou hyper-régénération.

Dans l'hypo-régénération, la régénération prend une forme de réduction voisine de la forme qu'affectent les dents de sa catégorie *(Dentes concreti)*.

Parfois les régénérations ont l'air de se compléter et prennent assez souvent la forme conoïde.

Ces variations sont plus fréquentes dans la région incisive et canine.

Trompé par la morphologie de régénération on a souvent parlé de canines hétérotopiques au niveau des dents antérieures. C'est ainsi que GEOFFROY-SAINT-HILAIRE, en 1838, signale chez l'homme une canine entre deux incisives.

Parfois les régénérations sont multiples : ces divisions peuvent être coronaires ou radiculaires.

Dans l'hyper-régénération les néo-formations dans les cas les plus accentués aboutissent à des bicuspides ou à des multicuspidées irrégulières *(Dentes proliferi)*. La présence de ces multi-tuberculées irrégulières dans des régions autres que la région molaire avait fait parler d'hétérotopie de molaire (transposer molars des anglo-saxons). En réalité ces dents ne correspondent pas à des molaires hétérotopiques en position paradoxale ; car elles ne s'accompagnent pas de réduction numérique de molaires.

Les variations schizogènes se concilient avec les réductions dentaires numériques. Ceci est en rapport avec les conclusions formulées par SOCKHARD en 1930 pour la polydactylie : hypodactylie à tendance réductrice et polydactylie d'origine schizogène ne sont pas contradictoires.

Je vous fais donc passer les pièces qui, d'après ce travail, semblent bien être des variations schizogènes.

UNE EXPÉRIENCE DE PROPHYLAXIE DENTAIRE INFANTILE

Par MM. Marcel MONTEIL,
Chirurgien-Dentiste,
Chef de Clinique à l'Ecole Odontotechnique,
Président du Service Social Dentaire de Clamart,

et Gaston MARTINE,
Chirurgien-Dentiste,
Secrétaire général du Service Social Dentaire de Clamart.

(Communication au Congrès de l'A. F. A. S., Nice, septembre 1946)

Nous venons porter à votre connaissance les résultats obtenus par l'ensemble des confrères d'une commune de la banlieue de Paris, dans le dépistage et le traitement de la carie dentaire des enfants des écoles.

Nous n'allons pas, dans une réunion de professionnels nous étendre sur l'opportunité du traitement de la carie chez l'enfant. Aujourd'hui chacun est convaincu de l'intérêt primordial qu'il y a à conserver sur un petit maxillaire en évolution constante des dents saines qui ne doivent quitter leur alvéole qu'au moment précis où les dents permanentes sous-jacentes doivent les remplacer.

Nous nous garderons donc d'énumérer toutes les complications médiates et immédiates, locales ou générales que peuvent entraîner la mutilation puis l'extraction prématurée d'une dent chez l'enfant. Nous aimerions montrer, tout d'abord, qu'à de rares exceptions près, la carie dentaire n'est pas traitée chez l'enfant ; d'autre part qu'il est possible, avec un peu de bonne volonté, de mettre sur pied le dépistage systématique suivi, dans la mesure du possible, du traitement non moins systématique des lésions constatées à l'inspection.

Nous venons de dire pour l'avoir constaté par notre expérience personnelle que l'enfant n'était pas soigné. Il ne faudrait surtout pas croire que le mal est particulier à notre localité, à notre région ou à notre pays. Des hygiénistes convaincus venus des quatre coins de la France, qu'ils soient de Paris, de Colmar, de Saint-Etienne, de Hosségor, de Mont-de-Marsan, de Nice ou de Lille ont fait les mêmes constatations. A l'étranger que l'on nous cite si souvent en exemple (tout n'est-il pas mieux au-delà de la frontière ?), le mal revêt la même acuité. Les statistiques sont même parfois impressionnantes, notamment aux Etats-Unis où les enfants, si l'on en croit certains chiffres publiés récemment, sont plus sujets à la carie dentaire que nos écoliers parisiens. Lors de l'inspection dentaire des enfants des écoles de Clamart nous avons constaté que 38 % d'enfants à 4 ans étaient porteurs de caries, 44 % à 5 ans, 48 % à 6 ans et 70 % à 7 et 8 ans.

Pourquoi les enfants ne sont-ils pas soignés ? Il y a à cela plusieurs raisons :

1° Ignorance des parents sur l'opportunité du traitement

dentaire chez l'enfant, notamment en ce qui concerne la dent temporaire. Cette ignorance est partagée trop souvent par les éducateurs et parfois même hélas par le médecin de famille ;

2° Dans les classes laborieuses les parents n'ont pas toujours les loisirs nécessaires pour conduire l'enfant chez le praticien ;

3° L'enfant est la plupart du temps indocile, faisant perdre souvent au praticien un temps précieux, celui-ci ne le voit pas sans appréhension aborder le seuil de son cabinet. De là à prétexter l'inutilité du traitement de la dent caduque, il n'y a qu'un pas franchi parfois allègrement par le confrère surchargé.

Il semble donc de toute nécessité d'essayer de dispenser à l'enfant des soins systématiques en tenant compte de toutes ces difficultés.

Trois solutions peuvent être envisagées ainsi que le faisait remarquer notre confrère Loisier au dernier Congrès de l'A. F. A. S. :

1° Liberté totale de choix du praticien, c'est-à-dire traitement au cabinet dentaire ;

2° Création de cliniques avec chirurgiens-dentistes fonctionnaires ;

3° Utilisation et intensification des centres existants avec participation des praticiens de la localité, créations réduites à l'indispensable.

Nous ne sommes pas partisans du traitement de l'enfant chez le praticien pour les différentes raisons déjà évoquées, qui expliquent le peu de résultats obtenus de cette façon par cette solution.

La création de cliniques modèles avec chirurgiens-dentistes fonctionnaires ou fonctionnarisés partiellement peut paraître par certains aspects fort séduisante mais elle est, du point de vue financier, irréalisable actuellement. Un nombre impressionnant de milliards sont affectés avec facilité, en 1946, au budget de guerre, mais nous sommes persuadés que l'on considérerait comme une folie de consacrer quelques milliards à la santé de nos petits. Certaines collectivités (communes, caisses, usines, etc...) ont créé des cliniques où sont employés des confrères à temps plein. Nous sommes opposés à cette solution pour les raisons suivantes : mal rémunérés en général, travaillant sans aucun contrôle, les chirurgiens-dentistes qui acceptent ces postes sont parfois des praticiens de valeur professionnelle discutable, n'ayant pu trouver d'emploi dans un cabinet privé. Les soins donnés n'offrent pas toutes les garanties désirables. Il est inadmissible de dispenser des soins de qualité inférieure parce que donnés à titre collectif. Il ne doit pas y avoir deux médecines, celle du pauvre et celle du riche.

C'est donc vers la troisième solution que nous inclinons, d'une part, en raison des possibilités financières actuelles et d'autre part, parce que nous considérons que la prise en charge des soins dentaires aux enfants doit être l'œuvre de la profession dentaire dans son ensemble et non celle de quelques individualités.

Aussi est-ce avec le plus vif intérêt que nous avons suivi l'expérience tentée à Meudon par nos confrères de la localité sous la direction éclairée du Prof. Dechaume. Inspirés de cet exemple, les chirurgiens-dentistes de Clamart décidèrent de créer dans leur

commune le Service Social de Prophylaxie Dentaire Infantile de Clamart dont le but est de dépister et de traiter les caries dentaires se présentant dans la bouche des enfants, des écoles laïques et libres de Clamart.

Un service semblable au nôtre a été créé dans la commune voisine de Meudon, en Seine-et-Oise, au début de l'année 1945. Il a semblé intéressant de tenter l'expérience à Clamart, commune beaucoup plus importante, et d'apporter le bénéfice d'une telle organisation à ses enfants d'âge scolaire.

Tout d'abord les chirurgiens-dentistes de Clamart furent réunis et il leur fut exposé les raisons pour lesquelles la création d'une organisation s'occupant de la carie dentaire infantile semblait désirable.

Très rapidement, ils donnèrent tous leur accord.

Il est en effet très important que de tels services réunissent, si possible, la totalité des confrères de la localité.

Le 21 juillet 1945, une réunion eut lieu à la Mairie de Clamart sous la présidence de M. le Maire.

Le Service Social Dentaire de Clamart fut alors créé, comprenant un Comité de gestion et un bureau.

Ce bureau, véritable organisme de direction, eut sa première réunion dès fin septembre et se mit à la tâche pour faire fonctionner le service.

Les statuts qui avaient été déposés à la Préfecture de police, furent adoptés.

La Municipalité faisait connaître qu'une subvention annuelle de 50.000 fr. nous était accordée, et qu'une assistante, faisant partie du personnel municipal était attachée au service. Un local fut trouvé au dispensaire de la Croix-Rouge et nous avions la bonne fortune de profiter de l'installation de son cabinet dentaire.

Nous en installâmes un deuxième avec du matériel prêté par différents confrères, tandis que, grâce à la subvention municipale, nous nous rendîmes acquéreurs de tout le petit matériel et des fournitures nécessaires.

Dès le 10 octobre, la première inspection fut faite et le 30 octobre la première séance de soins avait lieu.

Nous avons désiré que les chirurgiens-dentistes, cheville ouvrière de l'organisation, se trouvent à la tête de cette œuvre. C'est donc une œuvre dentaire conçue et dirigée par les spécialistes de la question.

Pour mieux nous faire comprendre, nous allons vous indiquer comment il nous a semblé judicieux de répartir les fonctions.

La Présidence d'honneur du Comité de gestion est assurée par M. le Maire de Clamart, Mme l'inspectrice des Ecoles maternelles et M. l'inspecteur primaire.

Le Président est un chirurgien-dentiste, ainsi que les deux vice-Présidents, le secrétaire général, le secrétaire adjoint et la trésorière adjointe.

La trésorière est une directrice d'école maternelle et ici, il est nécessaire d'ouvrir une parenthèse pour vous faire valoir les raisons de ce choix. Il est nécessaire que la trésorière ne fasse pas partie de la profession dentaire, parce que la question financière doit être confiée, à notre avis, à une personne qui se trouve hors

du circuit dentaire, le poste de trésorière étant très absorbant et nécessite justement une rémunération spéciale et importante.

Tous les autres chirurgiens-dentistes font partie du bureau, ainsi que le Président du Comité local de la Croix-Rouge, le Président du Comité local de l'Entr'aide française, un conseiller municipal, une assistante sociale scolaire et le médecin inspecteur des écoles.

Dans le Comité de gestion, nous trouvons en plus des personnes déjà énumérées : un représentant des médecins de la commune, des directeurs et directrices d'écoles laïques, de la Caisse des écoles libres, des assistantes sociales, du Syndicat des instituteurs, du Service social dentaire de Meudon, des Caisses d'assurances sociales, le Président du Club sportif municipal, le secrétaire général de la Mairie, un médecin de l'O. P. H. S., un délégué de la caisse des écoles et cinq conseillers municipaux.

Le service social dentaire de Clamart est une société libre dont les statuts sont déposés à la Préfecture de police conformément à la loi.

Sa dissolution peut être prononcée à n'importe quel moment, après avoir rempli les conditions d'usage.

Elle a un budget qui ne dépend que des décisions de son Bureau et de son Comité de gestion.

Ses dépenses sont représentées par les salaires de son personnel, ses frais généraux, ses achats de fournitures et de matériels.

Ses recettes se composent : 1° d'une subvention municipale ;

2° Des versements qui lui sont faits par les Caisses d'A. S. après convention passée avec les Caisses, en remboursement des soins dentaires donnés aux enfants des assurés suivant le tarif normal de remboursement ;

3° Du versement du montant du ticket modérateur par les parents assurés sociaux ou bien de la totalité du remboursement plus le ticket modérateur pour les non-assurés sociaux. ;

4° Des secours éventuels accordés par l'Entr'aide française ou la Caisse de secours des écoles.

Fonctionnement. — Les enfants sont inspectés et traités durant le temp scolaire. Chaque chirurgien-dentiste travaille deux heures par semaine moyennant rétribution.

L'inspection a lieu chaque semaine, on consigne sur une fiche individuelle l'état de la denture de l'enfant. Les parents sont invités à faire effectuer le traitement soit par leur praticien habituel, soit par notre Service. Dans ce dernier cas, un devis indiquant le nombre de dents à traiter et le montant des honoraires leur est remis par l'intermédiaire de l'assistante scolaire. Les parents désireux de faire traiter leurs enfants nous retournent cette fiche accompagnée du montant de la dépense, d'une feuille de remboursement d'A. S. et du bulletin de paye.

A la suite de quoi, au fur et à mesure des possibilités, par groupe scolaire et par classe, les enfants viennent se faire traiter.

Ils le sont toujours par le même praticien, sauf exception très rare.

Les inspections sont semestrielles, ce qui permet de dépister les nouvelles caries et de contrôler les traitements.

Nous avons pu obtenir de M. l'inspecteur primaire l'autori-

sation de faire accompagner les enfants durant le trajet des écoles au dispensaire et retour par notre assistante.

C'est là un point important et qui permet de réduire au minimum les dérangements du personnel enseignant.

La municipalité est couverte par une assurance spéciale contre les risques d'accidents qui pourraient se produire durant le trajet.

Les traitements terminés, les feuilles d'A. S. sont signées par le praticien traitant et remises à la trésorière, qui se fait régler tous les trois mois.

Nous allons maintenant pénétrer dans le monde des chiffres et des statistiques pour vous faire connaître nos premiers résultats.

Nous devons vous signaler que la moyenne de 60 à 80 enfants à examiner en deux heures, nous paraît judicieuse. Quant au nombre d'enfants à traiter, toujours en deux heures, il nous paraît devoir être de 10 à 12.

Pour notre première année de fonctionnement, nous avons examiné et traité les enfants des écoles maternelles et du cours préparatoire. Nous verrons par la suite, si le meilleur état des dentures des enfants déjà traités nous permet d'aller plus loin.

Dans les statistiques que nous allons vous soumettre, nous entendons par dent malade ou lésée, toute dent ayant subi les atteintes de la carie, qu'elle soit obturée ou non.

I. — Enfants des écoles maternelles âgés de 4 ans.

A la première inspection :

135 enfants sont examinés ;

52 sont porteurs de caries et présentent à eux tous 174 dents malades. Une dent avait été traitée, soit 0,37 % de dents traitées.

A la deuxième inspection (6 mois plus tard) :

137 enfants sont examinés ;

51 sont porteurs de caries et présentent à eux tous 199 dents malades, dont 49 ont été traitées, soit 24,62 % de dents traitées.

II. — Enfants de 5 ans.

A la première inspection :

201 enfants sont examinés ;

89 sont porteurs de caries et présentent à eux tous 334 dents malades. 9 dents avaient été traitées, soit 2,69 % de dents traitées.

A la deuxième inspection :

193 enfants sont examinés ;

87 sont porteurs de caries et présentent à eux tous 413 dents malades. 86 dents avaient été traitées, soit 20,82 % de dents traitées.

III. — Enfants de 6 ans.

A la première inspection :

78 enfants sont examinés ;

38 sont porteurs de caries et présentent à eux tous 213 dents malades. 10 dents avaient été traitées, soit 4,69 % de dents soignées.

A la deuxième inspection :

73 enfants sont examinés ;

43 sont porteurs de caries, et présentent à eux tous 274 dents malades dont 38 avaient été traitées, soit 13,86 % de dents soignées.

Il est nécessaire ici de faire remarquer que si le pourcentage de dents traitées est inférieur chez les enfants de 6 ans, cela vient du fait qu'au moment où ces statistiques ont été établies, les enfants de cet âge étaient en traitement depuis peu de temps.

Ce pourcentage doit être beaucoup plus élevé actuellement.

Nous nous permettons de vous rappeler ces pourcentages :

Enfants de 4 ans : avant notre intervention 0,57 %, après 24,62 % ;
— 5 ans : — 2,69 %, — 20,82 % ;
— 6 ans : — 4,69 %, — 13,86 %.

C'est-à-dire que sur la totalité ou presque des enfants de 4, 5 et 6 ans d'une commune de la banlieue de Paris, 20 à 25 % ont les dents traitées au bout de six mois.

Nous y voyons la preuve tangible du bien fondé de notre action et un puissant encouragement.

Au cours de la première visite semestrielle, nous avons examinés 1111 enfants de 4 à 8 ans, 712 présentaient des caries, soit 64 %. Parmi ces derniers, 273 ont accepté nos soins, soit 35 %. Dans certaines écoles maternelles, la participation a été de 60 %. Ce résultat est dû, en grande partie, à la parfaite compréhension et au dévouement de la Directrice de l'Etablissement.

Le succès de notre entreprise dépend en effet de la bonne entente qui doit régner entre les praticiens et le Corps enseignant. L'instituteur doit comprendre en effet que la perturbation inévitable apportée dans l'école par notre œuvre a été réduite au minimum. Il n'ignore pas que les soins dentaires à l'école vont devenir une obligation. Comme tout ce qui est obligatoire ne se fait pas sans heurts, sans erreur parfois, il y a intérêt à mettre au point dans une collaboration sincère, en prenant en considération les intérêts légitimes de chacun, un *modus vivendi*, qui servira d'exemple à ceux qui seront chargés de rendre effective cette obligation. On nous a objecté que l'enfant perdait un temps considérable. Nous prétendons que soigné précocement (nous commençons dès l'âge de 4 ans), il n'aura que peu de caries lorsqu'il parviendra à un âge où il serait préjudiciable à ses études de manquer la classe pour se faire soigner. D'autre part, l'enfant dont la bouche n'est pas traitée perd souvent, au cours de sa vie scolaire, plus de temps, par suite des complications locales ou générales de la carie, quil' n'en aurait perdu à se faire soigner. Il y gagne par ailleurs, une meilleure santé.

Encouragés par l'excellence des résultats obtenus, nous sommes persuadés de voir l'an prochain, augmenter le pourcentage d'enfants fréquentant notre Service pour le plus grand bien de leur état dentaire et, partant, de leur état général. C'est dans cet espoir que nous convions sous les auspices du Comité National d'Hygiène Bucco-Dentaire, tous nos confrères à organiser dans leur localité des services analogues à ceux fonctionnant avec succès à Meudon et à Clamart.

REVUE ANALYTIQUE

Mlle S. CAILLIÈRE. **Application des méthodes minéralogiques à l'étude d'un problème industriel. Fabrication des dents artificielles** (Travail du Laboratoire du Prof. ORCEL, du Muséum H. N. de Paris). *Bulletin de la Société française de Minéralogie*, 1945.

Une fabrique de dents minérales des environs de Paris recevait, pour sa fabrication, du feldspath des environs d'Arendale en Norwège, qui lui donnait entière satisfaction. Durant la guerre, elle dut s'approvisionner en feldspath aux environs de Limoges et les résultats furent nettement moins bons. C'est la cause de cet échec que recherche l'auteur et en voici les résultats :

Le feldspath est biréfringent et donne deux indices de réfraction, l'un, n^o, par son rayon ordinaire qui suit les lois de Descartes, et l'autre, n^1, par son rayon extraordinaire, qui ne les suit pas :

	n^o	n^1
feldspath norvégien	1,529	1,521
feldspath limousin	1,527	1,521

La densité des deux échantillons diffère : N = 2,58 ; L = 2,55.

L'examen au microscope donne un aspect différent. Celui de Norvège est très largement cristallisé et présente quelques veinules d'albite (feldspath sodique). Celui de Limoges est moins cristallin et les macles de cristaux à 90° sont plus rares. Il est également parcouru de veinules d'albite et aussi par du quartz.

La composition chimique, comparée à celle qu'on doit théoriquement rencontrer, présente des variations qui sont le fait des inclusions.

Composition	*Théorique*	*Norvège*	*Limoges*
Si 02	64,70	64,22	63,33
Al2 03	18,40	16,74	18,17
Fe2 03	»	1,75	1,45
Ca 0	»	0,98	0,81
Mg 0	»	0,22	0,17
K2 0	16,90	13,57	14,25
Na2 0	»	2,02	1,27
H2 0	»	0,08	0,10
	100,00	99,58	99,55

Le feldspath norvégien est plus sodique que le limousin.

Examinés aux rayons X, les deux feldspaths donnent des diagrammes identiques.

Les dents minérales obtenues à partir de ces deux feldspaths n'offrent pas le même aspect, ni la même structure. Celles provenant du feldspath norvégien sont entièrement fondues dans toute leur masse et de ce fait sont homogènes. Les cristallites provenant d'un début de recristallisation sont excessivement fins. Celles provenant du feldspath limousin donnent deux parties, l'une vitreuse, l'autre cristalline provenant du feldspath broyé.

Ces dents minérales, qui diffèrent dans leur microstructure, par suite d'une fusion incomplète, tiennent à la sécheresse en soude du feldspath limousin.

W. A. BAKER. **Le contrôle de la porosité par la retassure dans les moulages** (Journées de la Fonderie). *Revue de Métallurgie*, oct. 1945.

La solidification des métaux et alliages est en rapport avec leur constitution.

Pour les métaux purs et les eutectiques, qui dépendent d'une concen-

tration et d'une température parfaitement déterminées, la solidification dépend des aspérités de la surface du moule et de son mode de refroidissement. Les cristaux partent de la paroi froide, dans une seule direction, et leur solidification se traduit seulement par une baisse générale du niveau du métal, qui se manifeste au niveau de la masselote par une poche de retassure (Fig. 1). Il n'existe pas de cavités de retassure dans le métal coulé. C'est le cas réalisé, le plus fréquemment par nous, dans la coulée centrifuge où le fond du cylindre réfractaire au contact de la fronde devient la paroi froide.

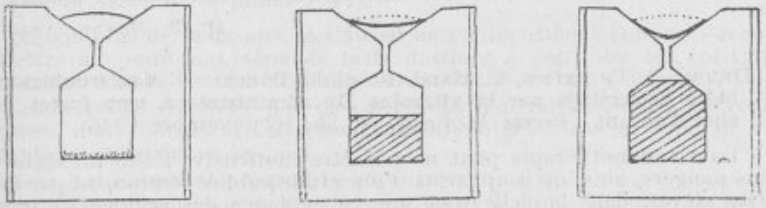


FIG. 1. — La solidification dans une seule direction amène une baisse générale du niveau du métal.

Lorsque les aspérités des surfaces latérales se refroidissent aussi vite que la paroi inférieure, la solidification suit plusieurs directions à la fois, et c'est à la jonction du métal liquide et des diverses solidifications que se produit une poche de retassure ouverte vers le haut en direction de la masselotte (Fig. 2). Si le refroidissement est assez lent, la masselotte a le temps de compenser, en la nourrissant, cette poche de retassure interne. Sinon, c'est à son niveau que se produiront des cavités fermées, emprisonnées dans le métal, et constituant des poches secondaires de retassure.

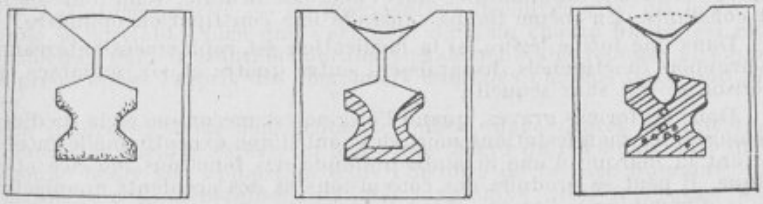


FIG. 2. — La solidification dans plusieurs directions crée une poche de retassure interne et favorise la formation de cavités fermées dans le métal (retassures secondaires).

Pour les alliages présentant des intervalles de solidification.

Le phénomène se complique de trois zones :

1° une complètement solide ;

2° une autre formée d'un mélange de liquide et de solide ;

3° une dernière complètement liquide.

Dans notre profession, BENNEJEANT a signalé (*IX^e Congrès dentaire international*, Paris, 1931) quelle ségrégation pouvait apporter la force centrifuge sur de semblables alliages. Il se produit un véritable essorage de la partie solide, tandis que la partie liquide se trouve exprimée dans la masselotte. Sur un alliage argent 50-étain 50, la teneur en argent varie de 10 % entre la masselotte et le moule.

Les résultats sont donc plus aléatoires qu'avec les métaux purs et les eutectiques. Il existe une vitesse optimum de solidification favorisant une bonne alimentation du moule et l'obtention de moulages sains.

Parmi les nombreux facteurs en jeu, il en est quelques-uns susceptibles d'être soumis à un contrôle, notamment :

a) la température du métal de coulée et celle du moule ;

b) le volume et la forme du jet de coulée, sa vitesse et sa direction.

En effet, le métal introduit le premier dans le moule doit s'arrêter dans la partie du moule la plus éloignée de l'attaque, en sorte que les gradients de température les plus élevés dans la pièces sont établis au début dans la direction du jet de coulée. Quitte à les maintenir aussi élevés que possible en accélérant la vitesse de remplissage.

Enfin, il devient indispensable durant la solidification, de maintenir la surface libre du métal liquide en contact avec la pression atmosphérique pour utiliser l'effet de cette pression sur l'alimentation de la pièce.

Dr Ch. Bennejeant.

R. Debré, S. Thieffry, E. Brissaud et L. Trellu. — **Les troubles morbides déterminés par la vitamine D² administrée à trop fortes doses chez l'enfant.** (*Presse Médicale*, N° 56, 16 novembre 1946).

La vitaminothérapie peut ne pas être inoffensive ; elle présente certains dangers, ainsi qu'il apparaît d'une étude publiée récemment par Debré et ses élèves, dans laquelle sont mis en évidence des accidents survenus à la suite de l'administration prolongée de doses fortes de vitamine D² ; celle-ci constitue cependant une excellente médication chez l'enfant, surtout à dose forte mais unique, notamment dans le rachitisme. Mais la prolongation du traitement, qui peut ne provoquer chez certains sujets que des troubles légers, peut aussi chez d'autres, mais plus rarement, donner lieu à une maladie sévère, voire mortelle.

Il est donc important de connaître ces faits, et de savoir interpréter les premiers malaises, afin de suspendre à temps la médication. L'évolution d'ensemble de la maladie est caractéristique : à l'occasion d'un fléchissement de l'état général ou pour parer à une prétendue décalcification, un enfant est soumis à une thérapeutique vigoureuse par la vitamine D². Brutalement l'anorexie s'installe ; nausées, vomissements ; l'enfant devient apathique, triste, maussade, pâlit, se cachectise. Il y a polydipsie et polyurie, et souvent albuminurie. Mais l'anorexie brutale, symptôme de base, est constante. En même temps s'installe une constipation opiniâtre.

Dans une forme légère, si la médication est rapidement interrompue, les troubles fonctionnels disparaissent entre quatre et six semaines, et la guérison se fait sans séquelle.

Dans les formes graves, quand l'origine est méconnue et la médication prolongée, les manifestations morbides sont d'une exceptionnelle intensité, portant la marque d'une atteinte profonde des fonctions motrice et psychique. Il peut se produire des convulsions et des accidents apoplectiques suivis d'hémiplégie. Ces cas, dont l'origine toxique paraît évidente, sont, il est vrai, exceptionnels mais redoutables.

Il semble impossible de fixer la dose toxique suivant l'âge et le poids du sujet : la sensibilité individuelle, le régime alimentaire, le genre de vie jouant un rôle appréciable.

Etant donné qu'un certain nombre de cas mortels ont déjà été observés, et que de nombreux cas graves qui, sans entraîner la mort, ont laissé des suites indélébiles, on ne saurait être trop prudent dans l'institution de la vitaminothérapie D², qui exigera une surveillance constante. D.

James Aitchison. — **L'intérêt de la Paléontologie et de l'Anthropologie pour l'art dentaire.** *Dental Record*, février 1947.

On espère que ce travail montre suffisamment combien il serait souhaitable d'inscrire des cours de géologie, de paléontologie et d'anthropologie au programme des études biologiques professées dans les Ecoles Dentaires.

Même si le corps enseignant ne se laisse pas convaincre, l'article qui précède pourra peut-être inciter ceux des membres de notre profession les plus récemment qualifiés et qui témoignent d'un certain esprit scientifique à suivre d'eux-mêmes des cours sur ces matières.

Alors, la profession dentaire, d'ailleurs sur le point de faire reconnaître

son indépendance, sera en relations plus étroites avec les autres professions et sociétés scientifiques, et ainsi, non seulement continuera à coopérer à la santé de la nation ; mais apportera encore sa contribution aux recherches faites dans le domaine de la science pure par les autres formations scientifiques.

C'est ainsi que brillera à nouveau la profession dentaire enfin réveillée et autonome. C. J.

Programme de contrôle des aptitudes par des tests. (*Journal of the American Dental Association*, juillet 1946).

Depuis plus de deux ans, le Conseil de l'Education Dentaire s'occupe de mettre au point une série de tests destinés à contrôler les aptitudes mentales et manuelles des étudiants se destinant à l'art dentaire.

Ces tests ne serviront pas de conditions d'admission dans les écoles dentaires, mais fourniront des renseignements intéressants au point de vue orientation professionnelle.

Leur but immédiat pourrait se résumer comme suit :

1° Mesurer l'aptitude de l'étudiant à lire avec compréhension les textes qu'il pourra avoir à étudier dans une école dentaire ;

2° Mesurer l'aptitude de l'étudiant à la mémoire visuelle et auditive ;

3° Mesurer les aptitudes mentales de l'étudiant ;

4° Mesurer l'aptitude de l'étudiant à se représenter visuellement des formes et des relations sans avoir besoin de préparer des dessins ;

5° Mesurer l'aptitude de l'étudiant à s'exprimer oralement et par écrit ;

6° Mesurer l'aptitude de l'étudiant à se servir de ses mains et de ses doigts avec dextérité. C. J.

W.-A. Morrison. — **Les problèmes de la périodontie.** (*Dental Magazine and Oral Topics*, juillet 1946).

1° *Les problèmes clés.* — Le périodontiste découvre vite, dit le Dr Lewis, que sa spécialité, bien que s'exerçant dans un champ limité, est riche en problèmes dont la solution fournirait également une réponse aux questions préoccupant l'esprit des chercheurs dans des champs beaucoup plus vastes.

La pyorrhée, terme sous lequel le public range toutes les infections gingivales, de quelque espèce ou à quelque degré qu'elles existent, fit de très bonne heure son apparition dans l'histoire de la race humaine. Elle est maintenant si généralisée qu'aussi longtemps qu'il reste une dent naturelle dans la bouche, il n'y a pratiquement personne qui puisse se déclarer totalement exempt d'infection gingivale.

L'importance de cette affection, dit le Dr Lewis, n'a pas été suffisamment reconnue par la société ; elle fut parfois négligée par les dentistes eux-mêmes. Ces praticiens qui se donnaient beaucoup de peine pour mettre en place des inlays et des obturations, corrects en eux-mêmes, mais qui avaient négligé de traiter préalablement l'infection gingivale atteignant les dents ainsi restaurées, lui rappelèrent un homme qui bâtit une maison modèle sur un marécage.

Il attira aussi l'attention sur l'impropriété qu'il y avait à continuer de nommer cette affection : « pyorrhée alvéolaire ». C'est le terme « pyorrhée gingivale » qui lui paraît correct, désignant non seulement un symptôme remarquable, mais donnant également l'indication du tissu qui fut le siège initial du mal.

2° *Trouble particulier au sillon gingival.* — L'opinion personnelle du Dr Lewis, qui paraît ignorer complètement le rôle important de l'état général dans l'éclosion et l'évolution de la maladie, est que la pyorrhée gingivale est une lésion propre au sillon gingival où elle est entretenue par des facteurs que nous ne connaissons pas encore à présent dans leur totalité. Un calcul subgingival peut être un de ces facteurs en raison de l'irritation qu'il détermine. Mais on ne peut garantir que son extraction amènera la fin de l'affection.

La substitution du terme « pyorrhée-gingivale » à celui, impropre, de « pyorrhée alvéolaire » est bien justifiée par les tissus définis de la surface buccale qui sont la source unique du pus et de l'hémorragie, caractéristiques de la pyorrhée.

Ce dernier terme avait été appliqué à la maladie avant que soit connue sa pathologie.

Puis le Dr Lewis retraça successivement les progrès et changements d'ordre pathologique se produisant dans un cas typique de pyorrhée gingivale et exposa pour terminer les conditions nécessaires pour mener à bien la guérison.

Il est indispensable qu'une attention et un soin tout particuliers soient apportés à la toilette de la bouche, une fois le traitement achevé.

Le patient est responsable du maintien de la guérison, déclara le Dr Lewis pour conclure. C. J.

Is. A. Khourguina. — **Traitement de quelques occlusions anormales.** *Stomatologie*, Moscou, N° 2, p. 48. (*Communiqué pae le Centre Culturel France-U. R. S. S.*).

Les interventions orthodontiques comprennent quatre méthodes : mécanique, biologique, mécano-biologique, fonctionnelle.

Dans la méthode mécanique la force de l'appareil s'exerce sur une dent ou un groupe de dents produisant en même temps des changements dans la formation du tissu osseux. Les arcs et les vérins sont les méthodes mécaniques les plus répandues.

La méthode biologique consiste à employer les forces naturelles de l'organisme pour corriger l'anomalie. Dans ce groupe entre la méthode de Rogers. Correction de l'anomalie en orientant l'occlusion, correction de l'occlusion temporaire quand la place se prépare pour la denture permanente.

Un exemple de la méthode mécano-biologique est l'appareil de Mershon.

Dans la méthode fonctionnelle, l'appareil joue un rôle passif, mais son action est combinée avec celle des muscles masticateurs, par exemple, plan incliné dans toutes ses applications.

Après avoir expérimenté les appareils de Openheim, Schwartz, Breitner, Heipel, etc..., l'orthodontie moderne tend à les abandonner pour s'en tenir à la méthode biologique et fonctionnnelle.

En U. R. S. S., le promoteur de cette méthode est le Prof. Katz. Il considère que la régularité biologique est solidaire de la forme et de la fonction et doit être l'idée directrice de la thérapeutique orthopédique.

Les études cliniques et les examens radiographiques confirment que cette méthode ne lèse pas les tissus.

En résumé, il faut pour le traitement des anomalies de 2e classe :

1° Elargir simultanément les maxillaires en leur donnant une forme elliptique ou parabolique ;

2° Corriger la supraclusion des incisives inférieures ;

3° Stimuler la croissance des molaires ;

4° Corriger la supraclusion des incisives supérieures ;

5° Déplacer simultanément les maxillaires dans le sens sagittal.

Pour remplir la première condition on utilise l'appareil de Norda à vérin.

Pour la deuxième condition on ajoute un plan de mastication sur la plaque du haut, ce qui remplit en même temps la troisième condition.

Pour la quatrième condition, le Prof. Katz ajoute des taquets sur la plaque du haut qui appuient sur le bord incisif des incisives supérieures.

Pour la cinquième condition, le maxillaire inférieur est guidé par le plan incliné.

Nous estimons qu'il est d'une mauvaise thérapeutique d'agir séparément sur chaque anomalie ; notre appareil traite les cinq à la fois et donne toute satisfaction. Nous l'utilisons depuis 1936.

Dr Carlos Rusconi. — **Absence de carie dentaire chez les jeunes indigènes de Mendoza à l'époque préhispanique.** (*Revue Odontologique Argentine*, mai 1946).

L'auteur avait déjà signalé sous un aspect partiel, il y a quelques années, l'existence de la carie dentaire chez les indigènes disparus de la province de Mendoza. Puis il s'occupa de la pyorrhée observée sur les restes craniens de diverses agglomérations humaines qui vivaient autrefois dans cette même province ; voici maintenant le résultat de ses recherches effectuées sur des enfants pourvus encore de la dentition de lait.

La carie dentaire a été constatée sur la race blanche depuis très longtemps et attribuée à des facteurs très complexes, dans nos villes, spécialement, où interviennent dans les eaux de canalisation, l'hypochlorite de calcium ou des éléments à base de chlore, plus le régime alimentaire, etc... Il résulte de ceci que le mal atteint dans certaines régions un pourcentage inquiétant sur des individus d'un âge moyen. Et, maintenant, à la suite des campagnes prophylactiques développées par les conseils des médecins scolaires, on a observé également que le pourcentage des individus de l'âge scolaire, atteints, est très élevé.

A Mendoza, par exemple, selon les données fournies par le Dr Delfino, la carie est extrêmement fréquente, et atteint dans certaines localités un degré alarmant, surtout chez les enfants de la périphérie de la ville et des départements voisins, à savoir :

Les enfants avec la dentition temporaire présentent des caries dans 50 % des cas.

Les enfants de 7 à 8 ans présentent des caries dans 50-55 % des cas.

Les enfants de 9 à 10 ans présentent des caries dans 90-95 % des cas.

Il est intéressant de signaler que cette affection n'existait pas ou du moins qu'il n'a pas été possible de la constater sur une série de plus de 30 restes craniens et mâchoires d'enfants pourvus de la première dentition, ceux-ci correspondent à divers groupes ethniques qui ont vécu dans la province de Mendoza. Ce fait a une importance relative comme élément de jugement pour les odontologistes, hygiénistes engagés actuellement sur les problèmes qui concernent cette maladie et les causes productrices de carie.

D'autre part les individus observés ne possèdent pas tous les deux prémolaires et seulement 15 les ont sur l'un ou sur les deux côtés du maxillaire. Mais le matériel que l'auteur a réuni pendant ses voyages est à son avis relativement valable car il s'agit d'ossements qui sont demeurés longtemps dans la terre et étant donné le jeune âge de ceux-ci, la conservation du tissu osseux est plus difficile que sur des sujets adultes.

On a exprimé que l'un des symptômes du rachitisme était constitué par le développement de la carie dentaire, de même que les déformations, l'asymétrie dans l'établissement des follicules dentaires, etc...

Et, à ce sujet, l'auteur a rappelé récemment que le rachitisme a été une affection inconnue ou extrêmement rare chez les jeunes autochtones de Mendoza.

De même il a montré la relation entre l'asymétrie relative au volume des organes dentaires de la première dentition et le processus de l'éruption extra-alvéolaire ; car dans l'éruption des follicules jusqu'à son développement complet, chez les jeunes indigènes de Mendoza, des irrégularités accentuées n'ont pas été observées, soit sur le côté gauche, soit sur le côté droit, de manière que l'éruption suivait sur ceux-ci un processus normal.

Voici quelques exemples. — L'incisive centrale supérieure est généralement plus grande que la latérale (inc. 2), tandis que chez les inférieures, la première est plus petite que la seconde, comme cela arrive aussi chez les individus de la race blanche.

Mais les différences les plus significatives s'observent non seulement dans le volume des deux prémolaires temporaires, mais aussi dans la morphologie générale de ses cuspides plus compliqués, dans la disposition du sillon longitudinal qui divise les cuspides latéraux sensiblement différents de ceux de la race blanche ; car par rapport au volume il a été constaté que la P. 3 et la P. 4 sont toujours plus grandes que celles dont les expressions numériques sont indiquées dans divers traités d'odontologie, comme celui de Gaillard ou de Choquet. G. L.

REVUE DES LIVRES

Jean RACINE. **Contribution à l'étude des propriétés réductrices du méthane.** *Thèse de Sciences*, Bordeaux 1946.

L'auteur nous est doublement sympathique. Son nez fut emporté par un éclat d'obus à Dunkerque, il appartient donc aux gueules cassées, auxquelles nous sommes professionnellement et cordialement attachés. Et il traite d'un sujet qui nous intéresse, car il entre tant de méthane dans le gaz d'éclairage, dont nous nous servons journellement, que nous avons grand intérêt à connaître ses observations.

Le méthane, par ses éléments, le carbone et l'hydrogène, est doué de propriétés réductrices. Au-dessus de 1000°, il est dissocié en ses deux éléments, mais à des températures intermédiaires, il peut se former d'autres hydrocarbures, acétylène, éthylène, naphtaline, etc..., dans certaines conditions de réaction.

Vis-à-vis des métaux purs et des oxydes métalliques, il agit plus doucement que l'hydrogène, il agit presque toujours à température plus élevée, sauf pour l'oxyde de cadmium où ces températures sont voisines. Les produits obtenus ne sont pas les mêmes ; c'est ainsi que le méthane réduit le bioxyde de plomb, Pb 02, à l'état de plomb, en passant par le minium, Pb3 04, tandis que l'hydrogène passe par la litharge, Pb 0. Enfin, le carbone du méthane peut se combiner à divers métaux, résultant ou non de la réduction des oxydes correspondants, pour donner des carbures.

Il existe des analogies en rapport avec la classification périodique des éléments. Nous avons, dans l'usage des flammes à l'atelier de prothèse, une évidente utilité à connaître le comportement de ces flammes en régime réducteur, vis à vis des oxydes et métaux :

1° Les alcalins se combinent aux deux éléments du méthane en donnant d'une part un hydrure et d'autre part un carbure, lequel est décomposable avec production d'acétylène.

2° Les oxydes de magnésium et ceux des alcalino-terreux ne sont pas réduits. Ils donnent un carbure décomposable par l'eau avec production d'hydrocarbures acétyléniques autres que l'acétylène, sauf pour le calcium.

3° Le zinc, le cadmium et le mercure ne donnent pas de carbures métalliques. Leurs oxydes sont réduits à l'état métallique. En raison de la température, une partie des métaux distille, au fur et à mesure de la réduction de leurs oxydes.

4° L'alumine n'est pas réduite et le méthane reste sans effet sur l'aluminium. C'est la raison pour laquelle on en retrouve dans les gaz dissous par l'aluminium.

5° Les oxydes d'étain et de plomb se réduisent aisément. On décèle une très petite quantité de carbure de plomb, décomposable par l'eau bouillante avec production d'hydrocarbures saturés.

6° Les oxydes de vanadium, de molybdène, de tungstène et de bismiithse réduisent par paliers, avec formation d'oxydes intermédiaires et en terme ultime le métal. Le molybdène et le tungstène donnent des carbures très stables que, seul, l'acide nitrique peut oxyder.

7° Les oxydes de fer, de cobalt, de nickel et de manganèse se réduisent par paliers, mais avec le manganèse, on n'arrive pas au métal. On obtient des carbures métalliques, indécomposables par l'eau, mais décomposables par l'acide chlorhydrique, avec formation d'hydrocarbures saturés.

8° L'oxyde de chrome n'est pas réduit par le méthane.

Toutes ces observations offrent aussi l'intérêt de nous renseigner sur la dissolution, par les décapants, des carbures formés, acide chlorhydrique ou acide nitrique, suivant le cas.

Costa GUSTAFSON. — **The Structure of human dental enamel.** Göteborg, 1945.

Première étude d'ensemble de l'émail à ce jour, l'auteur préfère les méthodes de préparations non décalcifiées (les décalcifications provoquant des dislocations de la substance organique, et l'inclusion : des rétractions). Il fait usage de l'éclairage à la lumière tangentielle polarisée avec l'ultropak, séparant ainsi lumière d'éclairage et lumière d'observation ; des microtests et des colorations.

Il passe ensuite en revue tous les éléments de l'émail avec une très riche littérature pour chaque détail.

1° *Le prisme* dont la forme originale est cylindrique (la forme hexagonale ne se produit que par tassement réciproque là où les prismes sont parallèles avec peu de substance interprismatique) possède une structure interne spiralée et indépendamment des stries de Retzius, une succession d'autres stries transversales (cross striation) alternativement anisotropiques, c'est-à-dire à double réfraction (large et divisée par une mince couche isotropique) et isotropiques (mince et séparée par une très mince couche anisotropique) à signification plus compliquée qu'une simple élaboration rythmique et analogue à la structure de la fibre musculaire ; ceci indiquant la présence à l'intérieur du prisme de cristaux submicroscopiques uniaxiaux négatifs à axe optique parallèles au prisme. De plus, l'anisotropisme périprismatique n'est pas dû à la substance interprismatique mais à la *gaine* du prisme lui-même qui entoure le prisme de tous côtés et dont les deux moitiés différentes (l'une centripète par rapport au centre de la cuspide étant moins minéralisée) sont à l'origine de la forme de l'arcade.

2° *Les lignes de Hunter Schreger* qui débutent à l'extérieur de la zone la plus interne de l'émail et forment des lignes courbes vers la surface à convexité apicale ; sont par contre réaffermies dans leur interprétation classique, c'est-à-dire dues aux variations de direction des bandes de prismes rapprochées et indépendantes des gaines qui courent dans l'axe horizontal de la dent ; elles constituent un dispositif plus résistant qu'un simple parallélisme des prismes.

3° *Touffes* (tufts ou faux espaces interprismatiques) partent de la jonction dentino-amelaire vers l'émail sur une petite distance ; consistent, d'après l'auteur, en zones ondulées alternatives de moindre minéralisation des *gaines* prismatiques dans le sens du grand axe de la dent, c'est-à-dire à angle droit avec les lignes de Hunter Schreger, réfutant ainsi les opinions portant variations de la substance interprismatique. Ces couches alternatives d'émail plus ou moins dures offrent des avantages mécaniques et métaboliques dans le sens d'une plus grande perméabilité.

4° *Lamelles.* — Les lamelles ne sont que des touffes ayant conservé leur moindre minéralisation jusque dans la partie externe de l'émail.

5° *Stries de Retzius* (périkimaties). — Sont causées par le déplacement des prismes dû à la résistance des tissus au cours de l'ontogénèse adamantine et se manifestent par des inflexions dans le prisme.

6° *Jonction amelo-dentinaire.* — Avec son apparence festonnée (convexité de l'émail dans la dentine) n'est pas due à une résorption de la dentine, mais avec Noyes, l'auteur s'appuie sur la similitude étroite avec la basale épithéliale de Malpighi pour établir simplement que la dentine n'a fait que remplir secondairement les espaces interdigito-amelaires ; la ligne de démarcation étant formée de la même substance que la gaine de l'émail, ainsi toute la jonction amelo-dentinaire comme la gaine, est perméable, perméabilité plus grande seulement au niveau des touffes.

7° *Fuseaux* (*Spindles*). — Existent en grande majorité au niveau de la jonction cemento-amelaire dans le tiers supérieur des cuspides ; ils sont indépendants de la direction du prisme ou du tube dentinaire et perpendiculaires à la ligne de jonction amelo-dentinaire. Ils constituent une continuation dans l'émail des tubuli dentinaires analogues à l'extension exagérée du Chorion dans l'épithelium de l'œsophage et n'appartiennent donc pas à l'organe de l'émail.

8° *Cuticule de Nasmyth* (décrites par Retzius en 1837). — Composition probablement analogues aux gaines mais très difficilement analysable.

R. POCHARD.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 4 mars 1947

La séance est ouverte à 21 heures par M. GABRIEL, qui présente les excuses de M. HOUSSET, empêché, et qui ne pourra présenter l'hommage qu'il devait rendre au Dr Maurice ROY.

M. GABRIEL prend ensuite la parole et, au nom de la Société d'Odontologie de Paris, choisit pour honorer la mémoire du disparu : *La Pyorrhée alvéolaire*, dont il résume le magnifique traité qu'avait présenté, en 1935, le Dr Maurice ROY à la profession. Il rappelle que les abcès serpigineux furent décrits pour la première fois par lui et qu'il fut également le premier à donner ses conceptions des bridges de contention. M. GABRIEL termine son exposé par la prophylaxie de la maladie sur laquelle l'auteur s'était longuement étendu.

M. H. VILLAIN prend ensuite la parole et donne lecture de quelques passages de l'article que le Dr DREYFUS a écrit pour *L'Odontologie* en hommage au Dr Maurice ROY. Il lit un certain nombre de lettres reçues à l'occasion des obsèques ; notamment celles du Dr PONT, de l'Ecole Dentaire de Lyon, de l'Association des Médecins-dentistes du Grand Duché de Luxembourg, de la Société Suisse d'Odontologie, de l'Arpa Suisse, de la Fédération Dentaire Internationale. Il fait ensuite l'historique du *Prix Miller* institué en 1908, donné entre autres à deux Français : Charles GODON et Maurice ROY. Il présente également l'ouvrage que ce dernier avait reçu à Vienne, au cours du 9me Congrès dentaire international, le 2 août 1936.

M. GABRIEL demande d'observer une minute de silence, qui permet à tous de se recueillir en mémoire du grand disparu.

La parole est donnée à M. A. RIGAULT qui, en quelques mots, présente son film sur les *prises d'empreintes difficiles*. Il demande notamment de penser souvent au cinéma comme moyen d'enseignement. Après la projection du film parfaitement réalisé avec des moyens d'ailleurs simples, le Dr DÉLIBÉROS prend la parole, nous dit la difficulté des prises de vue en 8 mm. et conte deux anecdotes amusantes concernant la prise d'empreinte des masques faciaux.

M. GABRIEL remercie M. RIGAULT et donne la parole au Dr DÉLIBÉROS pour sa communication : *Quatre cas de sinusite maxillaire d'origine pyorrhéique*.

C'est d'abord le cas d'une malade d'un milieu médical, présentant un écoulement purulent ; examinée à plusieurs reprises par un Oto-rhino-laryngologiste. A la suite d'échecs successifs des traitements, notre confrère le Dr DÉLIBÉROS, consulté, constate la présence d'un cul-de-sac pyorrhéique, qui fait communiquer le sinus et la cavité buccale ; l'extraction est décidée, mais une cure radicale doit être pratiquée.

Le second cas concerne un maître de l'Oto-rhino-laryngologie française, atteint d'une sinusite maxillaire gauche, provoquée par un clapier pyorrhéique situé au niveau de G^6, la sonde en effet passe par ce trajet fistuleux jusque dans le sinus.

Le troisième cas concerne une suppuration intarissable de G^6 et G^7 sur un malade dont, comme dans le cas précédent, d'ailleurs, les dents sont vivantes, alors que la pyorrhée a là aussi provoqué une sinusite.

Le quatrième illustre un cas de communication sinusienne avec la cavité buccale au niveau d'une dent de sagesse et ayant provoqué une sinusite, dont le malade prétendait à tort, que la cause avait été l'extraction rendue nécessaire par la fistule.

Le Dr Délibéros fait remarquer que, comme l'a signalé le Dr ROY, il s'agit dans tous ces cas, de culs-de-sac étroits et profonds.

Le Dr Laurian rapporte également un cas personnel de sinusite maxillaire d'origine pyorrhéique ; il rappelle également qu'il ne faut jamais faire de lavage de sinus par la voie alvéolaire.

M. Gabriel cite cependant un cas d'une communication bucco-sinusale, qui, se drainant mal, fut améliorée par une oblitération temporaire de la brèche, l'attouchement du trajet fistuleux à l'acide trichloracétique, et guérie ensuite par un lavage sommaire du sinus, évitant ainsi une plastie. Il ouvre ensuite une parenthèse pour parler d'une technique américaine de plastie.

Le Dr Délibéros fait une discrimination entre les grandes et les petites plasties.

MM. Robert, H. Villain, Dr Solas posent quelques questions ; le Dr Délibéros répond aux argumentateurs et conseille notamment de se méfier des dents vivantes qui peuvent provoquer des sinusites d'origine pyorrhéique.

M. Rigault clôture la série des argumentateurs en disant que si la plastie est trop volumineuse, il vaut mieux confectionner un appareil obturateur.

M. Fournet demande l'institution d'une sorte de « Tribune libre » pour débattre un sujet de pratique courante. — L'heure n'étant pas avancée, M. Gabriel décide d'ouvrir ce soir et pendant vingt minutes un débat sur la trépanation d'une dent au cours d'une arthrite aiguë. Les avis donnés sont nombreux et le Président propose de revenir sur cette question au cours d'une prochaine séance.

La séance est levée à 23 h. 15.

Le Secrétaire général : René R. Rigolet.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du mardi 28 janvier 1947

La séance est ouverte à 20 h. 50 sous la présidence de M. le Dr Rachet.

1° Le Secrétaire des Séances donne lecture du procès-verbal de la séance précédente qui, mis aux voix, est adopté à l'unanimité.

2° Correspondance : néant.

3° Admission de nouveaux membres : Le Secrétaire Général donne lecture des candidatures de : Mme Sabatier, MM. Bréal, Nègre, Treyssac, etc.....

4° M. R. Sudaka, Professeur à l'Ecole Odontotechnique de Paris, Secrétaire Général des *Journées Dentaires de Paris*, présente un film pris lors des *XXes Journées Dentaires de Paris* avec le concours de M. X...

M. Sudaka commente cette bande filmée pendant la séance inaugurale sous la présidence de M. le Prof. J. Sénèque, où défilent tour à tour les congressistes étrangers et français et les organisateurs de cette brillante manifestation professionnelle internationale.

Le Président remercie M. Sudaka de cette vivante évocation qui témoigne du succès des *XXes Journées Dentaires de Paris* et le félicite de l'œuvre qu'il entreprend en mettant le cinéma au service de la pédagogie.

5° M. Vieilleville, Professeur à l'Ecole Odontotechnique de Paris, Vice-Président de l'American Dental Club présente une série de quatre films américains en couleurs gracieusement offerts par le Service de l'Information de l'Ambassade des E. U. A.

Ces films de chirurgie et de prothèse dentaires nous montrent une technique hardie et rationnelle, une instrumentation perfectionnée et retracent devant nous :

1° Extractions multiples et régularisation de crêtes pour appareillage complet rapide d'un maxillaire supérieur ;

2° Réfection de crêtes alvéolaires chez un édenté complet ;

3° Résection de frein labial supérieur chez l'enfant ;

4° Tracé et construction d'une prothèse partielle amovible coulée.

Le Président remercie M. VIEILLEVILLE pour sa présentation magistrale et les commentaires autorisés dont il agrémente la projection.

L'ordre du jour étant épuisé, le Président lève la séance après avoir invité les membres de la S. O. F. à la prochaine réunion mensuelle de février.

Le Secrétaire des Séances : P. FROMENT.

* * *

L'Assemblée Générale de la Société Odontologique de France a eu lieu le 23 janvier 1947.

A la suite des élections, le Bureau a été ainsi constitué :

MM. P. FOUQUES, *Président* ;
PELLETIER-DUTEMPLE, *Premier Vice-Président* ;
Dr SEIMBILLE, *Deuxième Vice-Président* ;
ROLLAND, *Secrétaire Général* ;
DELTOUR, *Secrétaire Général Adjoint* ;
FROMENT, *Secrétaire des Séances*.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE FRANCE

Séance du 21 janvier 1947

Drs BOURGUET et CORBEIL. — *Présentation de malades opérés de prognathisme mandibulaire par la méthode de Kostrechka.*

Dr ROUEL. — *Ostéite fibro-géodique de Recklingausen.*

Dr DEMACON (Agadir). — *Un cas d'exognathie.*

Prof. DECHAUME et Mme CHAPUT. — *Enostose mandibulaire (ankylose dentaire avec enostose), guérison spontanée.*

A propos d'une observation d'une durée de 10 ans, les auteurs, qui ont retrouvé quatre cas analogues dans la littérature, schématisent les signes de cette affection. Elle s'observe sur les dents incluses ou incomplètement évoluées. La péricoronarite chronique accompagnant l'évolution, et le terrain, ne sont pas à négliger dans les facteurs déclenchants.

L'évolution se fait en trois périodes : *période d'ankylose* marquée par la coexistence d'une résorption radiculaire ou coronaire, et d'une prolifération osseuse tumorale intra-osseuse, l'enostose, qui est en contact intime avec la zone résorbée, et tend à la remplacer avec plus ou moins d'ampleur.

Cliniquement l'évolution est silencieuse ; à cette période l'extraction est impossible, « la dent est ankylosée », l'ablation de la tumeur nécessite une résection importante du maxillaire, elle peut être suivie de fracture.

Pendant la période intermédiaire, le tissu dentaire disparaît progressivement, la résorption s'accompagne parfois d'accidents infectieux secondaires à l'exposition de la pulpe (CRITCHARD). Le tissu néoformé qui remplace la dent peut se séquestrer partiellement. A ce moment, l'ablation de la tumeur est facile. *Enfin, la période terminale* est représentée par une période de réparation qui a été observée par les auteurs après l'extraction simple de la couronne, la masse grosse comme une noix a disparu spontanément, sans laisser d'autre trace qu'une image d'ostéo-sclérose.

Les auteurs classent cette lésion parmi les tumeurs ostéo-pathiques localisées ; ils en font une tumeur bénigne hyper-plasique où la dent paraît jouer un rôle primordial (retard d'évolution, péri-coronarite chronique, malformation radiculaire). Ils donnent pour termiher des directives thérapeutiques.

Dr Etienne BOLTANSKI. — *Association d'ulcère duodénal et de pyorrhée alvéolo-dentaire ; intérêt de la protéinothérapie intra-veineuse.*

L'auteur signale l'amélioration considérable d'une pyorrhée au cours du traitement protéinothérapique d'un ulcère du duodénum et trouve là un argument pour la mise en œuvre d'un tel traitement en cas d'association de pyorrhée et d'ulcère.

Dispositif original d'extension à selle articulée et amortie pour bridges fixes. Premières applications pratiques dans quatre variétés de cas.

Dr Robert VRASSE.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE ET DE STOMATOLOGIE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

Séance du 11 février 1947

Communications :

X. J. DUBECQ. — *Diagnostic étiologique d'une manifestation inflammatoire à répétition de la branche horizontale gauche du maxillaire inférieur.*

L'auteur rapporte l'observation d'un homme d'une quarantaine d'années qui a présenté, il y a deux ans, à l'occasion d'une grippe, des accidents inflammatoires de la branche horizontale du maxillaire inférieur gauche, traités par une incision vestibulaire restée négative. Ces accidents se sont reproduits à deux ou trois reprises avec les mêmes caractères. L'examen bucco-dentaire ne révèle rien de particulier si ce n'est l'absence de G7 et une obturation mésio-triturante à l'amalgame de G8. Cette dernière dent révèle une certaine sensibilité à l'examen électrique. Le seul signe relevé est une sensibilité à la pression digitale du rempart vestibulaire à son niveau.

La radiographie révèle une large zone de raréfaction osseuse de toute la région apicale de G8. L'auteur pose la question de l'origine endogène possible des lésions péri-apicales au niveau de dents qui, sans être absolument vierges d'une atteinte récente ou ancienne, n'en ont pas moins gardé leur sensibilité.

BENOIT. — *Sur un cas de lithiase salivaire de la glande sous-maxillaire.*

L'auteur rapporte l'observation d'une sous-maxillaire typique consécutive à un gros calcul intraglandulaire qui a prêté à confusion pendant plusieurs mois avec une adénite tuberculeuse puis avec une adénite consécutive à une dent de sagesse incluse.

La radiographie montrait un gros calcul dont l'exceptionnelle opacité était comparable à celle des dents voisines.

Cette observation montre que la confusion entre une adénite sous-maxillaire et une sous-maxillite est des plus fréquentes et pourrait être souvent évitée par un examen soigneux de l'appareil salivaire. Elle montre aussi que la radiographie peut parfois donner des résultats inespérés.

DUFRÈCHE. — *Un cas de cellulite sous-mylohyoïdienne traité par sulfamido-pénicillinothérapie.*

L'auteur rapporte l'observation d'un garçon de 20 ans qui après extraction de D7 et D8 présenta une cellulite sous-mylohyoïdienne avec phénomènes généraux graves qui furent jugulés en deux jours par un traitement aux sulfamides et à la pénicilline. Il signale l'efficacité de cette thérapeutique qui préserve ces malades de l'acte chirurgical.

BULLETIN
de l'Association Générale des Dentistes de France

NOS ÉTUDIANTS EN GRÈVE

Les conditions de parution de notre *Revue* ne nous permettent souvent pas d'informer nos lecteurs avec la rapidité que nous désirerions des événements professionnels ; pour cette fois, nous pensons ne pas avoir trop de retard pour mettre nos confrères au courant de la manifestation, d'une gravité exceptionnelle, de nos étudiants en chirurgie dentaire, qui se déroule actuellement.

Nous avons dans ces colonnes (*Odontologie*, 30 avril 1946, p. 156), rendu compte, il y a déjà plusieurs mois, de notre protestation contre le décret ministériel du 20 mai 1946 accordant le diplôme de chirurgien-dentiste avec toutes ses prérogatives aux mécaniciens en prothèse dentaire alsaciens ayant fait pendant la guerre, sous l'occupation allemande, un stage de quelques mois à l'Institut dentaire de Carlsruhe. Ces mécaniciens avaient été, en un délai minimum record, sacrés dentistes par les autorités militaires allemandes et employés — vu la pénurie de praticiens qualifiés — à soigner les militaires allemands et même la population civile. Malgré notre protestation jointe à celle de toutes les sociétés professionnelles, ce décret que nous n'hésitons pas à qualifier « un défi jeté à la santé publique et à toute notre profession » est en cours d'application. Aussi, nos étudiants s'en sont émus et, alertés à la suite d'un congrès de délégués de toutes les Ecoles dentaires de France tenu à Paris les 6, 7, 8 et 9 février 1947, une motion fut votée et adressée aux Ministres de la Santé Publique et de l'Education Nationale et dont nous extrayons les conclusions suivantes :

« Les délégués des étudiants de toutes les Ecoles dentaires de France, réunis à Paris les 6, 7, 8 et 9 février 1947, protestent contre les décrets du 20 mai 1946 et du 3 janvier 1947 accordant, contrairement au *statu quo* antérieurement en vigueur, des mesures préférentielles aux différents mécaniciens en prothèse dentaire alsaciens et lorrains ; ils déplorent enfin que dans une période où l'unanimité des étudiants est fermement décidée à réclamer une réforme des études en chirurgie dentaire dans un sens plus sélectif et plus élevé, on accorde un crédit aux défenseurs de mesures d'exception et cela dans un sens dévaluant.

Ils font respectueusement remarquer aux Pouvoirs publics, qu'ils sont décidés, en accord avec tous les étudiants de France, à mener à bien une action commune pour le respect des droits estudiantins et pour une progression toujours plus grande de leur idéal professionnel ».

Cette motion est la conséquence d'un état de fait exposé de façon très objective par le Président de l'Amicale des Etudiants en chirurgie dentaire de Strasbourg à ses camarades réunis à Paris, exactement en ces termes :

« L'Amicale des Etudiants en chirurgie dentaire de Strasbourg tient à vous mettre au courant du nouveau scandale qui vient d'éclater en Alsace-Lorraine et dont l'importance et la gravité ne sauraient échapper. Je dis *nouveau* car, en date du 2 janvier 1947, M. Naegelen, notre vénérable Ministre de l'Education Nationale, a fait paraître un décret faisant suite à celui du 20 mai 1946 déjà promulgué par ledit M. Naegelen.

Et que disent ces deux décrets ?

Le premier autorise une certaine catégorie d'individus à obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste après deux années d'études seulement. Je veux parler des fameux « *Staatliche gefeüter Dentist* », anciens mécaniciens d'Alsace-Lorraine qui n'ont pas hésité à franchir le Rhin pendant l'occupation pour aller faire un stage de 6 mois à l'Ecole Dentaire de Carlsruhe pour obtenir ce titre boche qui, légalement, ne devrait avoir aucune valeur en France. Toujours est-il que ces messieurs viennent de passer leur premier examen de validation de stage sans avoir à justifier du titre de bachelier ou même du certificat d'études primaires, malgré l'intervention

énergique du Syndicat des Praticiens de l'Art dentaire du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, malgré toutes les démarches effectuées par notre Amicale l'année passée, nous ne sommes jusqu'à ce jour arrivés à aucun résultat positif. Bien plus, un deuxième décret du 2 janvier 1947 (*J. O.* 3 janvier 1947) autorise :

1° Tous les mécaniciens-dentistes originaires d'Alsace-Lorraine réfractaires ou évadés pour se soustraire à l'autorité allemande ;

2° Tous les mécaniciens-dentistes restés en Alsace-Lorraine et ayant refusé leur inscription à l'Institut dentaire de Carlsruhe, à s'inscrire à une Faculté de médecine, en l'occurence celle de Strasbourg en vue d'obtenir le titre de chirurgien-dentiste, tout ceci après deux ans d'études seulement.

Si M. Naegelen continue dans cette voie, inutile de faire des études secondaires, car au même titre, il pourrait inviter toutes les sages-gemmes et infirmières résistantes à devenir médecins, ou les clercs à obtenir le titre de notaire.

Il faut admettre qu'on se donne beaucoup de mal pour abaisser et offenser une profession jusqu'alors respectée et soucieuse de sa responsabilité vis-à-vis de la santé publique.

On ne pourrait mieux dire, et nous félicitons nos jeunes futurs confrères des sentiments si élevés qui les animent et qu'ils exposent avec une telle franchise et de façon si catégorique.

Mais hélas, la réponse ne fut ni franche ni catégorique ; un directeur (?) assura les délégués de la part du ministre que la question serait examinée avec la plus grande bienveillance et étudiée avec toute l'attention désirable, afin de ne pas léser les intérêts des pétitionnaires.

Devant une telle attitude, avec l'esprit de décision rapide qui caractérise les jeunes, les étudiants se sont déclarés *en grève* et, depuis le 3 mars, ils désertent les cours et les travaux pratiques.

Cette grève devait durer trois jours si le ministre daignait répondre favorablement ; devant son silence, la grève continue en attendant une audience du Ministre de l'Education Nationale.

Nous ne pouvons blâmer ces jeunes gens à qui l'on demande des études secondaires complètes et cinq années d'études spéciales de s'insurger contre des décrets qui violent les lois du 30 novembre 1892 et d'octobre 1945, qui méconnaissent les droits acquis de tous les chirurgiens-dentistes diplômés et des stomatologistes et qui, habilitant des *praticiens incomplets*, sont un danger pour la santé publique, danger qui doit appeler une réaction aussi ferme que rapide des dirigeants de nos organismes professionnels, à laquelle d'avance *l'Association Générale des Dentistes de France* décide de joindre toutes ses forces.

Nous souhaitons que M. le Ministre de l'Education Nationale, mieux éclairé sur les conséquences néfastes de ses décrets, ne mélange pas la santé publique aux considérations politiques, qu'il consente à *reconsidérer la question* et qu'il imagine un autre moyen légal de récompenser les mécaniciens en prothèse dentaire Alsaciens et Lorrains de leur *résistance* ou de leur *collaboration* puisqu'aussi bien il les traite tous aujourd'hui sur le même pied d'égalité dans l'illégalité.

* * *

Cet article était composé quand nous avons reçu le communiqué officiel du compromis proposé par M. le Ministre de l'Education Nationale et accepté par les représentants des Groupements professionnels pour mettre fin au conflit relaté ci-dessus :

Résultats de l'entrevue accordée par M. le Ministre de l'Education Nationale, assisté de M. Ciosi, Chef de Cabinet, le 6 mars 1947, à MM. le Dr Hulin, Président du Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes ; M. Maurice Vincent, Secrétaire Général de la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires ; M. le Dr Francis Beltrami, en sa qualité de Secrétaire Général de la Fédération Nationale des Déportés et Internés de la Résistance ; des Délégués de l'Office National des Etudiants en Chirurgie Dentaire, représentés par M. Marx, Président des Etu-

diants en Chirurgie Dentaire de Strasbourg ; Morel, Délégué des Etudiants Dentaires de Paris ; M. Clop, Délégué de Marseille ; Pellay, Délégué de Nantes :

1° Date limite du bénéfice des mesures prévues au décret est fixée au 1er avril 1947 ;

2° Les bénéficiaires du décret ayant obtenu leur diplôme de chirurgiens-dentistes, seront obligés d'exercer leur profession dans les départements de la Moselle, Bas-Rhin, Haut-Rhin ;

3° Le Ministre de l'Education Nationale s'est engagé à refuser d'accorder toute modification au statut actuel des mécaniciens en prothèse dentaire ;

4° Le Ministre s'est engagé à ne prendre aucune décision relative aux questions professionnelles, sans consulter les organismes représentatifs : Ordre National des Chirurgiens-Dentistes, Confédération Nationale des Syndicats Dentaires et Office National des Etudiants en Chirurgie-Dentaire ;

5° Le Ministre de l'Education Nationale accepte le re-examen des dossiers de tous les bénéficiaires du décret ;

Cet examen serait soumis à la Commission prévue à chaque faculté de médecine et dans laquelle serait désigné le bureau de la Section dentaire de l'Association Générale des Etudiants ;

6° D'autre part, M. le Ministre de l'Education Nationale s'est engagé à examiner favorablement la modification du décret du 20 mai 1946 et du 2 janvier 1947, en ce qui concerne la date de l'examen de culture générale. (*Journal Officiel* du 8 août 1945).

Cet examen devrait être passé par les postulants avant leur inscription dans une faculté. Les bénéficiaires du décret, actuellement en cours d'études, devraient passer cet examen de culture générale dans le courant de novembre 1947.

M. le Ministre de l'Education Nationale s'est engagé à désigner deux praticiens de la profession dentaire, choisis sur une liste de six noms, présentée à son agrément par la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires et le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, pour assister en qualité d'observateur à cet examen.

* * *

Le samedi 8 mars, les délégués des étudiants, accompagnés du Secrétaire Général de la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires, se sont rendus au Ministère de l'Education Nationale. Reçus par le Chef du Cabinet en l'absence de M. le Ministre, ils lui remirent le procès-verbal de l'audience ministérielle et reçurent la promesse que dans les vingt ou trente jours, des dispositions seraient prises par M. le Ministre.

La même délégation se rendit ensuite au Ministère de la Santé Publique où elle fut reçue par le chef de Cabinet, M. Bloch, qui déclara que le Ministre de la Santé Publique s'intéressait au mouvement de grève des étudiants et comprenait le bien fondé de leurs revendications.

En conséquence il fut décidé de déclarer la suspension de la grève, en maintenant l'état d'alerte jusqu'à réalisation des promesses de M. le Ministre.

Dr A. AUDY.

SÉCURITÉ SOCIALE

Allocations Familliales

Nous croyons intéressant de porter à la connaissance des membres de l'Association le texte de l'arrêté ministériel du 7 janvier 1947, *fixant la fraction des cotisations d'allocations familiales affectée à l'action sanitaire et sociale* :

Article premier. — § 1er. — Sur les cotisations d'allocations familiales versées pour le compte des salariés ou assimilés sont effectués les prélèvements suivants :

1 % des cotisations au profit du compte d'action sanitaire et sociale de la caisse nationale de sécurité sociale ;

5 % des prestations légales servies par la caisse aux salariés au profit du compte d'action sanitaire et sociale de la caisse.

§ 2. — Sur les cotisations d'allocations familiales versées par les travailleurs indépendants et les employeurs sont effectués les prélèvements suivants :

0,1 % des cotisations au profit du compte d'action sanitaire et sociale de la caisse nationale de sécurité sociale ;

2 % des prestations légales servies par la caisse aux travailleurs indépendants et employeurs au profit du compte d'action sanitaire et sociale de la caisse.

Art. 2. — Les dispositions du présent arrêté sont applicables aux cotisations encaissées postérieurement au 31 décembre 1946.

(*J. O.*, 16 janvier 1947.)

* * *

Arrêté ministériel du 13 janvier 1947 fixant le taux de la cotisation des allocations familiales dues par les non-salariés.

Article premier. — A titre provisoire la cotisation des allocations familiales due par les non-salariés est assise sur le salaire de base du manœuvre de la catégorie la moins favorisée travaillant au chef-lieu du département.

Art. 2. — Le montant de la cotisation des allocations familiales due par les employeurs pour leur propre compte est calculée en faisant application du taux de 10 % du salaire de base du manœuvre visé à l'article précédent.

Art. 3. — Le montant de la cotisation des allocations familiales due par les travailleurs indépendants est calculé en faisant application au salaire de base du manœuvre des taux indiqués ci-après, compte tenu de la contribution de l'Etat prévue par le décret du 8 avril 1941 et par l'article 30 du décret du 10 décembre 1946, suivant la catégorie professionnelle à laquelle appartient le travailleur indépendant.

Catégorie 1. — Professions relevant des sous-groupes de la nomenclature des industries et professions de la statistique générale de la France énumérées dans le premier alinéa de l'article premier du décret du 8 avril 1941 et de l'article 30 du décret du 10 décembre 1946 : 10 %. (*Cette catégorie comprend notamment toutes les professions médicales.*)

Catégorie 2. — Professions relevant des numéros, sous-groupes et groupes de la nomenclature des industries et professions de la statistique générale de la France énumérées dans le deuxième alinéa de l'article premier du décret du 8 avril 1941 et de l'article 30 du décret du 10 décembre 1946 : 7 %. (*Cette catégorie comprend notamment les infirmières, gardes-malades, crèches et dispensaires.*)

. . . . . .

(*J. O.*, 16 janvier 1947.)

* * *

En exécution de l'arrêté ci-dessus, un arrêté ministériel du 14 janvier 1947 a fixé le montant en francs de la cotisation des allocations familiales due par les non-salariés.

Pour les employeurs de la catégorie I, la cotisation varie de 1.000 fr. dans les départements de l'Ardèche et de la Haute-Saône, à 1.250 fr. dans la Seine (catégorie II, 700 à 900 fr.).

(*J. O.*, 16 janvier 1947.)

NÉCROLOGIE

Le Docteur A. LEBLAN

Le Dr Alfred Leblan a succombé, le 23 janvier 1947, à une longue et douloureuse maladie qu'il supporta avec un stoïcisme admirable et sans illusions. Il était âgé de soixante ans à peine.

Après de solides études médicales, terminées en 1914 par une thèse intéressante, A. Leblan, qui avait déjà été initié à l'art dentaire par son père, acquit le diplôme de l'Ecole Dentaire de Paris après la fin de la première guerre mondiale et gravit rapidement les échelons de la carrière d'enseignement : démonstrateur titulaire en mars 1924 et chef de clinique d'anesthésie quelques mois plus tard, il était nommé au concours, professeur suppléant, en juillet 1927 et professeur titulaire le 14 mars 1933. Il était examinateur à la Faculté depuis avril 1929, membre du Conseil de l'Ecole Dentaire de Paris, délégué à la Fédération Dentaire Nationale. Il avait présidé la Société d'Odontologie en 1941-1942.

Mobilisé en août 1914, Leblan fit la première partie de la guerre dans des conditions très dures, comme médecin d'un bataillon de zouaves. Quelques mois avant l'armistice, il était affecté au Centre de Chirurgie maxillo-faciale de la 10e Armée que je dirigeais alors avec L. Solas. En 1939, mobilisé de nouveau, il était chargé d'un service de stomatologie à l'hôpital d'évacuation secondaire de Vittel. Il était Chevalier de la Légion d'honneur et décoré de la Croix de guerre 1914-1918.

Pendant plus de vingt ans, Leblan a dirigé à l'Ecole un service particulièrement suivi. Sa bonne grâce, son entrain, la clarté de ses exposés et la virtuosité de sa technique étaient hautement appréciés des élèves. Leblan publiait peu, préférant aux écrits les exemples pratiques au fauteuil et les leçons de l'expérience telles que les dégage un esprit clinique avisé.

Dans ses relations confraternelles, Alfred Leblan était un ami sûr et un collègue charmant. Elégant, spirituel, auteur de comédies qui connurent un vif succès, trop modeste et plein de bon sens, d'une forte culture littéraire et médicale, il lui suffisait d'apparaître dans une de nos réunions pour attirer vers lui un élan de sympathie unanime.

Pour moi, à qui l'unissait, depuis plus de quarante ans, une affection fraternelle, sa mort est un deuil irréparable et je n'évoque pas ici sa mémoire sans une émotion profonde.

Nous adressons à son fils, Jean Leblan, chef de clinique à l'Ecole Dentaire de Paris, et à Mme Jean Leblan, l'assurance de la part très grande que nous prenons à leur chagrin et de l'impérissable souvenir que nous garderons d'Alfred Leblan.

F. Bonnet-Roy.

NOUVELLES

Nominations. — Le Dr Verne a été nommé Professeur de Biologie médicale à la Faculté de Médecine de Paris.

Le Prof. Verne, en dehors de son enseignement à l'Ecole Odontotechnique, assure aux étudiants en chirurgie dentaire de nos deux Ecoles un cours très apprécié de biologie animale au Palais de la Découverte.

Nous avons le plaisir de relever également la nomination de M. Henri Desgrez comme Professeur de Radiologie médicale à la Faculté de Médecine de Paris.

Le Groupement de l'Ecole Dentaire de Paris présente ses félicitations aux nouveaux promus.

Nous relevons dans le *Journal Officiel* du 15 mars 1947, la nomination, à titre posthume, au grade de Chevalier de la Santé Publique, de M. Guyard René, chirurgien-dentiste, à Poses (Eure).

Distinction honorifique. — La Médaille d'or de l'Education Physique et des Sports, la plus haute distinction sportive, vient d'être attribuée à M. René Marguerite, Professeur suppléant à l'Ecole Dentaire de Paris, Vice-Président et Fondateur du Groupe Sportif de l'E. D. P.

Nous lui adressons nos félicitations.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

Réunion de 1947

Les membres de la S. F. O. D. F. se réuniront à Vichy du 15 au 18 mai sous la présidence du Dr de Névrezé (Salle des Sciences Médicales, avenue Thermale, Vichy).

Les questions traitées porteront sur les sujets suivants mis à l'ordre du jour :

1° *Morphologie dentaire et morphologie générale.* — Rapporteur : Dr de Névrezé ;

2° *Latéro-positions mandibulaires.* — Rapporteur : M. Beauregardt.

3° *Les facteurs biologiques en orthodontie.* — Rapporteur : Dr Cauhepé ;

4° *Les actes d'orthopédie dento-faciale et la Sécurité Sociale.* — Rapport de la Commission d'études et discussion.

Prière aux confrères qui désirent présenter d'autres travaux de le faire savoir d'urgence au Président de la Réunion : Dr de Névrezé, 2, rue Petit, Vichy (Allier).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Conférences de Stomatologie, année 1947)

Ostéites des maxillaires

Dimanche 20 avril. — Dr Hénault : *Tuberculose des maxillaires.*

Dimanche 27 avril. — Dr Cernéa : *Ostéites par agents physiques ou chimiques.*

Dimanche 4 mai. — Dr Lebourg : *Ostéites fibreuses des maxillaires.*

Dimanche 11 mai. — Dr Hennion : *Diagnostic des ostéites des maxillaires.*

Dimanche 18 mai. — Dr Cernéa : *Traitement des ostéites des maxillaires.*

Ces conférences publiques et gratuites ont lieu le dimanche matin, à 10 h. 30, à la Faculté de Médecine (Petit Amphithéâtre).

La **Revue Odontologique** nous prie de porter à la connaissance de nos lecteurs qu'elle envisage la parution d'un ouvrage exclusivement consacré aux *XXes Journées Dentaires de Paris.*

Etant donné les circonstances actuelles, cette réalisation impose de lourdes charges ; aussi a-t-il été envisagé que la parution de ce volume, dont le prix a été très justement étudié et qui s'élève à 300 francs, pourra être effectuée par souscription.

Nos confrères susceptibles de s'intéresser à cette proposition voudront bien s'adresser au *Comité de Rédaction*, 5, rue Garancière, Paris (6e).

Nouveau journal. — Nous avons reçu le premier numéro de la Revue *Paradentologie*, édité à Genève, 4, place Neuve, par l'Association pour les Recherches sur les Paradentopathies (ARPA). Cette revue paraîtra tous les trois mois. Le Président du Comité d'Administration est le Dr A.-J. Held et le Président du Comité de Rédaction, le Dr Ch. Guignard.

Nous souhaitons une heureuse carrière à notre nouveau confrère dont la présentation est particulièrement soignée.

Ouverture de Concours à l'Ecole Odontotechnique de Paris, 5, rue Garancière (6e), pour des postes de :

Deuxième quinzaine d'avril. — *Aides de cliniques* de : Dentisterie opératoire : 4 places ; clinique : 2 places. — *Clinicats* de : clinique : 2 places ; Dentisterie opératoire : 4 places ; Physicothérapie : 2 places.

Première quinzaine de juin. — *Aides de clinique* de : Bridges et couronnes : clinique : 7 places ; Dentisterie opératoire (inlays) : 4 places ; Prothèse : 1 place ; Orthodontie : 1 place ; Céramique : 2 places. — *Chefs de clinique* de : Bridges et couronnes, technique : 1 place. — *Professorat suppléant* de : Bridges et couronnes : 1 place.

Les candidats peuvent s'inscrire au Secrétariat de l'Ecole jusqu'au 31 mars.

Mariages. — Le mariage de M. Jean Gorge, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, avec Mlle Jacqueline Fort, a eu lieu le 17 février 1947, à Aigurande (Indre).

Le mariage de M. Edward Housset, interne des Hôpitaux, fils du Directeur de l'Ecole Dentaire de Paris, avec Mlle Hélène Mignot, externe des Hôpitaux, a eu lieu dans l'intimité les 7 et 10 mars 1947.

Nos félicitations et souhaits de bonheur.

Naissances. — M. Couret, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement et Mme, nous ont annoncé la naissance de leur fils, Marcel.

Mme et M. Pélicand, chirurgien-dentiste à Montluçon (Allier) nous ont annoncé la naissance de leur deuxième enfant, Claudine.

Nos félicitations.

ASSURANCES AUTOMOBILES

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos Membres que nous avons obtenu d'une excellente Compagnie d'Assurances des conditions **très intéressantes** pour les Membres du Groupement de l'**Ecole Dentaire de Paris et de l'Association Générale des Dentistes de France** qui ont à souscrire une police automobile :

1° Réduction de 15 % sur le Tarif Syndical dès la première année ;

2° Bonification supplémentaire de : 10 % après un an sans sinistre ; 15 % après deux ans sans sinistre ; 20 % après trois ans sans sinistre ; ce qui réduit la prime d'environ un tiers.

ASSURANCES INDIVIDUELLES

Une police Individuelle-Accidents, conçue spécialement pour les Chirurgiens-Dentistes, garantit des indemnités importantes qui, en cas de mutilation de la main ou du pouce par exemple, atteignent 100 % du capital assuré.

Les Membres désirant profiter de ces avantages, peuvent s'adresser au Bureau du Journal, soit directement, soit par lettre.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

A PROPOS D'UN CAS DE PROTHÈSE DIFFICILE A RÉALISER EN RAISON DE LA DYSHARMONIE DE RAPPORTS ENTRE LES DEUX ARCADES

Par le Dr J. DELIBÉROS,
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.

(*Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le 7 janvier* 1947)

Il y a quelques mois, à cette même tribune, je posais un problème de prothèse qui m'inquiétait alors et que je ne savais comment résoudre.

Je vous avais à ce moment fait part de mes intentions ; je vous apporte aujourd'hui le résultat pratique obtenu.

Il va sans dire que ce résultat est satisfaisant sans quoi je ne me permettrais pas d'abuser de vos instants. Il semble définitivement acquis ; une expérience de huit mois le confirme.

Il s'agissait d'appareiller un homme de 60 ans du type digestif pur, édenté complet du maxillaire supérieur avec conservation au maxillaire inférieur de la presque totalité des dents.

La difficulté à vaincre était conditionnée par des éléments d'importance diverse mais qui tendaient tous au même but : rendre précaire l'établissement d'une prothèse utilisable physiologiquement.

La dysharmonie des rapports existant entre les deux arcades résultait :

— d'abord d'un *manque de développement* du maxillaire supérieur ; peut-être d'un certain degré de *prognatisme mandibulaire*, peut-être encore de la distension des ligaments de l'articulation temporo-maxillaire comme on le constate chez les édentés qui cherchent inconsciemment vers en avant un dernier point de contact ;

— ensuite et surtout de la *résorption alvéolaire* se produisant, on le sait, concentriquement au maxillaire supérieur.

Par ailleurs, si les conditions d'équilibre mécanique étaient

exceptionnellement mauvaises chez notre patient, la qualité tissulaire de la muqueuse vestibulaire et palatine du maxillaire édenté n'était pas moins défavorable, crêtes très effacées, surtout à gauche, tubérosités presque inexistantes et se continuant sans différence de niveau avec la muqueuse souple du voile, attaches musculaires très basses, muqueuse vestibulaire très fragile, muqueuse palatine peu étoffée, raphé médian très proéminant et de contexture très dure.

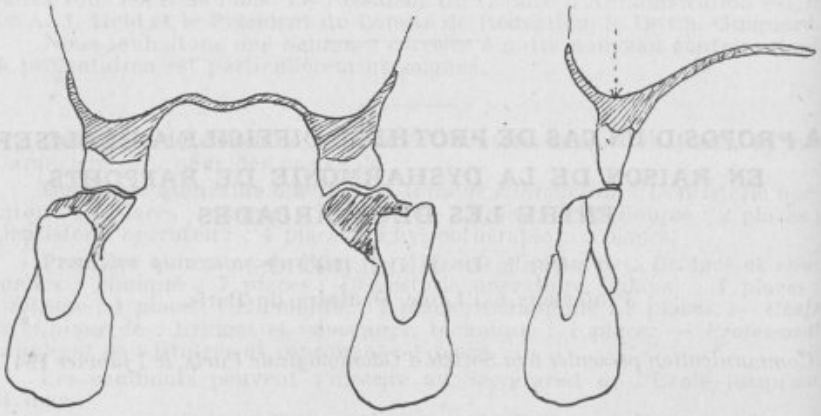


Fig. 1. — *Rapports de la prothèse supérieure avec la gouttière inférieure dans les plans frontaux et sagittaux.*

A ces difficultés techniques incontestables s'en ajoutent d'autres, *psychologiques* celles-là, tout aussi défavorables. Ce patient est difficile, son impatience est même la caractéristique de son caractère, habitué qu'il est, en raison même de sa réussite dans la vie peut-être, à voir toutes les difficultés s'aplanir devant une volonté qui n'admet aucune traverse.

* * *

Vous avez maintenant les *éléments de la partie* — j'allais dire les hostilités — qui s'engageaient entre mon impatient et moi-même.

Lui, exigeant *tout*, c'est-à-dire l'impossible, à savoir la stabilité absolue de sa prothèse à l'état statique et à l'état dynamique.

Moi, placé devant un ensemble de conditions techniques telles, que le succès semblait devoir être négatif.

* * *

C'est alors que je me suis proposé, après avoir tourné et retourné le problème, la solution dont je vais vous entretenir et que je soumets à vos critiques.

Je suis depuis longtemps convaincu que les divers procédés de prise d'empreinte, quel que soit le degré de perfection qu'on puisse leur reconnaître (je pense plus spécialement à la méthode de FRIPP) ne peuvent être un élément majeur qu'en ce qui concerne l'*adhérence* de la prothèse. Cette perfection, même atteinte, ne joue qu'un rôle très secondaire pour ce qui est de la *stabilité*. Nous pensons que *le montage des dents sur la crête alvéolaire est une condition rigoureuse* du maintien de tout appareil à l'état dyna-

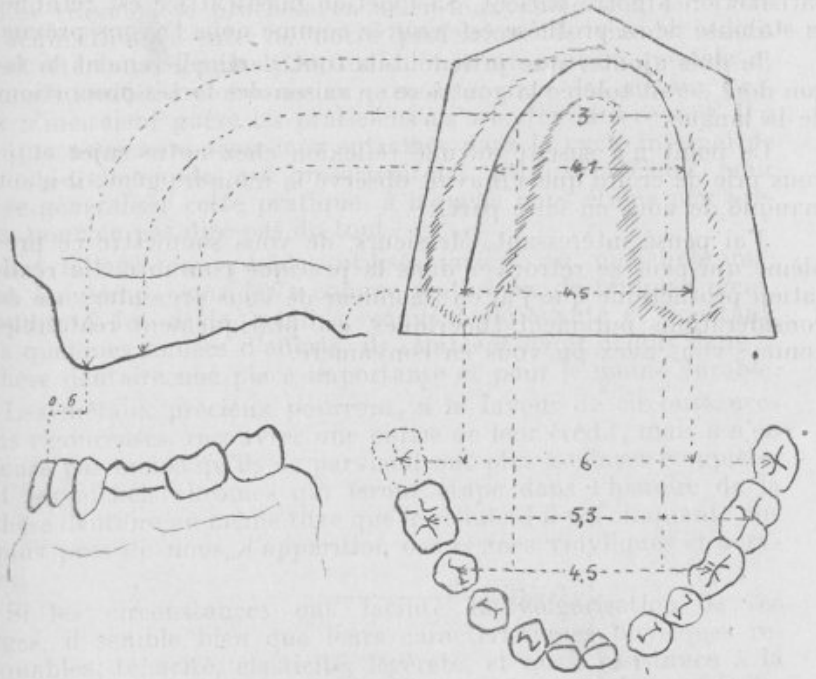


Fig. 2. — *Diagramme mettant en valeur les rapports normaux des deux arcades.*

mique tout comme l'adhérence est une nécessité inéluctable à la contention à l'état statique. Il tombe sous le sens qu'une dent montée en dehors de la crête dans le vestibule ou simplement inclinée vers le vestibule fera basculer l'appareil sous l'effet de force masticatrice même minime.

Comment réaliser dans le cas qui nous occupe, un montage correct de la prothèse ? Comment respecter cette loi fondamentale ? Il suffit de considérer les modèles dans leur rapport d'occlusion pour se pénétrer que même avec l'inversion de l'articulé qui est de pratique courante, il ne pouvait être question d'obtenir une position satisfaisante des dents du maxillaire supérieur.

Nous avons donc construit *d'abord et avant tout*, une prothèse supérieure de telle façon que la résultante des forces masticatrices

passe en dedans de la crête alvéolaire sans nous soucier des rapports d'articulé avec les dents du maxillaire inférieur.

Ensuite, nous avons réalisé, pour le maxillaire inférieur, une sorte de gouttière interne chevauchant l'arcade au niveau des molaires et fixée à cette arcade par des crochets cavaliers. Cette gouttière, réalisée en palapon, matière qui convenait tant par sa légèreté que par sa teinte, va « *chercher* » l'articulation du maxillaire supérieur à la demande.

Depuis huit mois, cet appareillage est en place et donne entière satisfaction à notre patient. Sa fonction masticatrice est rétablie, la stabilité de sa prothèse est assurée comme nous l'avons prévue.

Je dois ajouter que je redoutais tout particulièrement la façon dont serait tolérée la gouttière en raison des fortes proportions de la langue.

Ce point n'a suscité aucune réflexion chez notre sujet et je vous prie de croire que s'il avait observé la moindre gêne, il n'eut manqué de nous en faire part.

J'ai pensé intéressant, Messieurs, de vous soumettre ce problème qui peut se retrouver dans la pratique courante. La réalisation prothétique que j'ai eu l'honneur de vous présenter, née de considérations purement théoriques, est pratiquement réalisable, comme vous avez pu vous en convaincre.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TRAVAUX COULÉS EN ALLIAGES INOXYDABLES EN ART DENTAIRE

Par L.-J. Cecconi,
Chirurgien-Dentiste
Aide de clinique de prothèse à l'Ecole Dentaire de Paris

(Communication présentée au Congrès de l'A. F. A. S., Nice, septembre 1946).

Les travaux de prothèse en acier inoxydable semblent être une acquisition récente de notre profession, de timides essais avaient été faits depuis 1930, mais l'instrumentation spéciale et les succès limités à comparer au prix de revient des métaux précieux n'incitaient guère les praticiens à s'orienter dans ce sens. Il a fallu que nous nous trouvions entraînés dans le cycle infernal de l'économie allemande, qui proscrivait les métaux précieux, pour voir se généraliser cette pratique, à laquelle nous étions peu préparés, pour ne pas dire pas du tout.

Les alliages inoxydables utilisés (aciers au nickel-chrome) furent longtemps considérés comme matériaux de remplacement, l'adaptation fut aride, pénible, souvent décevante et pourtant, après quelques années d'efforts, ils semblent avoir acquis dans la prothèse dentaire une place importante et pour le moins durable.

Les métaux précieux pourront, à la faveur de circonstances moins rigoureuses, recouvrer une partie de leur crédit, mais il n'en demeure pas moins qu'ils ne parviendront plus à effacer complètement les nickels chromes qui feront étape dans l'histoire de la prothèse dentaire au même titre que le celluloïd il y a cinquante ans et, plus près de nous, l'apparition des résines vinyliques et acryliques.

Si les circonstances ont facilité la vulgarisation de ces alliages, il semble bien que leurs caractéristiques physiques remarquables; ténacité, élasticité, légèreté, et aussi résistance à la corrosion dans le milieu buccal aient été des facteurs déterminants. En effet, l'utilisation rationnelle de ces alliages à des fins prothétiques a nécessité de grosses modifications dans la technique habituelle de nos laboratoires et un gros effort d'adaptation de la part du personnel appelé à les manipuler. Il fallait des avantages certains pour justifier un tel bouleversement puisque bouleversement il y a eu.

Des avantages, d'aucuns sont encore à les discuter, pour nous ils paraissent latents, encore faut-il que soit faite une discrimination judicieuse sur l'opportunité de tel ou tel appareil, sur la conception de tel ou tel travail, et aussi sur le traitement infligé aux alliages au cours des manipulations de laboratoire.

La métallurgie de l'acier pose pour nous toute une série de difficultés que nous allons tâcher d'examiner tour à tour, c'est pourquoi j'ai cru utile de reprendre rapidement cette question de l'acier, au laboratoire.

— Qu'est-ce que l'acier ?

— Comment se traite-t-il ?

— Instrumentation ?

— Que peut-on faire avec ces alliages ?

I. — L'ACIER

L'acier est un alliage de fer et de carbone, température de fusion, 1.520°.

La connaissance de la structure des alliages fer-carbone est le fruit relativement récent de longues et patientes études. Sauveur et Robert Austen, en 1897, puis Rooseboom et Benedicky, en 1900 ; enfin, les travaux de Rosenhain, en 1911, concernant le refroidissement de ces alliages permettaient de jeter les premières bases de ce que l'on a appelé depuis le diagramme fer-carbone. Puis l'adaptation du microscope de Le Chatelier à ces investigations créait une science nouvelle, la métallographie microscopique ou micrographie.

Il existe de nos jours une vaste gamme d'aciers à usages divers : acier au tungstène, au molybdène, au vanadium, au silicium, au titane, au cobalt, à l'étain, à l'aluminium, au manganèse, au nickel, au chrome. Ces deux derniers que tout le monde connaît bien, acier au nickel, acier magnétique utilisé pour les rotors des machines électriques, et les moteurs d'avion ; acier au chrome, particulièrement utilisé dans la coutellerie fine, couteaux inoxydables.

Il semble bien que l'idée première de l'emploi de l'appareil tout acier, dans un but thérapeutique, revient à Hauptmeyer, qui présenta ses travaux à Iéna, en 1919, bien qu'avant lui de nombreux praticiens avaient déjà eu recours à des appareillages mixtes : vulcanite acier, fil d'acier, surtout en orthodontie (1906), appareils extenseurs de Godon, Bonnard, Douzillé, de Croes, Coffin et Cecconi.

Hauptmeyer créa une technique appropriée qui révolutionna les méthodes d'appareillages métalliques d'alors.

Après avoir cité Hauptmeyer, il est deux confrères qui jouèrent également un rôle important dans la vulgarisation et l'adaptation de l'acier à la prothèse dentaire et que je regretterais de ne pas mentionner ici en leur exprimant notre gratitude, ce sont Charlier et De Coster.

Actuellement les aciers utilisés en art dentaire sont en général des aciers contenant une plus ou moins grande quantité de chrome et de nickel variant suivant les fabrications, mais dont les proportions sont toujours sensiblement dans les mêmes limites, d'où le nom par abréviation d'acier 18/8.

Voici, à titre d'exemple, les proportions d'un acier couramment utilisé : le wipla : chrome 17, 80 %, nickel 8, 56 %, donc, en général, chrome variable de 18 à 20 % et nickel de 8 à 10 %.

Le nickel, densité 9 ; température de fusion 1.484°. Joint à l'acier ordinaire, il abaisse la température des points de transformation. Il a également l'avantage de lui conférer une grande malléabilité.

Le chrome, densité 6,92 ; température de fusion 1.778°, allié au fer et à l'acier, leur confère l'inaltérabilité. Les aciers au

chrome résistent à la corrosion dans la proportion de 13 % de chrome (BREARLY). Le fait de joindre le chrome à l'acier ordinaire a pour résultat d'abaisser la température propre aux transformations allotropiques du fer.

Propriétés physiques de l'acier. — Fusion 1.440°, densité 7,7 à 7,8 ; conductibilité thermique 0,003 unité C. G. S. à titre de comparaison :

Cuivre : conductibilité thermique : 0,92 unité C. G. S.
Fer : conductibilité thermique : 0,15 unité C. G. S.
Coefficient de dilatation : 1 fois 1 /2 celui de l'acier.

Caractéristiques mécaniques de l'acier. — A l'état austénitique après hypertrempe pour l'acier 18 /8 :

Charge de rupture.....	R	= 60-70 Kgr. mm².
Limite élastique.....	E	= 22-33 Kgr. mm².
Allongement.....	A	= 45-55 %

A côté de ces aciers primitivement utilisés pour les travaux coulés, il semble que de nos jours de nouvelles combinaisons connaissent une faveur grandissante, ce sont des alliages ne contenant pas de fer, mais essentiellement composés de cobalt, chrome et tungstène, additionnés dans une proportion variable, c'est ce qui constitue le secret de fabrication, d'autres métaux accessoires, entre autre titane et molybdène. Le point de fusion de ces alliages est légèrement inférieur à l'acier chromé et leur dureté est également moins grande. Je ne m'étendrai pas sur l'historique de ces alliages, l'important à savoir c'est la dénomination générale de ces fabrications groupées sous le nom Vitallium. Ces alliages ne se modifient pas par la chauffe, ne se rétractent pas, sont rigoureusement inoxydables, il est possible de les souder à un élément en acier inoxydable ; il est également possible de réaliser une brasure autogène en recoulant sur une pièce déjà existante en cet alliage, un élément supplémentaire.

Et dans un autre ordre d'idée, je rendrai ici un hommage justifié aux travaux de M. le Dr SOLAS sur la terminologie et la rationalisation du vocabulaire scientifique, en effet, nous avons depuis un certain temps (quatre ans environ), deux alliages différents à notre disposition et de nos jours on voit encore utiliser avec une parfaite indifférence et je dirai même à tort et à travers, soit le terme d'acier inoxydable, soit celui de nickel-chrome, sans aucune discrimination, ce qui pourrait être parfaitement préjudiciable, ainsi qu'on le verra plus loin, à la qualité des travaux exécutés.

On les trouve dans le commerce sous les noms les plus variés dont le plus connu fut le Remanit.

Pourquoi l'acier a-t-il séduit si rapidement les praticiens, c'est surtout en raison de sa résistance à la corrosion, en effet, les aciers au nickel sont très employés dans la marine, en raison de leur bonne tenue dans les acides et dans l'eau de mer. Il semble que ce soit l'alliage ferreux ayant la meilleure résistance dans le milieu buccal. De plus sa densité et sa résistance physique permettent l'établissement de prothèses infiniment plus légères ; enfin son prix de revient modique jusqu'à ces derniers temps.

Par contre, sa grande dureté, utile jusqu'à un certain point, constitue pour nous, dans quelques travaux, un obstacle, voir même une contre-indication.

Tous les aciers chromes utilisés par nous jusqu'à ce jour, étaient surtout destinés à des fabrications d'objets ménagers, instruments, ressorts, pièces de moteurs, de sorte que la principale qualité recherchée était surtout l'augmentation de la résistance et de la dureté, et nous tombons dans ce cycle malheureux que plus on veut obtenir un acier inaltérable, plus on le durcit par adjonction de chrome et toutes autres manœuvres, cémentation, nitruration, etc...

Et je vais faire une courte digression pour exprimer un regret : c'est, dans notre profession, trop souvent le fournisseur qui nous impose ses produits et trop rarement le praticien qui fait connaître ses directives ; pourquoi ? il y a là une lacune qui semble-t-il, puisqu'il s'agit de santé publique, devrait être comblée depuis longtemps.

II. — LES REVÊTEMENTS

Une des principales difficultés pour la réalisation des travaux en acier coulé fut le revêtement. Les revêtements utilisés pour l'or ont été surtout étudiés pour un degré de chauffage voisin de 1.100°, mais ne sont plus suffisants pour un chrome-nickel fondant entre 1.300° et 1.450° par exemple. De plus il est devenu nécessaire de demander à ces revêtements autre chose que de neutraliser la dilatation comme pour l'or, il faut aussi éviter la cristallisation et l'oxydation. Pour ce faire chaque fabricant d'acier a vendu son revêtement dit spécial.

La caractéristique générale de ces revêtements est d'être neutre, c'est-à-dire de ne pas contenir de plâtre (sulfate de calcium), lequel chauffé dégagerait de l'anhydrite sulfurique, nuisible tant au chrome qu'au nickel.

Pour des raisons analogues se méfier de l'eau qui est également préjudiciable à tous les aciers.

J'ajouterai, à titre indicatif, les proportions semblant correctes des divers revêtements :

Poudre : 100 gr. Liquide : 20 cm3.

Une analyse de ces divers produits nous a confirmé quelques facteurs constants ; par exemple, aux anciennes substances employées dans différentes proportions, viennent s'ajouter des solutions liquides dans lesquelles on trouve de l'acide phosphorique et des traces de silicate d'alumine.

Voici les résultats qu'a donné l'analyse d'échantillons de marques diverses :

Poudre :				*Liquide* :			
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				

Et voici l'intéressant commentaire qu'en a fait notre très distingué et très qualifié confrère Ch. BENNEJEANT.

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 sôle basique.

L'oxydation du phosphore l'amène à se fixer sur l'élément basique et affine le métal :

$$2\,(Fe\,3P) + 5\,(FeO) + 3\,CaO \rightarrow P_2O_5\,3\,CaO + 11\,Fe$$

En réalité, l'excès de silice ne permet pas cet affinage, tout au plus peut-on lui assigner un rôle décapant lorsqu'un chauffage forcené ne lui fait pas partir à l'état d'anhydride.

Divers essais réalisés ont montré que le Kaolin semble être le constituant des poudres commerciales.

L'alumine, associée au Kaolin, conserve la prise au mélange de revêtement. 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.

A mon avis, c'est toujours M. BENNEJEANT qui parle : nos mélanges réfractaires doivent se perfectionner dans un avenir prochain, mais le mélange cité plus haut, par sa prise à température ordinaire, constitue une utile amélioration.

III. — LA MISE EN REVÊTEMENT

La mise en revêtement a ceci de particulier, par rapport aux mises en revêtement auxquelles nous étions habitués, c'est que la façon générale de procéder consiste à faire alterner des couches de revêtements humides, avec des couches de revêtements secs en poudre, ce qui a pour effet de hâter la déshydratation et d'éviter ainsi au maximum les craquelures, fissures, etc...

Dans le même but, on devra utiliser le revêtement liquide le plus épais possible et le plus pâteux possible.

Les tiges de coulées doivent être beaucoup plus grosses que celles employées pour l'or, diamètre 2 à 3 $^{m}/_{m}$ et leurs nombres doivent être augmentés, en effet, il est actuellement admis qu'une tige de coulée de 1 $^{m}/_{m}$ alimente 1,50 cm2 de surface, donc augmenter leur nombre, ceci variant également en raison de l'épaisseur de la pièce à couler, par exemple, pour un bridge, compter une tige par élément. Ne pas oublier les évents devant faciliter l'évacuation des gaz et à ce sujet je ne manquerai pas de signaler le dispositif des plus heureux préconisé par M. MARGUERITE. Il s'agit d'un fil fin enduit de cire allant de l'extrémité de la pièce au socle, au chauffage le fil est aisément retiré, le petit canal est suffisant pour l'évacuation des gaz et insuffisant pour permettre le passage du métal en dehors du moule.

Lorsqu'il s'agira de la mise en revêtement d'une plaque décolletée ou de gouttières, on ne saurait trop recommander une mise en revêtement en deux temps dont le premier sur le modèle, le poids du revêtement risquant de déformer les pièces en cire d'une certaine étendue.

Ne pas omettre, avant la mise en revêtement, de laver soigneusement avec un pinceau imbibé d'alcool à 60°, la surface à recouvrir, afin de la débarrasser de toutes impuretés ou corps gras pouvant nuire à la bonne adaptation du revêtement.

Enfin, je terminerai en recommandant pour la mise en revêtement, la substitution à la gaine cylindrique, d'une gaine tronconique dont j'ai déjà, au cours d'une précédente étude, signalé les avantages que je résume brièvement ici : *pour la coulée* :

Réduction des risques de variations de température aux parties extrêmes des pièces à couler.

Augmentation de la surface d'évaporation.

Epaisseur de revêtement uniforme sur toute la surface des pièces à couler.

Pour la mise en revêtement :

Augmentation de la visibilité.

Facilité plus grande de manœuvre de mise en revêtement.

Facilité également pour retirer de la gaine le moule avant la chauffe si l'on a l'habitude d'enlever le cylindre pour lui épargner les méfaits de l'arc électrique, dès les premières minutes de chauffage, la gaine se dilate et le moule peut en être séparé facilement.

IV. — DU CHAUFFAGE DU MOULE

Question extrêmement délicate normalement et rendue encore plus épineuse par les difficultés actuelles. Son importance semble bien d'ailleurs être confirmée par la récente éclosion de nombreux fours à sécher, avec chambre thermique, à degrés variables et à régulateur de température.

On avait coutume pour les métaux précieux de distinguer trois phases différentes :

a) Deshydratation du moule, fonte de la cire ;

b) Chauffage du moule proprement dit ;

c) Chauffage et fonte du métal à couler.

Pour l'acier, la première et la troisième phases surtout sont importantes.

Déshydratation. — Nous avions pris l'habitude, avec les métaux précieux, de considérer la déshydratation comme un temps tout à fait différent du séchage, pour la raison simple que nous utilisions des revêtements à prise rapide, et c'est ainsi que l'on confond prise, séchage et durcissement. En réalité, l'emploi des revêtements spéciaux pour acier plus proches de ceux couramment usités en métallurgie que nos anciens gros grain et grain fin, nous montre que ces deux temps se trouvent intimement liés et nous ramènent ainsi à des données plus exactes et plus précises de ce qui

se passe. Le véritable durcissement ne saurait être atteint sans une déshydratation très poussée et suivant les mélanges employés, celui-ci a lieu à telle ou telle température.

L'influence de la chaleur sur la prise de nos ciments, par exemple, est bien connue de tous praticiens, pour les revêtements généralement vendus dans le commerce, le durcissement paraît complet en une heure environ à la température ordinaire, soit entre 10° et 20°, mais pour certains revêtements, par exemple ceux contenant du ciment d'alumdum, il convient d'élever la température, le séchage a lieu au four et le durcissement complet est obtenu à 200°.

Le séchage et la déshydratation s'obtiennent soit dans le four à sécher cylindrique à gaz, c'est le modèle classique de nos laboratoires, soit dans des fours récemment construits à ces fins, c'étaient, il y a quelques années, des fours à gaz, on trouve maintenant des fours électriques avec pyromètre qui permettent une plus grande précision et enfin des fours électriques avec non seulement contrôle de la température, mais aussi contrôle de l'atmosphère, laquelle peut être à volonté oxydante ou réductrice ou correspondant à tel gaz par exemple : azote, ou à tel mélange gazeux.

Si l'on se sert de ces fours la chose est grandement facilitée, mais, si l'on a encore recours à notre vieux four cylindrique, voici quelques notions complémentaires, *la déshydratation* doit s'opérer sur une flamme molle, très large.

Premier stade. — Le moule n'est pas en contact direct avec la flamme, température environ 40°.

Deuxième stade. — Fonte de la cire, température environ 80° à 90°, ne pas oublier de disposer le moule, la pointe de coulée face à la flamme, sur la face intérieure du moule, de façon à permettre l'écoulement de la cire fondue par le conduit.

Plus la chaleur est lente, plus l'évaporation est progressive et mieux elle se fait, écartant ainsi les risques de porosités et de fissures dans le revêtement. Augmenter autant que possible la surface d'évaporation. *Chauffage du moule proprement dit.* Le moule tout entier doit être porté au rouge, mais il faut éviter la chaleur brutale, les phases successives, chaud, froid, chaud, et aussi le surchauffage *qui abime le moule* et nuit à la netteté de la coulée.

V. — DU CHAUFFAGE ET DE LA FONTE DU MÉTAL

Entre cette opération et la précédente il est souhaitable que la perte du temps soit réduite au strict minimum, or il arrive fréquemment qu'un incident quelconque survient et retarde toutes les manœuvres, surtout lorsque la coulée se fait à la fronde, système le plus couramment usité de nos jours : c'est le moule rouge qui bascule de la fronde et tombe ; c'est le choc de la pince porte-moule contre le montant de la fronde qui fait tout basculer ; c'est, enfin, le métal à mettre sur le moule qui tombe à côté, etc.... etc... ; pour la question de stabilité du moule dans la fronde,

l'emploi de la gaine conique, de par sa forme, contribue avantageusement à supprimer ce risque.

Pour la gêne provoquée par les montants parallèles de la fronde, D. Cecconi y avait obvié, depuis longtemps, en préconisant l'emploi d'une fronde à branches écartées en arc de cercle, ce qui avait l'avantage de dégager la partie supérieure du moule où l'on doit placer le métal à couler.

De plus, lors du chauffage dans le moule de la masse de métal à couler, avec les montants parallèles de la fronde, il arrivait fréquemment que l'un des deux charbons touche les montants d'où court-circuit et interruption de l'arc et de la chaleur ; il faut alors rapprocher les charbons et recommencer les manœuvres d'allumage de l'arc. Avec le dispositif montant arc de cercle, l'espace se trouve libre au niveau de la partie supérieure du moule et de la masselotte de métal, le précédent inconvénient ne risque plus de se produire.

Si, au lieu de chauffer à l'arc électrique, vous chauffez au chalumeau oxy-acétylénique vous devez, en plus du réglage du chalumeau, régler les mano-détenteurs de vos bouteilles, etc... toutes manœuvres qu'il est impossible de faire d'une main et nécessite la présence d'un aide.

Nous avons donc modifié le dispositif de la fronde précédente en y ajoutant une articulation au tiers inférieur des montants, ce qui dégage totalement la partie supérieure du moule, permet de poser la fronde, contenant son moule, sur un banc à souder par exemple, d'ajouter le métal à fondre dans un champ entièrement libre, enfin, dans le cas de gros moules destinés à une grande plaque, qui sont parfois pesants et fatigants à tenir à bout de bras, quelques minutes avant la coulée proprement dite, il devient aisé de les chauffer calmement et de ne s'en saisir qu'au moment opportun.

Si, pour une raison quelconque, il n'a pas été possible d'exécuter assez rapidement les manœuvres transitoires citées plus haut, on a un cylindre qui s'est refroidi, alors qu'avec notre chalumeau à gaz il paraissait aisé de réchauffer le moule en agrandissant la flamme et en soufflant un peu plus fort, au détriment du métal il est vrai ; avec l'arc électrique il est impossible de réchauffer le moule, il faut avoir la sagesse de le remettre à chauffer. De même avec le chalumeau oxy-acétylénique, sans quoi la coulée est partielle et surtout le métal coulé manque d'homogénéité et le résultat est, bridge ou plaque cassants, s'oxydant facilement, etc...

Donc tout est à recommencer, d'où une dépense de temps et de matériaux, ce qui a une importance relative, mais dans une époque moins heureuse, où la durée d'attribution, soit de gaz, soit d'électricité, était limitée, il était souvent difficile de recommencer l'opération dans la même journée.

De plus, *le respect de la constance de température* dans les travaux en acier coulé, a une importance telle que je veux, ici, ouvrir une parenthèse pour mieux attirer votre attention sur ce point capital et faire mieux comprendre les dangers qu'il peut y avoir à s'écarter de cette règle de conduite.

L'acier employé en prothèse est formé à l'état austénitique, c'est-à-dire qu'il se trouve dans des conditions normales de structure moléculaire pour résister au mieux aux influences chimiques et mécaniques. Au cours du chauffage, il peut perdre cet état, par excès de chauffage ou insuffisance de chauffage.

Par exemple : en chauffant entre 500° et 900°, l'acier change de structure par apparition de carbure (le long des joints des cristaux polyédriques de la solution solide). Il y a donc le plus grand intérêt à éviter cet écart de chauffage.

En chauffant l'acier à l'air libre il donne à température élevée de l'oxyde magnétique Fe3 04, connu dans les forges sous le nom de *Battiture*, en présence d'humidité il se forme de l'oxyde ferrique hydraté ou rouille Fe2 03 + n H2 0.

Au cours des divers traitements thermiques on peut également trouver d'autres corps provenant de la décomposition de l'air voisinant le lieu de chauffage, notamment du soufre et surtout de l'azote, qui forme des nitrures, ce qui, pour nous prothésistes, constitue un désavantage d'autant plus grand que la nitruration a pour résultat le durcissement superficiel de l'acier.

C'est pourquoi dans l'industrie les traitements thermiques de l'acier se font toujours dans des fours : fours à gaz ou électrique ; ces fours permettant d'obtenir avec toute l'exactitude voulue le degré précis de température ; ils ont en outre l'avantage de permettre aussi d'y établir l'atmosphère que l'on désire à volonté, soit oxydante, soit réductrice, soit tel gaz, azote par exemple pour nitruration.

Certains chauffages s'effectuent maintenant en bain de sels qui offrent des avantages incontestables, entre autres, réduction du temps de chauffage nécessaire, puis l'élimination totale du risque d'oxydation ou de décarburation. Les bains employés sont à base de cyanure de sodium, pouvant chauffer jusqu'à 850°, ou bains de sel anhydre de chlorure de baryum, utilisable à partir de 950°.

Si je donne ces quelques détails c'est pour bien faire ressortir l'importance attachée dans l'industrie à la question chauffage, degrés de chauffage et constance de température.

Pourquoi cette importance ? parce que l'acier et ses alliages ont ceci de particulier, c'est de changer de propriétés physiques avec la température. Ainsi entre 1.500° et 900° le fer dissout le carbone et n'est pas magnétique, c'est ce qu'on appelle le fer gamma : entre 900° et 750° il ne dissout plus le carbone mais n'est pas magnétique, c'est le fer alpha ; en dessous de 721° le fer devient magnétique, ce sont les transformations allotropiques.

Et pour résumer cette question de chauffage, un manque ou un excès de chauffage crée une modification cristalline du métal qui provoque ce que l'on appelle des amorces de rupture ou points de moindre résistance, vers où convergeront les lignes de force déviées de leur orientation primitive.

Ces tensions supplémentaires auront pour résultat un effort excessif du métal dépassant sa charge de rupture normale, puisqu'elles viendront s'ajouter à l'effort externe et l'on arrivera à ce

résultat presque surprenant pour un profane, mais bien connu de tous les sidérurgistes que le métal fatigué par un travail excessif *continuera à se fatiguer*, donc à s'user même *lorsque l'appareil ne sera plus en fonction* et sera *au repos hors de la cavité buccale.*

Aussi pour éviter une partie des ennuis cités plus haut, ai-je eu l'idée d'adjoindre à notre fronde le dispositif suivant :

Le plateau de la fronde est combiné avec un manchon fait d'une feuille d'amiante enroulée sur une carcasse de fil métallique qui tient sur le plateau de la fronde par emboîtement, sa hauteur est légèrement supérieure à celle du moule, le tout est surmonté d'un couvercle tronc conique pourvu à sa partie supérieure d'un ajourage laissant passer la flamme (par exemple, imaginez un abat-jour). Grâce à ce dispositif le moule se trouve enfermé dans une sorte de four en amiante. Il en résulte d'une part une économie de l'énergie utile au maintien de la constance de la température par suite de l'utilisation maximum de la chaleur réfractée et de la réduction des déperditions de chaleur par conduction, donc plus grande sécurité dans les manipulations et, un accroissement des chances de réussite.

Je ne conclurai pas qu'il est nécessaire de bouleverser nos pratiques, mais je pense, en effet, que nous devons insensiblement nous rapprocher de la façon de faire des sidérurgistes pour améliorer nos résultats. L'utilisation du four pour le chauffage est déjà un fait acquis actuellement dans nos laboratoires et je ne veux manquer de citer un petit four parfaitement abordable et pratique, à température et atmosphère réglables, présenté à la Société Odontologique de Paris, à sa séance du 1er mai 1945, par M. WALTER.

Il était d'usage, pour la coulée des métaux précieux, de préparer avant sa masselotte ; avec l'acier, au contraire, ici, mettre le métal directement dans le cône de coulée, sans l'avoir chauffé au préalable, utiliser toujours du métal neuf, car le métal provenant de coulées précédentes se trouve inévitablement saturé d'oxydes divers puisque refroidissant au contact de l'air ambiant.

Chauffer directement avec l'arc toute la masse du métal, en tenant l'arc à 3 cm. environ du métal et en effectuant un mouvement circulaire, puis se rapprocher progressivement jusqu'à 1 cm. du métal, jusqu'au moment où le métal a pris l'aspect du mercure. Puis tourner énergiquement la fronde, la rapidité du départ ayant une grande importance sur la réussite de *la coulée.*

Pendant les manœuvres du chalumeau ou de l'arc électrique, porter des verres teintés ou même le masque protecteur et également, lorsqu'il s'agit de couler avec une fronde ordinaire, je ne saurais trop conseiller de mettre un gant à la main qui tient la fronde et qui se trouve le plus exposée aux radiations de l'arc, surtout si on se livre à de fréquentes coulées comme c'est le cas chez les façonniers.

En effet, il est un danger auquel on ne pense pas toujours lorsqu'on utilise l'arc électrique, ce sont les radiations nuisibles émisent par l'arc ; elles comprennent des rayons ultra-violets et des rayons infra-rouges.

Les rayons ultra-violets provoquent de la conjonctivite, affec-

tion peu grave mais très douloureuse. Ils agissent aussi sur la peau où ils déterminent une altération, dermatose, qui est caractérisée par une desquamation de l'épiderme. L'infortuné opérateur a la peau qui pèle, puis, s'il n'y prend garde la brûlure devient profonde et l'on voit apparaître des crevasses extrêmement rebelles et risquant de s'infecter secondairement du fait des manipulations de laboratoire : dermite calorique, dermite érythémateuse, dermite bulleuse ou dermite escharotique (suivant que la brûlure est de premier, deuxième ou troisième degré).

Les rayons infra-rouges sont plus dangereux que les précédents, car leur action sur les tissus et l'œil en particulier est très lente et disparaît mal, laissant toujours des traces. Aussi doit-on se méfier d'un accident dont les effets ne sont perçus qu'au moment d'y remédier, c'est-à-dire trop tard.

Enfin, je ne voudrais pas terminer ce chapitre sans attirer l'attention sur l'action de l'arc électrique sur l'air ambiant. Il agit sur les composés de l'air, ce qui, dans quelques cas, peut provoquer la formation de vapeurs nitreuses (bioxyde d'azote), lesquelles peuvent causer de sérieux troubles en atmosphère confinée.

D'autre part la haute température volatilise certaines substances telles que silicates alcalins, oxydes métalliques et produits organiques, lesquels polluent l'air sous forme de gaz et de fumées.

Si j'insiste sur ces quelques points c'est afin d'éviter à mes confrères de désagréables surprises, que la généralisation dans nos laboratoires de l'utilisation de l'arc électrique pourrait bien leur réserver ; à savoir qu'il existe un certain nombre de règles d'hygiène et de sécurité édictées par la Chambre Syndicale de l'Acétylène et de la Soudure Autogène, que nous avons tous le plus grand avantage à ne pas ignorer.

VI. — RÉPARATION

Refroidissement. — *Le refroidissement* doit se faire en deux temps, d'abord attendre un abaissement de la température de coulée, soit de 1400° aux environs de 1000° à 1100°, puis alors refroidir brusquement par immersion dans l'eau ou toutes autres méthodes, ce deuxième temps ayant pour effet de faciliter le démoulage que l'on pourra achever à la sableuse, s'il reste une petite couche de revêtement vitrifié à la surface de la pièce coulée.

J'insiste sur le temps d'arrêt avant immersion pour éviter les accidents qui pourraient survenir par formation trop rapide de vapeur d'eau, laquelle risque de se trouver sous pression en cas de coulée incomplète ou de fissures dans le revêtement, cette vapeur sous pression produisant une explosion plus ou moins forte pouvant aller jusqu'à la projection aussi violente qu'inattendue, soit d'une partie du moule, soit du moule tout entier d'où risque de contusion plus ou moins grave.

Manœuvres mécaniques. — Une fois la pièce démoulée on procède au dégrossissage, à l'ébarbage à la lime ou à la meule, et à une manière d'avivage complet à l'aide de la sableuse ; puis, correction, retouche et vérification des surfaces articulaires au tour avec meule et pointes montées, ne pas oublier de se protéger les yeux, je crois utile d'insister sur ce point en raison des accidents

nombreux au cours de réparations au tour, il arrive fréquemment que de très fines particules d'émeri, et surtout les plus dangereuses de métal, se trouvent projetées dans la cornée, et ceci malgré les plaques protectrices dont se trouvent munis la plupart de nos tours actuels. Donc, se munir de lunettes à verres neutres mais à monture très large.

Enfin, le brunissage, opération bien connue des praticiens et qui a pour but de condenser les mollécules superficielles du métal.

Traitements thermiques. — *Le recuit* est une opération qui a pour but de ramener la malléabilité et la ductilité du métal, ceci est particulièrement utile après l'écrouissage, mais n'est d'aucun intérêt pour les travaux coulés en général, je n'en dirais pas autant de la trempe qui présente pour nous le plus grand intérêt.

La trempe est une opération thermique qui a pour but d'augmenter ou de modifier d'une certaine façon la dureté, la résistance et l'élasticité du métal utilisé.

Elle varie avec le métal ou l'alliage employé, le but recherché, la température de chauffage, le bain de trempe, etc...

En effet, deux facteurs influent : c'est le degré de la température de chauffage et, deuxièmement, la vitesse de refroidissement.

Et ici, encore, je veux attirer l'attention sur la difficulté de chauffage de la pièce à tremper ; en effet, si nous procédons avec nos moyens habituels, il se trouve que la partie extérieure du métal sera plus chauffée que le milieu, donc, l'une ou l'autre sera trop chauffée ou pas assez, d'où trempe inégale et résultats douteux ; là encore il y aura le plus grand intérêt à utiliser le four à chauffer qui permettra une répartition plus uniforme de la chaleur.

Le revenu est un recuit léger supplémentaire ayant une action correctrice sur une trempe trop poussée, trempe trop dure.

Et, à ce propos, c'est ce qui nous arrive le plus souvent avec l'acier, sa trop grande dureté ; M. Mir, ingénieur A. et M., nous conseille l'hypertrempe.

L'hypertrempe a pour effet de ramener la limite élastique et la dureté du métal à des valeurs comparables à celles de l'or à 20 carats et se rapproche des caractéristiques de l'émail naturel (137 Brinell). C'est en effet là une des pratiques les plus intéressantes qui puisse nous être proposée. Son opportunité demeurant variable avec chaque cas d'espèce. L'hypertrempe doit s'effectuer entre 1050° et 1150°, toutefois, autre inconvénient à ne pas oublier pour éviter l'oxydation du métal durant la chauffe. M. Mir nous recommande également l'usage du four électrique avec pyromètre ; puis refroidir brusquement, de préférence dans un bain d'eau alcoolisée à 10 % ; ceci pour les pièces peu importantes et qui, par conséquent, ne possèdent qu'une faible masse calorifique.

Pour les pièces exigeant une durée de chauffage plus longue on pourra les traiter dans un four à bain de sel anhydre de chlorure de Baryum (fusion 950°).

Traitements chimiques. — *Le décapage* a pour but de débarrasser le métal des impuretés qui pourrait encore subsister,

cristallisation de flux à couler (borates), oxydes métalliques divers, etc... Je pense qu'il est bon de réserver cette opération comme dernier stade avant le polissage, afin de ne pas avoir à renouveler ce qui, dans certains cas, finirait par être nuisible.

Pour ce faire, utiliser un bain eau et acide chlorydrique du commerce en parties égales, ajouter 5 % d'acide nitrique, élever la température du bain à 50° environ, maintenir quelques minutes. Certains conseillent judicieusement ensuite de porter la pièce dans une solution neutralisante basique.

En général, lorsque les diverses opérations ont été bien conduites, il y a peu d'oxydation et je pense que l'on peut s'abstenir de cette dernière pratique qui *est devenu inutile* ; toutefois, dans le cas où il y a eu du fait des procédés trop empiriques une surchauffe ou autre altération, procéder d'une façon extrêmement limitée au décapage qui doit rester superficiel, sans quoi toutes les complications seraient à envisager, y compris la plus élémentaire, celle de tout recommencer. Donc, se méfier du décapage sur un acier déjà mal traité et enfin, pour terminer, je rappelle que les alliages à couler, dit « Vitallium » ou rentrant dans cette classe sont rigoureusement inoxydables, il est donc parfaitement inutile de les soumettre à un traitement chimique.

Le polissage. — Dernière des opérations de réparation, le polissage a une importance d'autant plus grande qu'il améliore les conditions de défense du métal aux agents chimiques ambiants et qu'il facilite l'hygiène du porteur d'appareil. Je n'insisterai pas sur cette notion d'hygiène buccale déjà mise au point par plusieurs auteurs, et notamment par le Dr Roy.

Alors que pour les métaux précieux le polissage est une opération délicate demandant beaucoup de légèreté, pour l'acier, métal dur, au contraire, on aura recours à des procédés plus énergiques, les risques d'usure étant beaucoup diminués ; c'est ainsi que le polissage se fera avec des brosses de crin et non des brosses de soie ; choisir des brosses dures, c'est-à-dire courtes.

On ébauche le ponçage avec des disques en feutre de 4 à 5 centimètres et si l'on veut, on pourra avoir recours au cône en feutre classique, mais celui-ci sera surtout utile pour le ponçage de la surface triturante, encore faudra-t-il un feutre tout petit, pour les autres faces de la pièce (bridge ou plaque) ; les disques en feutre, moins rigide que le cône, épousent mieux les anfractuosités vestibulaires ou palatines.

La poudre employée en solution aqueuse est un silicate double d'aluminium et de potassium.

Après le ponçage, le lustrage peut se faire avec un carbonate de chaux et qui confère au métal un léger éclat.

Le « sulfate ferreux » qui donne un très bon résultat avec les métaux précieux ne semble pas devoir être retenu ici, on devra lui préférer un sesquioxyde de chrome, vulgairement connu sous le nom de « vert de chrome » lequel utilisé avec une brosse dure confère à une pièce parfaitement adoucie à la ponce un brillant et un éclat durables.

VII. — QUE PEUT-ON FAIRE AVEC CES ALLIAGES

Eh bien, il semble, *à priori*, que tout ce qui a été fait jusqu'ici en métal précieux soit réalisable en alliage inoxydable.

Ceci, au point de vue fabrication, ce qui ne veut pas dire que les résultats fonctionnels recherchés soient satisfaisants. Je me place seulement au point de vue manipulation de laboratoire.

Mais voyons d'abord le point de vue biologique : il est indéniable que la tolérance des tissus de contact est loin de celle presque idéale des métaux précieux d'où limitation de l'emploi et étude sévère et judicieuse de chaque cas présenté. La connaissance des travaux et des conclusions de M. le Dr Hulin sur le paradentium nous seront ici d'un précieux secours. Respecter au maximum l'intégrité tissulaire, notion fondamentale *devant présider* à l'élaboration de chaque devis prothétique conformément aux conceptions biologiques généralement admises maintenant et si bien remises récemment en honneur par M. Housset. Soucieux de présenter une étude aussi objective et impartiale que possible, je ferais donc appel à l'opinion de quelques confrères français ayant déjà fait des travaux sur l'acier.

Voici ce que disait à ce sujet M. R. Leriche, chirurgien-dentiste à Paris, dans son rapport sur la prothèse de l'acier, au Congrès des Chirurgiens-Dentistes Indépendants, en 1944 :

« Il est évident que certaines prothèses seront abandonnées, « notamment les couronnes et les bridges en acier coulé ou en « nickel chromé. Cependant, les plaques-base en acier coulé ou en « alliage estampé (nickel chromé) paraissent être bien supportées « en bouche. Je n'en dirai pas autant des crochets en métaux non « précieux qui ne paraissent pas, à l'heure actuelle tout au moins, « donner de bons résultats, en ce qui concerne leur élasticité. La « question des soudures a donné aussi des déboires et l'on voit « des prothèses comportant la plaque-base en métal non précieux « à laquelle sont soudés à la soudure d'or des crochets en or laminé « et ajustés à la pince après bouterollage, en ce qui concerne les « crochets planés, qui donnent certainement de bien meilleurs « résultats.

« Il en résulte, à l'heure actuelle, une économie appréciable « des métaux précieux qui n'est pas à négliger. On m'objectera « que le bimétallisme n'est pas recommandable et je suis de cet « avis, mais à l'heure actuelle il faut chercher à concilier tous les « intérêts. »

Puis, c'est M. Soulet, chirurgien-dentiste, à Clermont-Ferrand (Congrès des Dentistes, octobre 1944) :

« *Avenir des métaux de remplacement en prothèse dentaire.*

« D'abord, l'incontestance du résultat de la coulée par impos- « sibilité de contrôle de la température et très souvent dépasse- « ment considérable du point de fusion, provoquent des oxydations « et des modifications de l'alliage.

« Ensuite, le manque de ténacité de ces aciers, les barres qui « relient les selles, les points d'appui continus et surtout les cro- « chets coulés avec la plaque se déforment avec beaucoup de faci-

lité. La retrempe de ces plaques dans des fours à pyromètre peut « améliorer ces gros défauts.

« En général, nous sommes donc amenés à augmenter l'épais- « seur de nos barres, de nos crochets et de nos prolongements, « les lacunes ou pailles qui en résultent créent des points faibles, « surtout aux endroits où les barres et crochets subissent une « pression et à ceux qui sont au point d'application d'une force.

« J'ai vu de nombreuses barres et crochets fracturés de ce « fait.

« Le manque de ténacité et d'élasticité de ces alliages, lors- « qu'ils ont subi un chauffage modifiant leur structure, pose pour « nous le problème de la rétention de nos plaques.

« Que nos crochets soient coulés avec la plaque ou qu'ils « soient rapportés et fixés à la plaque par soudures d'apport ou « soudure électrique, le résultat est le même et il devient impossible « de fixer solidement et sans crainte de déplacement, les appareils « squelettés dont les crochets sont cependant les seuls moyens de « rétention.

« On peut obvier à ces inconvénients en fixant les crochets à « la plaque par de la matière plastique, résine synthétique ou « caoutchouc. Car l'acier non chauffé a des qualités d'élasticité « qui le rendent précieux pour notre laboratoire tout en permet- « tant une diminution de calibre de nos joncs et demi-joncs avec « bénéfice de moindre encombrement et moindre mobilité. »

L'acier inoxydable en prothèse dentaire par AUGARD *et* VIGAT (*Annales Odonto-Stomatologiques*, octobre 1944).

« ... Sa technique étant grandement améliorée, l'acier est « susceptible de nous donner encore de meilleurs résultats, et il a « déjà fait de nombreux adeptes, même parmi ceux qui le reje- « taient, de prime abord. Est-ce à dire qu'il puisse arriver à détrôner « l'or ? Certainement pas. L'acier a sa structure propre, sa façon « particulière d'être travaillé, il a ses défauts, il a ses qualités. Il « ne permet pas « d'acrobatie » comme l'or, mais traité convena- « blement, il donne une prothèse digne de ce nom. »

M. BÉLIARD dans son livre : *Prothèse conjointe*, regrette la dureté de ces alliages qui, dit-il, les rend cassants.

Enfin, pour M. RIVAULT (qui a sur ce sujet fait une intéressante communication à la Société d'Odontologie de Paris, en juin 1944, où il présente couronne télescope, Richmond, plaque décolletée), pour M. RIVAULT, l'uniformité de l'alliage d'une part limite son emploi, d'autre part la dureté exagérée de ces alliages est en bien des cas une gêne sérieuse et pour cette raison les ancrages sur dents vivantes, en général, sont difficilement réalisables.

Je m'explique, dit M. RIVAULT : il est 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 à la manière classique, mais nous restons persuadés 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.

A toutes ces raisons, je ne veux pas terminer sans apporter l'opinion d'un technicien, M. Mir, Ingénieur diplômé au Conservatoire des Arts et Métiers, qui, lui, nous laisse entrevoir des améliorations des plus profitables, grâce à un traitement rationnel, dans les préparations industrielles des aciers à usage dentaire, préparation qui, jusqu'ici, n'avait guère été envisagée, et grâce aussi à une connaissance plus étendue des divers traitements des alliages : trempe, hyper-trempe, décapage, brasure, soudure.

Et, en toute dernière heure, voici, dans la *Revue de Stomatologie*, 1-2-1946, ce que nous dit M. Ch. Bennejeant :

Les oxydes contenus dans le métal fondu réagissent sur les carbures, les aciers sont *effervescents*. Il se produit un dégagement gazeux qui parsème la pièce coulée de boursouflures. Pour supprimer les causes de cette effervescence et obtenir des *aciers calmés*, on additionne de matières réductibles, telles que sillicium, aluminium ou leurs alliages.

Les recherches entreprises par les sidérurgistes pendant la guerre leur ont permis d'obtenir de nouveaux aciers inoxydables, ayant une résistance remarquable à l'oxydation et à la sulfuration : ce sont des aciers ferritiques (ferrite = fer pur) additionnés d'aluminium.

Vous voyez bien que tous les espoirs sont permis et que les qualités remarquables de l'acier inoxydable 18/8 semblent bien devoir en faire un matériau d'avenir susceptible en prothèse 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.

CONCLUSION

Pour terminer, j'ouvre une petite parenthèse d'ordre pratique.

Si pour obtenir un travail tout à fait satisfaisant en coulé on a actuellement recours aux alliages inoxydables du groupe Vitallium en raison de leurs plus grandes facilités de manipulation :

Aucune modification à la chauffe ;

Rigoureusement inoxydable ;

Absolument aucune rétraction, ce qui est appréciable ?

Il n'en demeure pas moins indispensable que les parties que je dénommerai actives de vos travaux, par exemple : crochets, fil de dent à tube, plaque de steele, fil de pivot et bagues de couronnes, s'il s'agit de bridge, doivent être exécutées séparément en *acier inoxydable*, la présence de fer de l'acier lui conférant une dureté et une résistance que ne peuvent pas présenter les alliages inoxydables de la classe Vitallium sous une faible épaisseur tel que au cinq dixièmes de millimètre.

Il serait également souhaitable, pour les bridges à longue portée, de voir établir entre les piliers une entretoise en *acier inoxydable* constituée par un fil ou une petite barre soudée aux piliers électriquement, point par point, de façon à former une sorte de squelette sur lequel serait modelée et coulée à volonté la partie externe en Vitallium.

Même précaution pour les barres cingulaires des plaques décolletées et aussi pour toutes les plaques coulées plus ou moins baptisées squelettiques.

Ce que je viens de vous dire me paraît une règle conforme à celle déjà connue pour les travaux d'or (G. VILLAIN, HOUSSET).

Et vous trouverez, je crois, ici, l'explication des innombrables bridges à bagues déchirées, je m'excuse d'insister sur ceci, mais je crois que cette petite mise au point n'est pas sans intérêt :

Rejeter systématiquement pour les travaux coulés tous les alliages, plaques, fils, couronnes, etc., servant à la confection de bridges estampés et soudés à la soudure spéciale au chalumeau à gaz qui est le plus souvent de la soudure d'argent ; d'ailleurs réussir un bridge coulé avec ces matériaux est un tour de force car, en général, les bagues ou les plaquettes de steele sont plus ou moins détériorées.

Vous voyez par ce trop rapide exposé combien est complexe et que de notions et de connaissances spéciales et supplémentaires nécessite la pratique de l'acier coulé au laboratoire.

De prothèse de misère, je dirais même honteuse, comme avait l'habitude, il y a peu de temps encore, de la considérer trop de praticiens (en effet, le nombre de confrères convenant qu'ils faisaient de l'acier était inversement proportionnel à la quantité de travaux inoxydables que l'on trouvait chez de multiples patients) ; désormais, et c'est ce que je serais heureux d'avoir mis en évidence ici, il n'y aura plus à rougir de ces pratiques qui deviennent une spécialité aussi honorable que les autres pourvu qu'on fasse l'effort d'adaptation nécessaire.

Effort demeurant la condition indispensable au bon exercice de nos spécialités et de notre vie professionnelle qui tend à l'amélioration de la condition humaine et plus particulièrement de la santé publique, véritable but de notre activité.

BIBLIOGRAPHIE

AUGARD et VIGAT. — *Annales Odonto-Stomatologiques*, octobre 1944.
BÉLIARD. — *Prothèse conjointe*, Masson, éditeur.
BENNEJEANT. — *Odontologie*, nº 11, novembre 1943.
BOLL et BENNEJEANT. — *Chimie des Métaux*, Baillière, éditeur, 1922.
CECCONI. — *Société d'Odontologie*, mars 1945.
DE COSTER. — *L'Orthodontie à base d'acier*, Masson, 1935.
HOUSSET. — *Société d'Odontologie*, mai 1939.
JACQUET. — *Acier, fers, fontes*, Dunod, éditeur.
LERICHE. — *Congrès Dentistes Indépendants*, 1944.
LESPIEAU. — *Métaux*, Hachette, éditeur.
M. MIR. — *Société d'Odontologie*, avril 1944.
PARIVELLE et LAMIRAND. — *Chimie des Métaux*, Masson, éditeur.
RIVAULT. — *Société d'Odontologie*, octobre 1944.
SOULET. — *Congrès Dentistes Indépendants*, novembre 1944.
WALTER. — *Société dOdontologie*, Paris, mai 1945.

LA PROFESSION DENTAIRE DEVANT LA LOI

CONFÉRENCE DE Me RAYMOND FONTAINE,
Avocat à la Cour d'Appel,
à la Société d'Odontologie de Paris, le 4 février 1947.

MESDAMES, MESDEMOISELLES, MESSIEURS,

Que mes premiers mots soient pour marquer ma confusion.

Les juristes, vous le savez, ont très mauvaise presse ; ce sont, en général, des empêcheurs de tourner en rond et ils ont quelquefois le sens de ce qui est inopportun.

Cependant, ce soir, voici un juriste tenant à la main les balances symboliques dont on dit que les plateaux sont parfaitement égaux, un juriste qui vient dans une société savante, et qui s'est aperçu il y a un instant, qu'elle était particulièrement savante.

Avouez, Messieurs, que c'est aller jusqu'au bout du paradoxe, car si j'en crois votre Ordre du jour, je dois, au surplus, venir vous parler de la profession dentaire, c'est-à-dire de quelque chose que vous connaissez et que j'aurai l'excuse d'ignorer.

Maintenant que j'ai affirmé ici mon complexe d'infériorité, il m'est peut-être permis de vous donner la limite de mon ambition.

Ambition modeste, à la vérité, car je viens essayer de vous donner des indications d'ordre pratique groupées autour d'une formule que je souhaiterais voir toujours gravée dans votre esprit : la profession dentaire n'est pas une profession commerciale. Elle est, et elle demeure, une profession libérale, organisée en un Ordre.

Il ne me reste plus, maintenant, Messieurs, que je vous ai dit la modestie de cette ambition, de voir si je puis justifier le programme que je propose à votre attention.

Et tout d'abord : vous n'exercez point une profession commerciale.

J'entends bien que déjà la révolte gronde dans vos esprits à l'égard d'une affirmation qui vous apparaît dépourvue de tout sérieux et vous concluez : les juristes sont des ironistes qui s'ignorent.

Peut-être pensez-vous : mais, enfin, que vient-il nous raconter ? Nous le savons, la profession dentaire n'est pas une profession commerciale.

Je vous félicite, Messieurs, si telle est votre conviction.

Mais, je reçois très souvent vos confrères, et ils viennent me dire avec une candeur que j'admire : je vais vendre mon fonds « et j'ai besoin de quelques renseignements ».

Il y a des mots qui portent en eux leur dynamisme, qui ont aussi une particulière physionomie.

Je vous ferai un aveu : lorsque j'entends un chirurgien-dentiste me parler « de son fonds », je le lui reproche vivement et lui répète une leçon qu'hélas je redis trop souvent à mon gré. Je lui dit : « Mais non, Monsieur, ce n'est pas un fonds que vous vendez, « mais un cabinet dentaire, et d'ailleurs, dites-moi donc ce qu'est « un cabinet dentaire ».

Si je vous posais la question, je suis sûr que vous auriez vous

aussi quelque embarras à me répondre, car il est difficile de parler de choses qui n'existent pas.

Le cabinet dentaire, ce n'est point, pour parler comme les juristes, une entité juridique comme le fonds de commerce.

Vous savez ce qu'est un fonds de commerce : c'est la réunion d'un certain nombre d'éléments : droit au bail, marchandises, achalandage, matériel, agencement, et surtout la clientèle.

On peut même dire qu'il n'y a pas de fonds de commerce là où il n'y a pas de clientèle. Or, il y a un mot que je vous engage à ne plus prononcer maintenant que vous êtes averti : c'est le mot « clientèle ».

Vous croyez à une plaisanterie. Vous vendrez ou vous achèterez peut-être le cabinet dentaire, vous n'achèterez pas la clientèle.

J'entends bien que si vous appréciez la valeur de ce cabinet, vous tiendrez peut-être compte du bénéfice que laisse cette clientèle, mais il faut bien considérer qu'il n'y a là qu'un élément d'appréciation de la valeur du cabinet dont vous vendez seulement les éléments constitutifs mobiliers que nous étudierons plus loin.

J'ajoute, Messieurs, que si vous inscrivez le mot « clientèle » à l'acte de vente, cet acte sera nul. Il s'agit d'une nullité d'ordre public. J'attire votre attention sur ce point, car il arrive souvent que les notaires, confondant les notions de cabinet dentaire et de fonds de commerce, observent dans la rédaction des actes constatant la vente « d'une clientèle », les formalités relatives au fonds de commerce.

C'est ainsi que l'on est surpris de lire le montant du chiffre d'affaires et des bénéfices des trois dernières années ayant précédé la vente.

J'arrête ici cette parenthèse pour achever de vous démontrer que vous n'êtes point des commerçants. Vous n'êtes pas soumis en effet à l'inscription au Registre du Commerce à la différence de vos collaborateurs très proches, les mécaniciens pour dentistes qui eux, peuvent être inscrits au Registre du Commerce ou au Registre des artisans et qui exercent proprement un métier commercial, puisque, à l'exclusion de toute autre considération, ils achètent pour revendre.

Vous n'êtes pas davantage des commerçants puisque vous n'êtes pas soumis à une comptabilité commerciale et que vous ne pouvez pas être mis en faillite. Par le temps qui court, reconnaissez que cela n'est pas complètement négligeable.

Enfin, puisque vous êtes titulaire d'un cabinet dentaire et non d'un fonds de commerce, vous ne possédez pas de bail commercial. Voilà un fait qui vous intéressera, je pense, particulièrement.

Si vous lisez le bail ou l'engagement de location qui vous a été consenti, vous constaterez qu'une clause de cet acte précise que les locaux vous sont loués pour exercer « la profession de chirurgien-dentiste ». Vous constaterez aussi, dans la plupart des cas, que l'autorisation de céder ledit bail vous a été donnée, mais seulement au profit d'un successeur dans votre profession.

Si vous aviez un bail commercial, peut-être y verriez-vous

quelque avantage. Vous tiendriez en effet de la loi, le droit de faire renouveler votre bail à son expiration ou celui de demander une indemnité en cas de refus.

La différence dans le caractère de ces deux conventions, la location professionnelle ou la location commerciale, réside encore dans le fait que, théoriquement du moins, le taux du loyer commercial n'est pas limité, tandis que le loyer du local professionnel ne doit pas dépasser l'application d'un certain coefficient.

Je sais bien que le bail offre un élément de stabilité comme durée, mais il ne faut pas méconnaître qu'en raison des lois successives sur le maintien dans les lieux, étant locataires professionnels, vous n'avez aucune raison sérieuse pour redouter l'expulsion.

Soyez bien assurés que les organismes qui ont la charge de défendre votre profession se sont efforcés d'obtenir ce que l'on pourrait appeler la propriété professionnelle correspondant à la propriété commerciale.

J'ai le regret de constater que tous ces efforts furent constamment vains.

Enfin, Messieurs, vous aurez à faire connaissance plus tard avec le percepteur. Je ne vous apprends rien en vous disant que vous ne payez pas l'impôt sur les bénéfices commerciaux mais seulement l'impôt sur les bénéfices non commerciaux. Consécration des plus honorables, s'il en fut, du caractère de votre profession libérale.

Nous sommes donc d'accord : vous n'exercez pas une profession commerciale.

Qu'êtes-vous ? Qu'exercez-vous ?

Vous exercez, Messieurs, une profession libérale.

A notre époque d'incertitude, il n'est peut-être pas inutile de nous arrêter un instant et presque avec émotion sur le caractère de la profession libérale.

Qu'est-elle ?

Elle signifie que l'homme se présente à l'homme avec ses qualités, avec ses défauts, son caractère et son désintéressement.

Dans l'ensemble des professions libérales, la profession de chirurgien-dentiste, comme la profession médicale, est une des plus humaines. Elle est véritablement emplie d'un humanisme qui doit être son unique souci. Elle ne vous interdit pas la recherche du bénéfice. Mais elle vous demande inpérieusememt, sous peine de manquer, ce que plus tard le code de déontologie appellera un ministère, à l'idéal même de votre profession qui tire sa grandeur de la souffrance humaine dont elle est pétrie.

Voyons maintenant, comment vous exercez cette profession dans le domaine pratique et juridique.

Vous l'exercez de deux façons :

— ou bien vous l'exercez seul,

— ou bien vous accordez votre activité à un de vos confrères.

Si vous l'exercez seul, vous aurez tout d'abord à trouver un local pour l'exercer, un appartement.

La mythologie nous enseigne qu'Hercule fut contraint de

réaliser douze œuvres particulièrement périlleuses que la tradition nous a pieusement transmises sous le vocable « les douze travaux d'Hercule ». Disons à la vérité qu'il n'y connaissait rien et qu'en tous les cas, il n'aurait jamais réussi à ajouter à la liste une treizième performance : la découverte d'un appartement.

Enfin, souhaitons que, favorisés par le hasard le plus bienveillant, vous trouviez, après beaucoup de recherches savantes, l'appartement de votre rêve, ou même simplement, le petit local nécessaire à votre activité.

Vous passerez alors un bail ou vous signerez un engagement de location. Rappelez-vous alors que certaines mentions devront toujours figurer sur ces conventions.

Il faudra d'abord qu'il soit bien prévu que vous aurez le droit d'exercer la profession de chirurgien-dentiste.

Il faudra que soit précisé votre droit de céder votre bail à un chirurgien-dentiste ou même de le sous-louer, sans l'autorisation spéciale de votre bailleur.

Il faudra, car on n'y pense jamais, qu'il vous soit reconnu le droit d'apposer une plaque à la porte, et enfin, car il faut savoir prévoir l'avenir, il sera utile que soit prévu le droit d'apposer une plaque indiquant le changement d'adresse, le jour où vous déménagerez.

Si vous ne pouvez pas être titulaire d'un appartement, il vous faudra alors envisager, si possible, l'éventualité d'une sous-location, et celle-ci ne se conçoit que dans un local insuffisamment occupé, mais qui, par votre présence, répondrait aux conditions légales d'occupation. Il sera d'ailleurs nécessaire, dans ce cas, que pour satisfaire aux exigences de l'ordonnance du 11 octobre 1945, le locataire qui vous sous-louera, continue, malgré votre sous-location, à occuper encore une partie de l'appartement.

Retenez encore un autre conseil pratique.

Lorsque vous achèterez un cabinet dentaire et que vous chercherez à vous loger, commencez avant toute chose, à vous assurer le consentement du propriétaire.

Vous ne passerez le contrat avec votre vendeur que lorsque vous aurez l'accord du bailleur sans quoi, en cas de refus de celui-ci, survenant après la signature du contrat de vente, vous vous exposez à de grosses difficultés.

Nous supposons maintenant que vous travaillez avec un de vos confrères.

Vous allez alors faire un contrat.

Je vous indique, qu'aux termes de l'ordonnance du 24 septembre 1945, vous ne pouvez passer aucune convention relative à l'exercice de votre profession sans que cette convention fasse obligatoirement l'objet d'un contrat écrit.

Il ne vous suffira d'ailleurs pas de la rédiger ; il faudra que vous le communiquiez au Conseil Départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, pour qu'il examine si votre contrat n'est pas contraire à l'honneur, à la dignité ou à l'indépendance de la profession.

Quel contrat êtes-vous susceptible de passer ?

Nous pouvons les énumérer :

— contrat de bail ou de location.

Je vous ai, à ce sujet, suffisamment donné de renseignements pratiques.

— contrat d'achat et de gérance de cabinet,

— contrat d'association ou de société,

— contrat d'opérateur ou de remplaçant.

1. — Achat de cabinet

Le cabinet dentaire se compose de droits et d'obligations de nature mobilière et qui sont les suivants :

— la cession du droit au bail ou du droit à la location,

— la cession de l'installation et de l'instrumentation professionnelle,

— la cession du mobilier meublant,

— l'engagement par le vendeur de présenter l'acheteur comme étant son successeur,

— l'engagement de ne point s'installer.

Chacune de ces cessions et chacun de ces engagements doivent faire l'objet d'une stipulation précise, notamment en ce qui concerne la clause de non-réinstallation dont l'effet doit être limité dans le temps et dans l'espace. L'usage est généralement d'observer un délai de deux à cinq années, le périmètre ne pouvant être l'objet d'une précision qu'en raison des circonstances de fait propres à chaque cabinet.

2. — Contrat de gérance

S'il vous est possible de passer actuellement un contrat de gérance, il convient de remarquer que le projet de code de déontologie soumet la gérance à l'autorisation du Conseil National de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, qui lui-même doit envisager pour motiver son acceptation, des conditions de fait exceptionnelles.

Vous agirez donc sagement en vous préoccupant d'obtenir cette autorisation.

La gérance est le droit d'exploiter un poste dentaire techniquement organisé dans le but de conserver à ce poste la confiance de la clientèle afin de la remettre au véritable titulaire du cabinet qui peut se trouver éloigné ou dans l'impossibilité d'exercer lui-même.

Notons que ce caractère précise la différence entre le contrat de gérance et le contrat de location.

Enfin, je vous recommande d'insérer la clause d'arbitrage afin que les conflits qui peuvent naître entre chirurgiens-dentistes à l'occasion d'une convention qu'ils ont passée, soient appréciés exclusivement par leurs pairs.

3. — Contrat d'association et contrat de société

Je veux d'abord, à ce sujet, éviter une équivoque.

Lorsque vous faites une société, vous dites toujours : « Je m'associe » ; oui, évidemment, si vous entendez par ce mot, le

fait d'unir votre activité professionnelle à l'activité d'un de vos confrères.

Mais, ce n'est pas exact juridiquement, car l'association est en droit, un groupement d'individus qui se réunissent dans un but désintéressé, c'est-à-dire sans aucune idée de lucre, tandis que la société, au contraire, prévoit le partage des bénéfices.

Voici des exemples pratiques :

Un chirurgien-dentiste possède deux postes techniquement organisés ; il n'en occupe qu'un seul. Il va permettre à un de ses confrères de venir travailler dans le second et lui demandera, par exemple, le partage des frais généraux.

Chacun gardera les bénéfices de son activité ; il n'y aura pas de partage de bénéfices ; les pertes resteront propres à chacun. Nous sommes en présence d'une association.

Si les chirurgiens-dentistes se rapprochent et constituent un apport dont la propriété passera à un être moral : la société à laquelle ils feront supporter les bénéfices et les pertes, nous nous trouvons en présence d'une société et non d'une association.

Cette société doit être une société civile, dispensée de ce fait d'une publication légale.

Elle revêt le caractère civil puisque la nature de son activité est une activité civile. Là encore, il conviendrait d'inscrire une clause de non-réinstallation et une clause d'arbitrage qui prendront effet à la dissolution de la société.

4. — Louage de services

Sans doute, vous semblera-t-il qu'un contrat de louage de services est par sa nature même et ses conditions, contraire à la notion de profession libérale. Une ancienne jurisprudence avait, en effet, estimé que le louage de services était incompatible avec l'exercice de votre art, en raison de lien de subordination qu'il nécessite. Mais la jurisprudence a évolué : elle a précisé que le lien de subordination qui autorisait l'employeur à exiger de l'employé une présence constante à des jours et heures déterminées, et en un lieu également fixé, n'était pas inconciliable avec l'exercice de la profession médicale ou dentaire, du moment que le médecin ou le chirurgien-dentiste qui louait ses services conservait dans l'accomplissement de ses fonctions professionnelles une complète indépendance. La nullité serait prononcée de toute convention qui vous imposerait un procédé de diagnostic, ou une thérapeutique. En un mot, la validité d'une convention limitant votre personne physique, est reconnue ; mais la pratique de votre art n'est soumise qu'à votre seule appréciation.

Voici la signification juridique du contrat que vous passerez avec un de vos confrères et par lequel, vous vous engagerez à soigner ses clients à des jours, lieux et heures déterminés à l'avance. Mais vous donnerez vos soins comme vous le jugerez utile ou opportun.

Je vous recommande de préciser toutes les conditions de votre travail ainsi que le montant des honoraires auxquels vous aurez droit. Par ailleurs, ne manquez pas d'indiquer le délai de préavis

à observer de part et d'autre, et, s'il y a lieu, la clause de non-réinstallation.

L'heure tourne, Messieurs et il me faut arrêter ici les indications pratiques que je puis vous donner sur les principaux contrats.

Il est à craindre qu'au cours de votre vie professionnelle, vous ayez à vaincre des difficultés juridiques de tous ordres. Vous aurez, peut-être, à faire connaissance avec la notion de responsabilité.

Vous vous rappellerez que vous êtes, en effet, tenus de réparer les conséquences dommageables de vos fautes professionnelles, vous souvenant qu'aux termes d'une jurisprudence relativement récente, la Cour de Cassation estime qu'il se forme entre le chirurgien-dentiste et son malade, un contrat, un contrat auquel on n'a pas pu donner de nom. Aussi, avec sûreté et précision, nous l'avons appelé contrat innommé. C'est un contrat aux termes duquel vous êtes tenu de donner à vos malades les soins les plus attentifs, les plus consciencieux ; faute de quoi, vous paierez des dommages-intérêts, vous ou votre compagnie d'assurances.

Vous pouvez aussi être appelé à rendre compte à la Justice répressive d'actes professionnels considérés comme des délits d'homicide ou de blessures par imprudence. Si vous êtes opérateur, il se peut que votre confrère soit appelé à vos côtés pour répondre des conséquences financières de vos actes, en étant tenu de régler les dommages-intérêts et amende.

Que vous dirai-je encore ? Un mot de l'exercice illégal.

Vous savez ce qu'est l'exercice illégal. A la vérité, cette notion a singulièrement évolué.

Vous savez qu'on ne peut pas exercer l'art dentaire si l'on n'est pas titulaire du diplôme de chirurgien-dentiste. Mais à côté de cette obligation, vous avez aussi des obligations d'ordre administratif, c'est-à-dire qu'il vous faut répondre à certaines conditions, j'allais dire conditions de police, pour exercer votre profession.

Il vous faut être inscrit au tableau de l'Ordre. Si vous ne l'êtes pas, vous ferez de l'exercice illégal, encore que vous ayez votre diplôme dans votre poche.

Si, étant inscrit, il vous arrive, par mesure disciplinaire, d'être suspendu, j'espère que cela n'arrivera jamais, et que, désobéissant, vous continuiez l'exercice de votre profession, Messieurs, vous irez faire connaissance avec les bancs de la correctionnelle, pour le délit d'exercice illégal de l'art dentaire.

Vous ferez enfin de l'exercice illégal si vous prêtez votre diplôme à des gens qui n'en ont point ou si vous couvrez de votre diplôme les agissements de ceux qui ne sont pas possesseurs de ce document.

Voilà toutes les variétés du délit d'exercice illégal de l'art dentaire.

Il y a aussi une autre sanction qui vous attend. Elle est tirée d'un des articles les plus importants de l'ordonnance du 24 septembre 1945 : c'est l'article 13. Permettez que je vous le lise et rappelez-vous le :

« Il est interdit à toute personne ne remplissant pas les con-« ditions requises pour l'exercice de la profession de recevoir en

« vertu d'une convention, la totalité ou une quote-part des hono-
« raires 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, c'est-à-dire, une amende
« de 12 à 60.000 francs ; en cas de récidive, de 60 à 120.000 francs,
« et d'un emprisonnement de 6 jours à 6 mois. »

Il est vrai que le texte ajoute : « ou de l'une de ces deux peines seulement ».

Messieurs, rappelez-vous cet article 13.

Rappelez-vous le, car il vous interdit pratiquement des associations avec les personnes dépourvues de diplôme.

Lesquelles ?

Il y a d'abord les mécaniciens-dentistes. Le seul contrat qui vous sera possible de passer avec eux, c'est un contrat de location.

Vous aurez le droit de louer au mécanicien pour dentiste, l'installation dont il peut être propriétaire, de louer les pièces d'un appartement, mais vous ne pourrez lui verser qu'une somme toujours égale, toujours forfaitaire et qui jamais ne pourra être proportionnelle au chiffre de vos affaires et de vos recettes.

Sans cela, se réalisera, Messieurs, ce que je viens de vous indiquer : possibilité d'une condamnation ou amende, ou éventuellement pour les plus opiniâtres, condamnation à la prison.

Rappelez-vous qu'il est aussi une autre catégorie de personnes avec lesquelles vous pouvez entrer demain en rapports, lorsqu'il s'agira d'acheter un cabinet dentaire : ce sont les veuves de chirurgiens-dentistes.

La loi du 10 septembre 1942 avait accordé à la veuve, le droit d'exploiter le cabinet de son défunt mari pendant un an, lorsqu'elle avait des enfants, et encore devait-elle faire exploiter ce cabinet par un stomatologiste ou même, ce qui est assez surprenant — je m'excuse, Messieurs — par un étudiant de 5e année.

A ce propos, j'ouvre une parenthèse pour vous rappeler qu'un étudiant de 5e année n'a pas le droit de faire de remplacement.

Je vous demande — à moins que ce ne doive être de l'ironie que je doive lire sur vos visages — si vous n'êtes pas de mon avis, de m'apporter ici un texte me donnant un démenti formel. Je pense que vous n'en trouverez pas.

Je vous répète qu'un étudiant de 5e année qui fera un remplacement commet le délit d'exercice illégal de l'art dentaire.

Je vous disais que les veuves peuvent passer avec vous des conventions ; mais là encore, la convention ne doit pas avoir pour but ni pour effet d'associer cette veuve aux avantages que vous pouvez tirer de l'exercice de votre profession. Elle ne peut que louer l'installation ou vous sous-louer un appartement et recevoir un loyer. C'est tout.

Le Conseil de l'Ordre vous fera vraisemblablement signer, quand vous montrerez votre contrat, une déclaration par laquelle vous affirmerez sur l'honneur qu'il n'y a pas de contre-lettre à l'acte exhibé.

D'aucuns pourront être tentés de signer cet engagement d'honneur et d'agir autrement.

J'aime mieux vous prévenir : si le hasard, un jour, était contre vous et s'il arrivait à la connaissance de l'Ordre que vous ayez ainsi manqué à cet engagement, qui n'est même plus juridique, mais qui est un engagement d'honneur, j'aime mieux vous dire et rappeler, Messieurs, qu'ont été prévues quatre peines disciplinaires :

— l'avertissement,
— le blâme,
— la suspension temporaire,
— la radiation.

Je ne suis pas spécialement mauvais prophète, mais j'ai grand peur, Messieurs, que ce soit pour vous la radiation.

Dites-vous donc que la notion d'honneur est absolue, puisque, à défaut de cette seule pensée, la juridiction professionnelle pourrait peut-être durement vous le rappeler.

Enfin, Messieurs, j'en aurai bientôt terminé en m'excusant d'un vagabondage que vous qualifierez vous-même.

Je disais tout à l'heure : vous êtes une profession organisée en Ordre. Il n'y a pas que l'Ordre, il y a aussi le Syndicat.

Des deux organismes tiennent de la loi des attributions différentes ; le Syndicat défend les intérêts matériels, l'Ordre défend les intérêts moraux.

Mais, il y a une différence essentielle : le Syndicat est un organisme facultatif, l'Ordre est un organisme obligatoire, auquel vous devez être inscrit pour exercer régulièrement votre profession.

L'Ordre représente la profession dans ce qu'elle a de plus idéal. Je vous prie de vous en souvenir : l'Ordre représente l'honneur, la dignité, l'indépendance de la profession.

L'Ordre est là, Messieurs, pour vous rappeler que vous n'êtes pas seulement des individualités, mais que vous appartenez à un corps tout entier, à un corps qui a ses traditions, comme il a son idéal.

Et c'est pourquoi, Messieurs, il appartient à l'Ordre d'avoir cet esprit peut-être plus dégagé des contingences immédiates. Je vous le dis avec la sérénité d'un pauvre bougre, qui appartient lui aussi à un Ordre qui est déjà quelque peu ancien, à un Ordre qui, je crois, manifeste suffisamment d'indépendance et qui, cependant, sait offrir l'exemple d'une discipline rigoureuse.

Dans un temps, Messieurs, où les hommes se cherchent, il y a quelquefois, un certain réconfort à éprouver la force d'être réuni en un Ordre.

Mais, j'insiste auprès de vous, Jeunes Gens, qui êtes l'Ordre de demain ; j'insiste auprès de vous pour vous dire qu'il n'y a pas dans votre profession que les seuls intérêts professionnels ; il y a cet humanisme auquel tout à l'heure je faisais allusion, qui s'affirme sur le plan général par l'Ordre tout entier.

Messieurs, si vous voulez bien retenir ces derniers mots, j'aurai conscience, ce soir, de ne vous avoir point fait perdre votre temps.

REVUE ANALYTIQUE

M. SAPET, Nice. — **A propos des gingivites ulcéreuses d'allure épidémique, observées depuis la fin de l'année 1944.** — (*Revue de Stomatologie*, juillet-août 1946).

L'auteur ne pense pas à la nature épidémique ni à la nature contagieuse de l'affection.

Il distingue trois formes : 1° légère ; 2° moyenne ; 3° ulcéro-nécrotique.

Pas de mobilité des dents ; le ligament alvéolo-dentaire n'est pas touché, la lésion frappe exclusivement les revêtements épithéliaux.

L'examen bactériologique met en évidence les germes banaux de la bouche.

L'évolution est toujours longue, le pronostic est bénin.

L'étiologie est imprécise. L'avitaminose C peut être retenue, mais elle n'est pas la seule cause.

L'origine mécanique ne peut être admise.

Dans deux cas, l'origine toxique est évidente (sel de plomb).

Le diagnostic positif s'impose.

Le diagnostic différentiel. — Le scorbut guéri par la vitamine C.

La stomatite ulcéro-membraneuse de Bergeron apparaît dans les agglomérations, elle est contagieuse. L'évolution est courte (quinze jours).

Les stomatites médicamenteuses, mercurielles et bismuthiques sont reconnaissables par leur aspect différent.

Dans la leucémie, l'examen de la formule sanguine lèvera les doutes.

Traitement. — Doit être local et général.

Détartrage minutieux.

Applications dans tous les clapiers : topiques et astringents.

Massage bi-quotidien avec gelée-vaccin.

Bichromate de K. acidif au 1 p. 100 par HCL ; acide trichloracétique, Skapyor.

Quelquefois, applications de R. X. agissant comme désinfectant et décongestionnant.

Le traitement général consiste en injections soit intramusculaires, soit intra-veineuses de vitamines C et PP. Tous les deux jours 1 ampoule de chaque produit dans la même seringue.

N'ayant jamais trouvé de spirochètes dans les frottis, l'auteur renonce au traitement par les arsenicaux. L. S.

M. ROCHETTE. — **Traitement des gingivo-stomatites ulcéreuses d'allure épidémique, observées depuis la fin de l'année 1944.** — (*Revue de Stomatologie*, juillet-août 1946).

L'auteur préconise : 1° Un traitement local : Scuroforme, cocaïne, hydrate de chloral contre la douleur.

Attouchements avec acide lactique, acide trichloracétique, salycilate de soude à 3 %, Dakin. Collutoire au bleu de méthylène, solution aqueuse à 2 % de mercurochrome.

2° Traitement général : *a*) Vaccinothérapie par vaccins faits après hémoculture gingivale avec des germes de souches gingivales. En injections de 300 à 500 millions par centimètre cube ou atoxiques complets renfermant la totalité antigène, administrés par la bouche. 2 à 3 ampoules par jour dans les cas sévères.

b) Extraits hépatiques. — D'abord régime approprié (suppression des œufs, du chocolat, des aliments gras.

Puis aider le foie à se défendre pour jouer son rôle antitoxique et sanguin. Extraits hépatiques (solution de Bourget, peptones).

c) Injections intraveineuses de cyanure de Hg. (tenir compte des contre-indications (néphrites, cardiopathies). 6 à 8 injections de 1 centigramme.

1 centigramme deux jours de suite, un jour de repos. 1 centigramme deux jours, un jour de repos, etc... — Chez les malades à veines difficiles on peut faire les injections intramusculaires avec le « Veryl » par exemple.

d) Injections intraveineuses d'acide ascorbique (ampoules de 5 centimètres cubes à 10.000 unités tous les 2 jours). L'acide ascorbique donne d'excellents résultats. Dans le cas de déficience C, il agit comme vitamine. Dans d'autres cas il pourra agir comme agent pharmacodynamique.

Il faut associer son action, l'emploi des crudités, pour la fixation par oxydation de cet acide.

e) Sulfamides. — Localement, cette médication est peu active car le balayage salivaire l'empêche d'agir avec continuité.

Par voie buccale, elle agit contre les déplocoques, entérocoques, streptocoques, pour les staphylocoques il faut lui adjoindre de l'iode (Lugol en gouttes).

L'auteur pense que la sulfamidothérapie doit cependant être réservée à des affections plus graves. L'emploi des sulfamides dans le traitement des gingivites peut installer une sulfamidorésistance gênante pour l'avenir. Il conclut en donnant la préférence à la vaccinothérapie. L. S.

M. Hamon, Orléans. — **Bactériologie et traitement des stomatites ulcéreuses.** — (*Revue de Stomatologie*, juillet-août 1946).

L'auteur conclut qu'il existe plusieurs formes de stomatites ulcéreuses à allures clinique et étiologique différentes réclamant des traitements différents.

L'une de ces formes ne comporte pas de fuso-spirilles.

Au point de vue clinique, elle semble caractérisée par la gravité des lésions, l'étendue considérable des plaques de sphacèle d'aspect friable qui gagnent la face interne des joues et la surface du palais.

La médication acide fait merveille. Acide trichloracétique et collutoire à base d'acide chrlorhydrique et acide citrique.

Dans une deuxième forme on trouve de nombreux fuso-spirillaires. Les signes sont moins marqués, les plaques ulcéreuses sont moins vastes et plus dures, les gencives décollées revêtent un aspect cartilagineux.

Le Novarsénobenzol convient à cette forme.

Une troisième forme participe des deux précédentes ; il faut combiner les deux traitements. L. S.

Paul Rialland. — **Traitement de la gingivo-stomatite.** — (*Revue de Stomatologie*, juillet-août 1946).

Les gingivo-stomatites ulcéro-nécrotiques observées en si grand nombre depuis le milieu de l'année 1945 ne sont ni des avitaminoses, ni épidémiques. Elles sont dues à la défaillance des immunités naturelles provoquées par des excès d'aliments azotés ou acides.

Excès qui ont été d'autant plus néfastes que les organismes étaient désadaptés depuis longtemps et que la sécheresse persistante avait concentré les aliments, les rendant ainsi plus irritants.

Plutôt que d'utiliser des traitements locaux ou des traitements généraux, qui n'agissent que sur une conséquence ; le pullulement microbien, il paraît plus indiqué de couper le mal à la source en rétablissant la pureté des humeurs à l'aide d'une hygiène générale et surtout hygiène alimentaire appropriée. L. S.

Dr G. Ciriello. — **Contribution à la thérapeutique des hémorragies dans la pratique stomatologique.** 1er Congrès Stomatologique Italien. Rome, 20 octobre 1946. Clinique dentaire de l'Université de Padoue. (*Revue Italienne de Stomatologie*, juin-juillet 1946, N° 7068).

A) *Généralités* :

— Mise en évidence des propriétés hémostatiques du Rouge Congo par Wedekind (1929) ; confirmations par de nombreux auteurs dans des cas d'hémorragies diverses, d'hémoptisies, d'hémorragies gynécologiques.

— Nature chimique, matière colorante synthétique, sel sodique de l'acide benzidine, tétrazol-binaphtil-amino-sulfonique.

— Mode d'administration utilisé dans les cas précités : Exclusivement la voie endoveineuse : 5 à 10 cc. de solution aqueuse à 1 %, parfois additionnée de stabilisants.

— Effets du traitement sur les constantes et la composition du sang :

— Raccourcissement des temps de saignement et coagulation.

— Augmentation du nombre des plaquettes et du taux de fibrinogène du plasma.

— Essais d'explication du mode d'action du R. C. : diverses hypothèses très discutées les unes et les autres ; aucune n'a fait l'unanimité des spécialistes.

B) *Applications dentaires*, quelques exemples :

Cas 1. — Extrac. 6e inf. dr. Hémorragies abondantes durant 24 heures. Application locale : Gaze + Sol. 1 % RC : *cessation hémorragie*. — Le même sujet quelques jours après : Extrac. 7e inf. g. Aussitôt après extr. application gaze + Sol. 1 % RC : *pas d'hémorragie*.

Cas 2. — Mêmes résultats chez un individu atteint du diabète.

. . . . . .

Cas 5. — Hémorragies gingivales arrêtées par applications locales.

. . . . . .

Cas 7. — Fracture maxillaire plus chute 3 incisives, plus perte d'un fragment osseux (blessure de guerre), grosse hémorragie. Sol. R.C. 3 % localement, arrêt hémorragie.

C) *Quelques essais « in vitro »* :

1° Sur du sang appartenant à différents sujets, additionné de quantités croissantes de R.C., on constate une diminution du temps de coagulation proportionnelle à la quantité de R.C. ajoutée *in vitro* au sang. Cette diminution du temps de coagulation est d'autant plus nette que le sujet avait à l'origine un temps de coagulation anormalement élevé (tableau I, p. 203).

2° Après avoir au préalable ajouté au sang un anticoagulant (citrate de soude), aucune dose de R.C. ajoutée au sang préalablement citraté ne peut faire coaguler ce dernier (tableau III, p. 205).

3° Si on ajoute au préalable au sang une substance anti-trombinogène :

a) Le sang plus substance anti-trombinogène ne se coagule pas ;

b) Le sang plus substance trombinogène plus R.C. se coagule.

Donc R.C. inhibe les substances anti-trombinogènes (tableau IV, p. 206).

Mais les anti-trombinogènes n'existant pas dans l'organisme, cela n'explique pas l'action *in vitro* du produit.

Conclusions à tirer pour la pratique dentaire :

Action efficace et rapide par application locale ; résultats bien supérieurs à ceux obtenus avec les autres coagulants.

Action croissante avec la concentration de la solution employée localement ; mieux, excellents résultats par pulvérisation locale de R.C. pur en poudre.

Action locale dans les hémorragies gingivales.

Parfois nécessité d'adjoindre l'injection de R.C. en solution aqueuse, filtrée et autoclavée.

En général, action anti-hémorragique indiscutable par application locale plus parfois injection de solution de R.C.

Note du traducteur. — Le mode d'action du R.C. demeure inexpliqué.

Maurice COEN.

REVUE DES LIVRES

M. BOLL et P.-A. CANIVET. — **Chimie appliquée à l'art dentaire.**

La première édition de cet ouvrage (1922) fut le développement et la mise au net de la plus grande partie du cours de chimie que professait, à cette époque, Marcel BOLL à l'Ecole Dentaire de Paris ; l'étude des métaux étant traitée en commun avec le Dr BENNEJEANT dans un second volume *(Métaux et métallurgie dentaire)*.

Depuis 1935 les stagiaires étant devenus des bacheliers, les éditions ultérieures furent modifiées en conséquence. Toutefois les auteurs ont voulu que l'ouvrage ne dépassât pas le niveau assez modéré des connaissances chimiques des candidats au baccalauréat Philo-Lettres.

Dans la troisième édition, un développement plus large a été réservé à la chimie biologique où l'on a adopté le classement classique des substances contenues dans la substance vivante en glucides, lipides et protides. Les essais des laboratoires ont été traités plus complètement ; enfin, une place a été réservée aux nouveautés utilisées en thérapeutique comme la Pénicilline.

Ainsi, ce Précis qui peut être l'un des livres de chevet du candidat à la validation de stage dentaire, peut être aussi conservé avec profit par le praticien qui désire se documenter brièvement sur l'un des produits qu'il emploie en cabinet ou au laboratoire de prothèse.

Dr Michel LAPIERRE. — **Les appareils de prothèse dentaire. — Contribution à l'étude des corps étrangers dans l'œsophage.** — (Thèse Lille, novembre 1946).

Conclusions. — La prothèse amovible est, de toutes les prothèses, la plus susceptible de se transformer en corps étranger de l'œsophage en raison de sa mobilité, de sa fragilité, et la plus dangereuse par les aspérités qui assurent sa rétention.

Dans la presque totalité des cas, il s'agit d'appareils détériorés, fracturés ou incomplets et qui sont devenus instables.

Pour assurer une meilleure stabilité et afin d'éviter la carie fréquente des piliers dentaires engendrée par les frottements du crochet, les Stomatologistes tendent à remplacer cette prothèse mobile par de la prothèse fixe.

Mais le coût élevé de la prothèse fixe en restreint l'avantage à la clientèle aisée. Dans les milieux financièrement moins favorisés, les chirurgiens-dentistes posent des appareils partiels amovibles et ceux-ci en plus grand nombre par suite de la généralisation des soins dentaires dans la société économiquement faible.

Force nous est donc de nous plier aux exigences de notre époque et de chercher pour ces appareils partiels amovibles le crochet qui, en assurant une bonne stabilité, diminuera les risques de carie de la dent support, et, en cas de déglutition accidentelle, sera le moins blessant pour les parois œsophagiennes lors de l'extraction de la pièce.

Le crochet-raquette semble offrir au point de vue dentaire le maximum de sécurité.

Le point de vue endoscopique rejoint exactement le point de vue du Stomatologiste. Le crochet-raquette, par son angle ouvert et son extrémité arrondie est aussi peu blessant que possible pour l'œsophage, et présente moins de difficulté pour l'extraction de l'appareil sous-œsophagoscopie.

La technique prothétique se perfectionnant de jour en jour, les cas de déglutition d'appareils dentaires tendent à diminuer considérablement. Il subsiste néanmoins, malgré les perfectionnements de la prothèse, un

pourcentage d'accidents imputables à la négligence des porteurs de pièces dentaires.

L'éducation prophylactique du public reste donc le complément indispensable des progrès techniques de la prothèse si l'on désire ne plus voir un jour les appareils dentaires se substituer au corps étrangers de l'œsophage.

Ces corps étrangers de l'œsophage sont exceptionnellement latents. Les signes subjectifs qu'ils engendrent sont suffisamment importants pour permettre, sinon une certitude absolue, du moins une forte présomption, car les différents symptômes peuvent être parfois le fruit de l'imagination.

Le diagnostic positif reposera avant tout sur l'examen radiologique, indispensable et sur, les appareils dentaires étant suffisamment opaques aux Rayons X. Les clichés radiographiques préciseront le siège, la forme, les détails de la pièce et permettront à l'endoscopiste d'agir en conséquence. Si la radiologie reste négative et qu'un doute persiste, l'œsophagoscopie tranchera le dilemme.

Le pronostic jadis extrêmement sombre, l'était du fait des complications infectieuses engendrées par les blessures des parois de l'œsophage. Depuis la vulgarisation des Sulfamides et surtout de la Pénicilline, ces complications peuvent être souvent combattues victorieusement, et le pronostic s'en est amélioré d'autant.

L'instrumentation et la technique de l'œsophagoscopie ont atteint un tel degré de perfectionnement que les dentiers peuvent être, dans la majorité des cas, retirés par cette voie rapidement, sans blessure de l'œsophage, et avec un succès total. L'endoscopie est une méthode de choix qui apporte tous les jours de magnifiques succès si l'opérateur « joue la règle » et s'entoure de toutes les précautions nécessaires.

Au point de vue instrumentation, rappelons l'intérêt des tubes larges et l'utilité d'un dispositif dilatateur terminal dans le désenclavement particulièrement délicat des appareils à crochets.

Néanmoins, les appareils de prothèse restent, en raison de leur volume et de leurs aspérités des corps étrangers difficiles à extraire. L'endoscopiste éclairé n'hésitera pas, à la suite d'un échec ou lorsque l'extraction sous-œsophagoscopie devient périlleuse, à recourir à la voie chirurgicale.

L'œsophagotomie cervicale, lorsqu'elle est utilisable, est devenue une intervention bénigne dont la parfaite mise au point permet, non seulement d'extraire un appareil devenu « inexpugnable » par la voie pérorale, mais encore de drainer une collection purulente péri-œsophagienne ou de prévenir toute autre complication infectieuse.

Il n'en est pas de même de l'œsophagotomie thoracique qui reste, malgré les perfectionnements apportés, une opération grave, et dont la mise au point reste à faire.

La gastrotomie enfin répond à certains cas particuliers de corps étrangers bas situés dans l'œsophage.

Il est permis de penser que, grâce aux perfectionnements qui ne cesseront d'être apportés dans les jours à venir, aussi bien dans l'art dentaire que dans la lutte contre l'infection et les méthodes d'extraction, la rareté d'un tel accident et l'excellent pronostic du traitement vérifieront, une fois encore que : « sans travail, le génie ne fait rien de durable. »

Le Chirurgien-Dentiste ou Traité sur les dents dans lequel est vu le moyen de les garder claires et saines, par Pierre FAUCHARD, chirurgien-dentiste à Paris. — Traduit de la deuxième édition 1946, par LILIAN LINDSAY, C.B.E., L.L.D., M.D.S., H.D.D., L.D.S., Bibliothécaire Honoraire de la British Dental Association, Londres. — Butterworth et Cie, éditeurs, LTD, Bell Yard, Temple Bar W.C. 2, 1946).

Nous avons eu le plaisir de recevoir une traduction anglaise de la deuxième édition du livre de P. Fauchard : *Le Chirurgien-Dentiste* ou *Traité sur les Dents*.

Les deux volumes ont été réunis en un seul.

Le papier, la présentation typographique et les illustrations ont été particulièrement soignés. Rien n'a été négligé pour faire de cet ouvrage un des ornements de nos bibliothèques professionnelles.

Le texte de P. Fauchard a été intégralement traduit ainsi que les approbations données par les différentes personnalités contemporaines de l'auteur.

Dans son introduction le Dr Lilian Lindsay retrace l'histoire du livre de P. Fauchard dont le manuscrit a été retrouvé en 1892, à la bibliothèque de la Faculté de Médecine, par M. G. Viau.

Nous devons rendre un hommage bien mérité à tous ceux qui ont contribué à la réalisation de cette traduction du livre de P. Fauchard, la première en langue anglaise.

Au Dr Lilian Lindsay, bibliothécaire honoraire de la British Dental Association qui a donné tous ses soins à servir scrupuleusement la pensée de P. Fauchard ;

Aux Membres de la British Dental Association qui ont permis de réaliser le projet du Dr Lindsay ;

Aux éditeurs qui ont apporté toute leur attention à la perfection de la présentation.

Nul doute que beaucoup de nos confrères ne désirent posséder la traduction anglaise du livre de P. Fauchard, associant leur désir de rendre à notre illustre devancier un juste hommage et remerciant du même coup nos amis anglais qui viennent ainsi de nous donner un précieux et tangible témoignage de leur confraternité.

Le prix du livre est de 2 livres 2 schillings. L. S.

A. Limberg. — **Les bases mathématiques des plasties cutanées.** — Un volume de 190 pages, 272 figures, 52 références bibliographiques. — (Editions Medguiz, Léningrad, 1946).

Cet ouvrage, d'une conception originale, tend à déterminer par une opération mathématique, le tracé des greffons cutanés destinés à refaire une portion détruite de la surface du corps.

Le Prof. Limbert, de Léningrad, qui, depuis plus de vingt ans, a acquis une compétence de renommée mondiale en chirurgie stomatologique, avait déjà mis au point un procédé de reconstruction faciale par greffons triangulaires multiples. Il expose cette fois en seize chapitres toutes les données mathématiques du problème relatif à la taille, à la transposition, à l'écartement, à l'allongement, au rétrécissement, au modelage des greffons que la stéréométrie permet de déterminer avec une très grande précision.

Ce livre, fruit d'une expérience remarquable enrichie par la guerre récente, fera date dans l'histoire de la chirurgie stomatologique et de la chirurgie plastique. L. Lebourg.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 4 mars 1947

ALLOCUTION DU PRÉSIDENT

Mes chers Confrères, Mesdames, Messieurs,

La première partie de notre réunion de ce soir est inscrite en hommage à notre maître défunt, le Dr Maurice Roy. M. Housset, directeur de notre Ecole ; M. Villain, vous diront quelle fût l'activité du Dr Maurice Roy dans tous les domaines qui ressortissent à notre spécialité.

Votre Président a relu pour vous l'ouvrage qui, sans doute, a été l'objet des soins les plus vigilants de son auteur et sans doute auquel il s'est le plus attaché ; je veux parler de ce traité si complet et qui se nomme : *La Pyorrhée alvéolaire*, par M. Roy, Professeur à l'E. D. P., Stomatologiste honoraire des Hôpitaux de Paris, édité chez Baillière en 1935.

Pourquoi vous entretenir de la pyorrhée ? Oh ! très rapidement, soyez sans craintes !

D'abord pour qu'un digne hommage fût rendu ici ce soir à celui qui publia sans cesse de 1893 à 1946, il était nécessaire que plusieurs parmi nous se partageâssent la tâche.

C'est enfin un témoignage ultime de reconnaissance de l'élève au maître qui lui permit, encore étudiant de 5e année, de faire, sous sa direction son premier bridge de contention de pyorrhée.

Pour vous, j'ai donc relu ce livre.

Dans l'avant-propos, l'auteur nous dit « sans avoir l'outrecuidance de me comparer à l'illustre auteur des Essais, je me permets néanmoins de dire, comme Montaigne : Ceci est un livre de bonne foi. »

Livre de bonne foi certes, mais plus encore. — De sa lecture se dégage un sentiment de vraie grandeur, car M. Roy n'a rien omis. Il cite, développe avec probité toutes les théories soutenues jusqu'en 1934. Il n'a pas pour cela, négligé d'affirmer, de défendre, avec son énergie coutumière, ses idées, et Dieu sait s'il en avait, sur cette maladie des organes de soutien de la dent.

Je pense indispensable de vous rappeler sa définition de la *Pyorrhée alvéolaire*.

« Maladie autonome, due à un trouble cellulo-humoral des individus, sous la dépendance, semble-t-il, de la diathèse arthritique ou de phénomènes dysendocriniens, cette maladie est caractérisée par une résorption alvéolaire sénile précoce, accompagnée ou non de la formation de culs-de-sac gingivo-radiculaires, ceux-ci entraînant le développement consécutif de la suppuration des calculs et de tous les autres symptômes locaux de la maladie.'

Pour qui connaît l'homme, cette définition résume bien et ses idées sur la maladie et son orientation de clinicien pour lui appliquer la thérapeutique de son choix.

Pour M. Roy, la lésion initiale, celle qui est constante et précède toutes les autres est la résorption sénile précoce et le cul-de-sac, la conséquence de la résorption alvéolaire initiale.

La gingivite marginale siégeant au niveau des culs-de-sac, conséquence de la présence du cul-de-sac, entraîne la suppuration et la formation des calculs pyorrhéiques.

La résorption alvéolaire entraîne la rupture de la résistance articulaire des dents.

Telles sont ses idées essentielles sur la nature et un des aspects pathogéniques de la maladie.

Reconnaissant d'abord comme étiologie essentielle, celle que Bouchard faisait entrer dans le cadre des maladies par ralentissement de la nutrition ; puis faisant état des rapport de Broderick, de Hulin, de Loos et de Rosenthal, au VIIIe Congrès International qu'il discute. M. Roy, en conclusion, s'exprime ainsi (p. 136) :

« Les lésions histologiques de la maladie semblent avoir moins retenu l'attention de l'auteur, plus clinicien qu'homme de laboratoire ». Rappelant les recherches de Retterer, Hulin, Delater, il tient toujours pour secondaire les lésions inflammatoires de l'épithélium. M. Roy, en revanche, reconnaît les lésions osseuses atrophiques comme spécifiques de la pyorrhée alvéolaire, citant les travaux d'Hopewel Smith.

Après un essai personnel de classification que la plupart d'entre vous connaissent, M. Roy passe aux formes cliniques de la maladie.

Mon ami Delibéros vous parlera, tout à l'heure, de quatre cas de sinusite maxillaire d'origine pyorrhéique. Cet exposé complètera ainsi l'hommage à M. Roy qui fit une communication sur ces complications de la pyorrhée au Congrès de Liége en 1924, et à notre Société d'Odontologie en 1925.

Une autre complication dont la priorité de description revient, sans conteste à M. Roy est : l'abcès pyorrhéique serpigineux (*Odontologie*, 1931).

La 9e partie du traité est consacrée au traitement. Je ne saurais résister au désir de vous lire quelques lignes de ce premier chapitre (p. 200 à 201).

Son traitement, la plupart de vous le connaissent. Il le pratiquait avec minutie et toute la probité de son caractère. Il obtenait des résultats indiscutables. La stabilisation des dents par bridge de contention est une conception qui lui revient de plein droit.

Maurice Roy s'attaqua enfin au problème prophylactique. Au VIIIe Congrès International, son élève, René Métrot, présenta un rapport sur ce sujet.

Voici en un résumé, très incomplet certes, l'essentiel que nous avons cru retenir des idées de notre maître disparu.

A l'étude et au traitement de la pyorrhée il consacra une large part de sa vie. Contre cette maladie si décevante l'activité de Maurice Roy se dépensa inlassablement.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 25 février 1947

La séance est ouverte à 20 h. 45, sous la présidence de M. P. Fouques.

M. le Dr A. Aubin, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux et de l'Hôpital Pasteur : *Traitement chirurgical des paralysies faciales.*

Le Dr Aubin distingue les paralysies centrales, corticales, discrètes, associées à des troubles généraux importants des paralysies périphériques qui peuvent être partielles ou totales ; il en décrit les signes cliniques de la paupière, aile du nez tombante, déviation de la bouche du côté sain.

On aura recours aux examens galvaniques ou faradiques, indispensables, car les paralysies faciales définitives sont incurables après deux ou trois ans, pour savoir si les muscles réagissent encore. Le conférencier, à l'aide de projections, décrit les diverses causes qui peuvent léser le facial dans son trajet osseux (fractures du temporal à ses divers étages, tympanal, mastoïdien, etc... ; les otites aiguës ou chroniques entraînant des névrites ou des œdèmes à voisinage ; les lésions opératoires au cours de traitements chirurgicaux (curetage de la mastoïde, etc...).

Le Prof. Aubin passe ensuite en revue les différents traitements de la paralysie faciale :

1° Suture du nerf avec avivement du bout périphérique, procédé pratiquement irréalisable en raison des conditions anatomiques ;

2° Décompression du nerf dans l'aqueduc de Fallope dans les paralysies secondaires par hématome ou œdème du voisinage ;

3° Greffe nerveuse — procédé de choix dû à Balance et Nageotte — un greffon nerveux est placé entre les segments périphériques et central. L'hémistase et l'aseptie sont indispensables.

Cette opération, couronnée de succès dans plus de 60 % des cas assure la réapparition de la mobilité musculaire deux à trois mois après l'intervention ; une gymnastique faciale est nécessaire pour compléter le traitement chirurgical et assurer son succès. Ce procédé chirurgical est le seul efficace et le seul indiqué dans les paralysies faciales définitives d'origine tympanales ou mastoïdienne.

Quand les lésions seront inabordables chirurgicalement, on aura recours aux traitements palliatifs ; en anastomosant le facial à sa sortie du trou mastoïdien avec la branche du IX, du XI ou du XII, on obtiendra des résultats, d'ailleurs inconstants, qui restitueront un certain tonus musculaire.

Le conférencier cite encore certains procédés d'amarrage de commissure labiale par des moyens prothétiques ou musculaires et termine en insistant sur les espoirs que donne le traitement chirurgical de la paralysie faciale par la greffe nerveuse dont la technique récente et sans cesse perfectionnée apporte un pourcentage de succès toujours croissant.

M. le Dr Abaza, ancien Interne des Hôpitaux de Paris, Médecin assistant des Hôpitaux, Médecin-chef des Forces Terrestres libres en Grande-Bretagne, Chef adjoint du Service de Documentation médicale de l'U. N. R. R. A. : *Les nouvelles acquisitions en pénicilline.*

Après avoir mis en relief les améliorations tant en qualité qu'en quantité de la production de la pénicilline, le Dr Abaza étudie le noyau de la pénicilline, met en évidence les quatre pénicillines : f, g, x, k, qui sont produites actuellement. La pénicilline a une action bactériostatique et non antitoxique ; elle peut et doit donc être employée en association avec la sulfamidothérapie, la vaccino et la sérothérapie, car la pénicilline n'est pas polyvalente. Elle peut être administrée par voie sous-cutanée, intra-musculaire, intra-veineuse, intra-rachidienne ou par voie orale, à condition d'être protégée contre l'action du suc gastrique par l'emploi de capsules glutinées ou par neutralisation à l'aide du carbonate de chaux.

La Pénicilline s'éliminant très rapidement, les Américains ont mis au point une solution huileuse de pénicilline additionnée de 4,8 % de cire d'abeille ; des recherches parallèles sont en cours en France pour obtenir, comme pour les sulfamides, une pénicilline-retard. Le conférencier note les transformations dans la posologie. La dose moyenne est actuellement de 400 à 500 U. par jour ou 15.000 U. (unités) par kilo ou poids.

La Pénicilline a amélioré de façon considérable les succès chirurgicaux qui atteignent 80 à 95 % dans les interventions craniennes, abdominales ou sur les membres et transformé certains pronostics, tel celui de la maladie d'Osler, où on obtient maintenant 70 à 80 % de guérison. Si on enregistre un échec dans le traitement de la syphilis, la gonococcie est guérie dans 90 % des cas.

En art dentaire, on aura recours à la pénicilline par voie générale et surtout locale — soit en solution, soit en poudre — les Anglo-Saxons utilisent la pénicilline sous forme de pastilles, de chewing-gum, ce qui permet l'emploi de doses assez concentrées pour lutter contre la flore microbienne buccale.

Le Dr Abaza insiste sur l'intérêt à employer la pénicilline de façon systématique chez les cardiaques et à opérer « sous pénicilline ».

Les stomatites ulcéreuses, les angines de Vincent, les ostéomyélites bénéficieront de la pénicillinothérapie locale.

A l'appui de cette conférence, M. Neagoe, chirurgien-dentiste à Paris, présente un cas clinique de phlegmon d'origine dentaire guéri par l'association pénicilline-sulfamide sans intervention chirurgicale.

La séance est levée à 23 h. 30.

Le Secrétaire des Séances : Pierre Froment.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE FRANCE

Séance du 18 février 1947

Médecin-Colonel GINESTET et Médecin-Capitaine CHEMIN. — *Trois cas d'ankyloses temporo-maxillaires traités chirurgicalement.*

A propos de ces trois cas d'ankyloses dont deux unilatérales et une bilatérale, les auteurs préconisent l'interposition de galets cartilagineux, après résection condylienne, entre la glénoïde et la tranche de section cervicale. Le galet cartilagineux donne de la hauteur à la branche montante et assure la séparation des deux surfaces osseuses. La voie d'abord doit passer en avant des vaisseaux. La mécanothérapie post-opératoire est une nécessité absolue.

Médecin-Colonel GINESTET et Médecin-Commandant PORTALIER. — *Prognathie mandibulaire avec apiphysite condylienne unilatérale.*

Médecin-Colonel GINESTET et Médecin-Capitaine CHEMIN. — *Le fixateur externe pour fracture du maxillaire inférieur.*

Blessé rapatrié d'Indochine par avion encore porteur d'une attelle externe de Richardson pour fracas de la branche horizontale droite du maxillaire inférieur. Cet appareillage, mis en place pour le voyage, est d'une grande simplicité mais il est beaucoup plus encombrant que le modèle présenté par GINESTET dès 1934 lorsqu'il préconisa cette méthode.

Depuis, la preuve de l'efficacité de la méthode a été donnée par le grand usage qu'en ont fait les pays de langue anglaise, mais GINESTET rappelle, à nouveau, que la méthode du fixateur externe doit rester une méthode d'exception.

Médecin-Colonel GINESTET, Médecin-Capitaine CHEMIN et M. Max JÉROME. — *Nouvelle technique de prothèse nasale. — Utilisation de la résine acrylique.*

MM. CORBEIL et GALEY. — *Un cas de névralgie faciale symptomatique.*

Névralgie symptomatique d'une particulière violence avec irradiations multiples et très étendues. La cause en est aisément découverte : simple dentinite de la 1re molaire inférieure gauche. L'obturation au ciment de la fissure dentinaire amena la guérison.

MM. LATTES et BATAILLE. — *Un cas de léontiasis ossea.*

Dans ce cas à peu près typique de L. O., le malade présenta des accidents phlegmoneux de la joue provoqués par l'élimination d'un îlot de « nécrose calcifiée » si caractéristique de cette ostéopathie. Les auteurs rappellent les difficultés du diagnostic des différentes scléroses osseuses dont il est rare de rencontrer des formes absolument pures.

MM. THIBAULT, CORBEIL et MARTELLI. — *Quelques réflexions sur six cas de stomatites traités par la Pénicilline.*

Les trois premiers cas rappellent les observations qui ont été décrites à propos des stomatites ulcéreuses à allure épidémique de 1945 ; les trois autres sont des observations de stomatites ulcéreuses odontiasiques.

La Pénicilline, dans tous ces cas, a fait merveille, assurant la guérison en trois jours au plus. Les conclusions qu'en tirent les auteurs sont que la Pénicilline doit être réservée aux stomatites graves et rebelles et qu'il ne faut jamais utiliser de doses inférieures à 4 ou 500.000 unités par vingt-quatre heures et pendant deux jours.

L'avantage de cette guérison rapide est de permettre toute intervention ultérieure dans un minimum de temps et de supprimer ainsi toute épine irritative pouvant favoriser une récidive de l'affection.

MM. LATTES, VRASSE et CORBEIL. — *Gingivite ulcéreuse chronique guérie par la Pénicilline.*

Gingivite ulcéreuse chronique, évoluant depuis deux ans chez un ouvrier carrier, et rebelle aux traitements habituels. Etat général mauvais, t° 39, lésions ulcéreuses généralisées aux deux arcades ayant déterminé des pertes de substances gingivo-alvéolaires impressionnantes — 500.000 unités

par vingt-quatre heures sont prescrites pendant deux jours. Disparition et cicatrisation des ulcérations avec chute verticale de la température en vingt-quatre heures. — Considérant les séquelles redoutables du point de vue alvéolo-dentaire, les auteurs insistent à nouveau sur la nécessité d'une thérapeutique offensive, énergique et précoce.

Robert VRASSE.

* * *

Séance du 9 mars 1947

J. SOLEIL (Lille). — *Appareil monobloc contre les morsures de la langue.*

L'auteur relate l'observation d'une malade à hérédité chargée qui, à la suite d'un accident d'automobile, se mord la langue pendant la nuit. Il présente l'appareil monobloc, fixé au maxillaire inférieur, réalisé pour protéger efficacement la langue et contribuer à la guérison.

J. HAMON (Orléans). — *Traitement de trois cas de névralgies faciales par la cryothérapie mastoïdienne.*

J. DUCLOS (Lyon). — *Présentation d'instruments.*

Ecarteurs pour l'extraction de la dent de sagesse inférieure. Instrument pour la réduction de l'enfoncement du malaire.

J. DUCLOS et FAROUZ (Lyon). — *Démonstration sur modèle d'un procédé de fixation des dents après luxation traumatique.*

J. DUCLOS et BEYSSAC (Lyon). — *Gingivite ulcéro-nécrotique, syndrome méningé, paralysie faciale et abolition des réflexes des membres inférieurs. Crypto-leucémie, ou leuco-sarcomatose aiguë plus probable en raison des tumeurs abdominales.*

Ch. FREIDEL, LAIR et PERNOD (Lyon). — *Lipome du plancher de la bouche.* Volumineuse tumeur enlevée par voie buccale.

Ch. FREIDEL, LAIR et PERNOD (Lyon). — *Considérations sur les transplants d'os iliaque.* — Projection de films.

James QUINTERO (Lyon). — *L'enseignement de l'orthodontie à l'école dentaire de Lyon.*

J. QUINTERO (Lyon). — *Chancre d'inoculation tuberculeuse de la gencive.*

Ulcération gingivale sanieuse, non douloureuse, adénopathie ; fébricité, cuti-réaction et percuti-réaction positives. Evolution vers l'extension de la lésion avec élévation de la température, apparition sur la radiographie pulmonaire d'ombres floconneuses de type broncho-pneumonique. Syndrome méningé, lymphocytose et hyperalbuminose rachidienne, spléno et hépato-mégalie. Exitus.

BERCHER, SOHIER et PARRET (Lyon). — *La cytologie salivaire (méthode de Sohier) dans les sialodochites et les troubles réflexes parotidiens.*

En présence de malades vus pour des phénomènes de rétention salivaire, les auteurs ont été amenés, après examen cyto-bactériolologique de la salive par la méthode du Prof. Sohier, à considérer une origine réflexe à de tels troubles. Ce réflexe agirait en entraînant une perturbation fonctionnelle de la sécrétion salivaire, caractérisée soit par un processus d'inhibition secrétaire, soit par une modification de la composition de la salive. La conséquence directe serait l'apparition de phénomènes inflammatoires subaigus, réalisant une sialodochite secondaire. Ces troubles sont d'un pronostic bénin, cédant à la suppression de l'épine irritative qui les entretient.

PONT (Lyon). — *Quelques considérations sur l'influence de l'hérédité en orthodontie.*

Robert VRASSE.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE ET DE STOMATOLOGIE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

Séance du 11 mars 1947

P. PESME. — *Accidents oculaires graves après extraction dentaire atypique.*

L'auteur présente un cas d'ulcère infectieux de la cornée, avec hypopion provoqué par le choc contre le globe oculaire d'une dent de lait extraite par le procédé populaire du fil. Cette infection particulièrement grave s'est terminée par une taie centrale de la cornée, entraînant une diminution considérable de la vision. Cette observation montre une fois de plus la septicité extraordinaire du milieu buccal, car aucune infection n'accompagnait la dent qui, par ailleurs, ne présentait aucune atteinte de carie.

X. J. DUBECQ et P. MARONNEAUD. — *Interprétation des états granulomateux péri-apicaux sur dents cliniquement vivantes (examens anatomo-pathologiques).*

Les auteurs rappellent les observations antérieurement présentées et apportent les résultats des examens anatomo-pathologiques qu'ils ont pratiqués à ces occasions.

Dans le premier cas (séance du 12 novembre 1946) leurs préparations révélèrent : *pour la fongosité* un tissu de granulation banal abondamment vascularisé, très fibreux et dense en certaines parties, du type conjonctif ; pour la *pulpe* des signes d'une intense hyperémie périphérique avec précipitation de plaques calcaires qui, au niveau de la région moyenne de la pulpe coronaire, l'avaient presque complètement envahie.

Dans le deuxième cas (séance du 11 février 1947) l'examen de *la fongosité* les mit en présence d'une formation conjonctivo-épithéliale peu vascularisée en général et très fibreuse dans sa portion conjonctive, la plage épithéliale étant caractérisée par la pénétration dans la masse de la fongosité de boyaux enserrant de minces travées conjonctives. Quant à l'examen de *la pulpe*, il leur montra tant au niveau de la portion coronaire que de sa portion radiculaire distale, des signes d'altération fibreuse avec les mêmes figures de précipitation calcaire.

En conclusion, il convient, pour les auteurs, de retenir le fait que, devant ces accidents inflammatoires à étiologie douteuse et liés à une lésion osseuse du type granulomateux, les examens anatomo-pathologiques font ressortir : 1° une structure banale, conjonctive ou épithélio-conjonctive, des fongosités périradiculaires ; 2° un début de dégénérescence (fibreuse ou graisseuse) de la pulpe, avec, dans les deux cas, précipitations calcaires intra-parenchymateuses.

Ces constatations montrent que la mortification pulpaire n'a pas un rôle exclusif dans la genèse des productions granulomateuses.

P. L. MARONNEAUD. — *Sur deux cas de greffe dentaire autoplastique* (Présentation de malades).

L'auteur présente une fillette de 15 ans qui lui fut adressée pour des anomalies dentaires multiples : persistance de G III, dystopies de D 2, D I et G I (rectoclusion) et de G 2 et G 4 (rotation), ectopie évoluée en position vestibulaire haute de G 3 entre les racines de G1 et G 2. Il a été procédé successivement et par étapes : 1° à une expension générale de l'arcade supérieure ; 2° à la mise en place préliminaire d'un dispositif d'amarrage ; 3° à l'extraction de la canine permanente et à la correction extemporanée de la rotation disto-vestibulaire de l'incisive latérale ; 4° à l'extraction de la canine temporaire et au modelage de l'alvéole ; 5° à la mise en place et à la fixation de la canine permanente préparée à cet effet. Un traitement post-opératoire préconisé par l'auteur est en cours.

Le deuxième cas concerne un enfant de 8 ans et demi qui perdit accidentellement son incisive centrale supérieure droite. Cette dent a été réimplantée puis amarrée et un traitement post-opératoire institué : la consoli-

dation a été obtenue au bout d'un mois et demi et acquise depuis quatre mois.

L'auteur, à l'occasion de ces malades, reprend le problème de la greffe et insiste sur l'importance de l'amarrage en semi-contention (premier malade) et de la thérapeutique post-opératoire (deuxième madade). Médication générale vitaminique C et D associée aux agents physiques — rayons ultra-violets et infra-rouges — qui sont de nature à améliorer le pronostic, pour l'heure très réservé, de ces interventions.

SOCIÉTÉ ODONTO-STOMATOLOGIQUE DU NORD DE LA FRANCE

Séance du 8 décembre 1946

Dr Pierre D. BERNARD. — *L'ion accéléré O. H. dans les traitements des canaux.*

Après un rappel de ses communications sur l'ionophorèse, l'auteur présente sa nouvelle technique. Il supprime la solution ionique dans la chambre pulpaire, l'ion antiseptique étant produit par l'électrolyse du contenu même des canaux, c'est l'ion accéléré O. H.

Il démontre les propriétés propres de l'ion O. H. : de provoquer la liquéfaction des substances organiques des canaux, de les lyser, d'éroder et d'élargir les canaux. Les canaux deviennent ainsi sondables et peuvent être obturés dès la première séance.

Une démonstration pratique de la méthode fut faite dans la journée.

Dr G. CARLIER. — *Répercussion des interventions chirurgicales sur l'état général* (2e conférence d'actualité stomato-odontologique).

L'auteur rend hommage à son maître, le Professeur LAMBRET et rappelle l'évolution des conceptions opératoires et les travaux de l'Ecole chirurgicale de l'Hôpital Saint-Sauveur.

Il montre d'abord les étapes de la chirurgie : chirurgie anatomique, d'ablation qui cède le pas à une chirurgie physiologique sous l'influence des travaux du Prof. LERICHE.

De par ses méthodes cette chirurgie physiologique est amenée à pénétrer les influences biologiques et, en particulier, les conséquences physico-chimiques de l'acte opératoire sur l'opéré.

Les recherches sur les répercussions heureuses des interventions chirurgicales amènent ainsi à connaître des répercussions préjudiciables à l'organisme et qui sont groupées sous le nom de la maladie post-opératoire.

Soulignant les différents aspects cliniques de la M. P. O., il précise le rôle de l'opéré, de la maladie et de son siège, de l'acte opératoire. Il étudie les modifications biochimiques de la M. P. O. en particulier les troubles de la circulation et les perturbations de l'équilibre humoral. Il reprend les diverses interprétations pathogéniques et expose les théories de la M. P. O. jusqu'aux travaux du Dr DUBOIS-FERRIÈRE sur le tryphosphate d'adénosine.

L'auteur termine en montrant les aspects stomato-odontologiques de la M. P. O. et en tire les conclusions thérapeutiques en s'attachant à l'utilité d'un traitement pré- et post-opératoire et à la conduite de manœuvres opératoires essentiellement atraumatiques.

Il évoque le rôle humain du médecin dont fut si prodondément imprégné l'enseignement de son maître le Dr CAUMARTIN.

Dr A. J. MARTIN. — *La rétention simple et efficace des prothèses adjointes soutenues. — Présentation d'un type de prothèse amovible.*

L'auteur présente dans le cadre de la prothèse adjointe, la prothèse adjointe soutenue, définie par l'utilisation de zones d'appui horizontales ou légèrement obliques sur les faces triturantes et linguales des dents restantes.

Prothèse précieuse pour appareiller les édentés partiels, surtout ceux n'ayant pas d'appui postérieur.

Après étude au tableau des zones favorables pour le soutien, il indique les divers modes de réalisation technique et présente une série de reproductions sur modèles de prothèses actuellement portées par ses malades.

Drs Carlier et Guérin. — *Présentent un résumé des travaux de la Semaine d'étude technique de l'Ecole de Stomatologie de la Faculté de Médecine de Paris.*

* * *

Séance du 9 février 1947

M. Robert Orled (Roubaix). — *Traitement des dents à pulpe gangrenée par la naphtaline.*

Notre confrère reprend l'article de M. Prowalski sur : « La naphtaline en médecine et en art dentaire » (*Le Chirurgien-Dentiste français*, oct.-nov. 1946, p. 13).

Il expose plusieurs observations personnelles de lésions périapicales ayant rétrocédé par le traitement naphtaliné. Il observe une certaine réserve pour l'avenir, ses observations ne remontent qu'à plusieurs mois. Le traitement consiste en nettoyage de la chambre pulpaire, puis élargissement des canaux et traitement par une lessive de potasse à 17,5 %. Séchage à l'alcool ou chloroforme suivi d'introduction de naphtaline cristalisée associée à l'eugénol ou au chlorophénol camphré (Prowalski). Obturation hermétique possible en une seule séance. Les réactions sont rares et bénignes. Les traitements seront suivis à la radiographie. Ce procédé simple et facile serait indiqué où les autres procédés échouent.

M. Paul Poitau a essayé également le traitement, mais comme adjuvant en terminant par l'obturation complète des canaux.

Le Dr Soleil pense que la naphtaline n'étant pas bactéricide, une bonne technique avec des antiseptiques vrais semble plus raisonnable.

Professeur Michel Dechaume (Paris). — *L'ozone en stomato-odontologie.*

Sans rappeler les propriétés connues de l'ozone, l'auteur dans un exposé clair et complet expose sa méthode de traitement des canaux par l'ozone (oxygène ozonisé ou air ozonisé).

Le but proposé est : stérilisation de la dentine sans rechercher une action sur le péri-apex, puis obturation complète ou aussi parfaite que possible des canaux.

En médecine générale, l'acide phénique provoque la gangrène, le formol est réservé aux cadavres. L'ozone est un antiseptique biologique et puissant. L'obturation du canal doit se faire de préférence avec une pâte inerte genre eugénol + oxyde de zinc.

Le Prof. Dechaume présente des séries de radiographies illustrant la guérison de kystes fistulisés et d'infections apicales importantes.

Difficile à utiliser pour la pyorrhée alvéolaire, l'ozone permet la récupération de dentine infiltrée et la conservation de pulpes vivantes. C'est aussi un précieux adjuvant pour désinfecter avant coiffage de la pulpe.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

XXe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

Salle des Sciences Médicales, 2, Avenue Thermale, Vichy

LES 15, 16 ET 17 MAI 1947

Président de la Session : Dr DE NÉVREZÉ

PROGRAMME PROVISOIRE

JEUDI 15 MAI

10 heures. — *Discours d'ouverture par le Président.*

11 heures. — DE NÉVREZÉ : *Morphologie dentaire et générale. Ses acquisitions* 1926-1947.

14 h. 30. — JARDET : *Morphologie choroïdo-rétinienne et morphologie dentaire (nouvelles acquisitions par la rétinographie).*

15 h. 30. — Sylvain DREYFUS (de Lausanne) : *La pousse des dents permanentes.*

16 h. 30. — LEIMGRUBER (de Berne) : *Le système biologique de la dent.*

17 h. 30. — DUYZINGS (d'Utrecht) : *L'orthodontie, science biologique médicale et dentaire.*

18 heures. — Roger VILLAIN : *Techniques orthodontiques associées.*

VENDREDI 16 MAI

9 heures. — BEAUREGARDT : *Les latéropositions mandibulaires (diagnostic et traitement).*

10 h. 30. — MERLE-BÉRAL : *Les béances d'occlusion. Essai de classification pathogénique. L'orthodontie, spécialité professionnelle.*

11 heures. — MULLER et Marcel MONTEIL : *Appareillage d'acier (système Tacail). Ses indications et ses résultats.*

11 h. 30. — OMEYER : *Hypertrophie gingivale congénitale (étude morphologique).*

14 h. 30. — CAUHÉPÉ : *Facteurs biologiques de croissance en orthodontie.*

15 h. 30. — RUFFA : *Appareillage orthodontique (nouvelle conception).*

16 h. 30. — DELANNOY : *Nouvelle soudeuse pour orthodontie (présentation).*

17 h. 30. — DECELLE : *Appareils fixes et mobiles (types originaux). Méthode gnatostatique simplifiée.*

18 heures. — GUGNY : *Bouches prognathes et bouches vénusiennes.*

SAMEDI 17 MAI

10 heures. — SOULET : *Les actes d'orthodontie dento-faciale et la Sécurité Sociale dans le Puy-de-Dôme. — Discussion.*

BEAUREGARDT : *Rapport de la Commission d'études sur la question des actes orthodontiques et la Sécurité Sociale à Paris.*

* * *

Le Dr DE NÉVREZÉ, 2, rue Petit, à Vichy (Allier), Président du Congrès de la S. F. O. D. F., a sollicité de la S. N. C. F. une réduction de 20 % sur les tarifs ferroviaires français pour tous les Congressistes et leur famille.

Il est donc urgent que chacun indique au plus tôt au Président le nombre de bons de réduction qui lui sera nécessaire. Ces bons seront valables du 10 au 22 mai.

ASSOCIATION DES CHIRURGIENS-DENTISTES INDÉPENDANTS

(IVe Congrès)

L'A. C. D. I. prie les confrères de retenir dès maintenant les dates suivantes : le **jeudi 8 mai, à 20 h. 30**, au Petit Amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris, séance inaugurale, sous la présidence de M. le Professeur Piédelièvre.

A la grande Salle de réunion de la Confédération des Syndicats Médicaux, 60, boulevard de La Tour-Maubourg, Paris : Conférences et démonstrations, les :

Vendredi 9 mai, à 20 h. 30 ;

Samedi 10 mai, à 14 h. 30 et à 20 h. 30 ;

Dimanche 11 mai, à 9 heures et 14 h. 40.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

25e Section — Odontologie

Le Congrès de l'A. F. A. S. aura lieu cette année à Biarritz, dans la deuxième quinzaine de septembre.

La Section d'Odontologie sera présidée par notre confrère Lazari, premier adjoint au Maire de Biarritz.

Les confrères désireux de présenter des communications sont priés de s'adresser à M. Wallis-Davy, Secrétaire Général de l'Ecole Dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris (9e).

LES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES 1947

Les *Journées Médicales de Bruxelles* 1947, se tiendront du 21 au 24 juin prochain inclus et seront placées sous le signe des relations professionnelles internationales avec une invitation aux confrères français d'y participer.

SOCIÉTÉ TCHÉCOSLOVAQUE DE STOMATOLOGIE DE PRAGUE

La *Société Tchécoslovaque de Stomatologie de Prague* fêtera le cinquantenaire de sa fondation par un Congrès qui aura lieu à Prague, du 10 au 15 juin 1947.

Du 10 au 13 juin aura lieu, également à Prague, le Xe Congrès de l'*Arpa Internationale*.

La Société Tchécoslovaque de Stomatologie de Prague invite les Organisations amies et tous leurs membres à assister en grand nombre à ces deux Congrès scientifiques.

Les conférences et communications en langue française ou anglaise, devront être envoyées à l'avance.

Pour renseignements précis, s'adresser à la *Société Tchécoslovaque de Stomatologie*, Spolek ceskych zubnich lékaru, *Prague II*, Sokolska 31, Lékarsky dum.

CORRESPONDANCE

LE COMITÉ DE SECOURS AUX BLESSÉS DES MAXILLAIRES ET DE LA FACE

Au sujet de cette œuvre admirable créée par Roy et Martinier, tout au début de la guerre de 1914-1918, nous recevons de notre confrère Devauchelle une intéressante lettre dont on lira ci-dessous les passages essentiels. On sait que dès les premiers jours, Devauchelle apporta tout son concours au Comité de Secours ; il a payé — et paye encore — de sa santé les années de collaboration qu'il lui consacra. Ses confrères, mieux avertis que les Pouvoirs Publics, sont unanimes pour regretter qu'on en soit encore à attendre le témoignage de la reconnaissance officielle. Il y a là une injuste omission à réparer. H. D.

Le Trayas, 31 mars 1947.

Si je crois devoir dire quelques mots sur notre ami Roy, c'est que je n'ai gardé de lui que de bons souvenirs et que j'estime qu'il a fait pour notre profession, ainsi que pour l'E. D. P. une œuvre magistrale en haussant leur renom par ses idées, par l'honnêteté de ses sentiments et encore plus par sa science.

C'est le professionnel intègre qu'il était qui a eu l'idée géniale de créer le Comité de Secours au début de la guerre 1914-1918 et c'est bien sa science profonde qui l'y a poussé, alors que personne n'y pensait et que même les services officiels et surtout militaires n'avaient pas voulu « s'encombrer des dentistes » bien qu'étant alors incapables de faire dans leurs services existants ce que Roy et Martinier ont su faire à l'E. D. P. où ils ont trouvé le milieu, le matériel et aussi les compétences compréhensives de la direction avec Blatter, Godon et Villain.

Mais c'est bien Roy qui a su rallier à lui — à son Comité — tous les confrères disponibles en cette époque troublée ; c'est lui qui a si bien su utiliser les talents de chacun et obtenir ainsi des résultats inespérés dans des cas abandonnés par les formations de l'avant et même de l'arrière, où on ne s'était contenté que de la question esthétique — fort intéressante il est vrai — mais bien loin de pouvoir être comparée avec la fonction de base qui est la mastication, c'est-à-dire l'alimentation, sujet vital.

C'est le renom de Roy qui, dès le début de la guerre, a attiré vers lui et son Comité de secours beaucoup de confrères et lorsque la mobilisation de la plupart a octroyé à l'Ecole des professionnels d'un certain âge, il a su, avec G. Villain utiliser les facultés de chacun pour le grand bien des malheureux blessés.

Moi qui étais venu aux côtés de Roy comme volontaire, en 1914, j'ai vu avec quelle clairvoyance il savait distinguer parmi les confrères ceux qui possédaient les qualités qu'il savait utiliser tout de suite, cela même au milieu des auxiliaires et des mécaniciens ; c'est lui qui me donna comme aide un brave type de parisien — un camelot des boulevards — (celui qui faisait pénétrer dans des bouteilles des pièces de 2 sous sans briser le verre !). Jamais je n'ai rencontré d'homme plus adroit de ses mains, ni doué d'un esprit aussi pratique que lui ; c'est grâce à cet homme découvert par Roy que j'ai pu mener à bien l'installation du laboratoire de Prothèse de l'Ecole et seulement avec des moyens de fortune !

Grâce à Roy et à Georges Villain, j'ai pu être maintenu dans le service de radiographie que je venais de reconstruire de toutes pièces.

C'est dans ce service que je me suis encore rendu compte du savoir énorme de Roy, car à l'aide de la Radio, j'ai contrôlé tous les diagnostics faits par lui alors qu'il n'y avait pas de radio, sur les schémas des feuilles

de soins (pièces de sa création) toutes les indications précises des blessures et des fractures dessinées de sa main, sans jamais rien trouver à l'encontre des indications faites avec son bon sens et son expérience.

Je dois reconnaître que c'est grâce à la science de l'observation de Roy que j'ai pu faire le bon travail qui a bien aidé le Dr Delagénière pour le contrôle de la prolifération de ses greffes osseuses, alors que ce maître travaillait au Mans, là où l'administration m'avait envoyé créer le centre de Radiographie maxillo-faciale. C'est là que je me suis servi, pour la première fois, du Radiochromoscope, que je venais de construire au laboratoire de l'Ecole sur les indications de Roy.

Ce n'est là que l'évocation de souvenirs que bien peu ont conservés de cette époque passée, si ce n'est moi tant dans ma tête que dans mon cœur, pour ne pas dire plus, car sur moi-même je conserve les traces de mes cinq années de radio intense qui m'ont valu à la suite de mes brûlures d'être resté infirme...

Mais tout cela est du passé et m'a bien éloigné de mon exposition des causes qui ont créé mon culte pour Roy dont j'ai été l'élève et suis devenu le collaborateur, mais surtout devenu l'ami.

Je dois dire aussi que j'ai conservé des relations qui sont devenues amicales avec des blessés soignés par nous au Comité de Secours, j'ai pu suivre ainsi l'évolution de leurs blessures depuis plus d'*un quart de siècle* et là j'ai encore constaté une fois de plus que les pronostics de Roy étaient bien fondés puisque j'ai eu à refaire des prothèses « usées » et cela selon les principes édictés par lui en 1917 !

Veuillez, etc...

F. L. Devauchelle.

CORRESPONDANCE D'AMÉRIQUE

Notre excellent confrère, M. André Fuchs, installé depuis plusieurs années à New-York, nous communique un tract publié par la *Ligue internationale contre les ennemis de la Santé publique*. Ce tract s'élève contre le *Bruit* ; la question, bien que n'ayant pas d'intérêt spécialement professionnel s'adresse à tous les habitants de nos villes actuellement si bruyantes. Il y a d'ailleurs plusieurs années que le *Touring-Club de France* avait fait campagne contre le bruit et qu'à la suite de son intervention des règlements de police ont été édictés dans ce but.

Mais nous avons été heureux de lire dans la lettre de notre confrère new-yorkais le passage se rapportant à l'activité de l'Association.

« Mes chaudes félicitations, écrit-il, pour la belle tenue de *L'Odonto-*
« *logie*. Je n'ai pas le temps de lire tous les journaux américains, mais je
« lis avec plaisir votre journal. «

Nous remercions M. Fuchs de son aimable appréciation et ce sont de tels témoignages qui nous incitent à continuer en perfectionnant chaque jour.

BULLETIN
de l'Association Générale des Dentistes de France

ORGANISATION DU DÉPISTAGE DES AFFECTIONS BUCCO-DENTAIRES AU COURS DE LA VISITE MÉDICALE D'INCORPORATION SCOLAIRE (*Journal officiel* du 11 mars 1947).

Le Ministre de l'Education Nationale et le Ministre de la Santé Publique et de la Population,

Vu le décret N° 46-2.698 du 26 novembre 1946, fixant les modalités d'application de l'Ordonnance N° 45-2-407 du 18 octobre 1945, sur la protection de la santé des enfants d'âge scolaire, des élèves et du personnel des établissements d'enseignement et d'éducation de tous ordres, et, notamment son article 5 au terme duquel les modalités d'application concernant le dépistage des affections bucco-dentaires seront déterminées par des arrêtés des Ministres de l'Education et de la Santé publique ;

Vu l'avis de la Section d'Hygiène bucco-dentaire du Comité consultatif national d'Hygiène scolaire et universitaire,

Arrêtent :

Article premier. — Les enfants au cours de sixième année sont obligatoirement soumis, lors de la visite médicale d'incorporation scolaire, à un examen de dépistage des affections bucco-dentaires.

Article 2. — Un spécialiste (médecin stomatologiste ou chirurgien-dentiste) conventionné par le Recteur d'Académie, ou un spécialiste praticien est affecté par le service d'hygiène scolaire du département, après avis du Directeur départemental de la Santé, du Conseil de l'Ordre et du Syndicat intéressé, à chaque centre médico-scolaire et à chaque automobile dentaire scolaire. Ce spécialiste est placé sous l'autorité du médecin scolaire du secteur.

Article 3. — Les résultats des examens et les conseils du spécialiste examinateur sont portés sur une fiche individuelle d'Inspection Dentaire dont le modèle est annexé au présent arrêté et sur le carnet dentaire du Ministère de la Santé Publique. Cette fiche est conservé par la famille. Une copie est adressée par le centre médico-scolaire au médecin conseil de la caisse de sécurité sociale à laquelle appartient l'intéressé.

Article 4. — L'adjointe d'hygiène scolaire du centre médico-scolaire est chargée du travail de secrétariat et des liaisons, notamment avec les centres de soins.

Article 5. — Lorsque les soins ont été reconnus nécessaires, si dans les six mois qui suivent l'examen de dépistage, la fiche signée par un spécialiste traitant, n'a pas été retournée au Centre médico-scolaire, l'assujetti, après un nouvel examen de dépistage, est, sauf opposition des parents, conduit par les soins du Centre médico-scolaire dans un Centre de soins ou chez un spécialiste traitant désigné par la famille.

Article 6. — Le spécialiste examinateur adresse chaque année, pour le 31 juillet, au médecin scolaire du secteur, un rapport dont le modèle est annexé au présent arrêté. Un rapport d'ensemble sera établi par le Service d'Hygiène scolaire du département et transmis à l'Inspection régionale de l'Hygiène scolaire et universitaire et au Directeur départemental de la Santé. La synthèse des rapports des régions académiques sera présentée chaque année par la direction de l'Hygiène scolaire et universitaire au Comité consultatif national d'Hygiène scolaire et universitaire et au

Comité consultatif national d'Hygiène dentaire du Ministère de la Santé publique.

Article 7. — Le Directeur de l'Hygiène scolaire et universitaire est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République Française.

Fait à Paris, le 1er mars 1947.

Le Ministre de l'Education Nationale : NAEGELEN.
Le Ministre de la Santé Publique et de la Population : Georges MARRANE.

* * *

Un renseignement très intéressant montrant les intentions des Pouvoirs Publics sur nos honoraires a fait l'objet, dans le Concours Médical (12-4-1947), *d'une étude sérieusement documentée de M. P. Douriez, intitulée* « Mort du secteur libre », *dans laquelle nous prenons la liberté d'extraire le passage suivant* :

« Le 25 février dernier, une lettre était adressée par le Ministre de l'Economie nationale à la Confédération des Syndicats dentaires, ainsi conçue :

« *Mon attention a été attirée par divers services administratifs et par certains usagers, sur le fait qu'il existait un tarif minimum national des soins dentaires établi par votre Confédération.*

J'ai l'honneur de vous rappeler que l'ordonnance 45.1483 *du* 30 *juin* 1945 *a fixé en ses articles* 1er *et* 4 *les conditions dans lesquelles doivent être prises les décisions relatives au prix. Il s'ensuit notamment que votre Confédération n'a pas qualité pour prendre de telles décisions.*

En conséquence, la Confédération nationale a enfreint les dispositions de l'article 16 *de l'ordonnance précitée, prescrivant un blocage des prix, dès lors que le nouveau tarif établi par elle constitue une modification en hausse qui ne peut être apportée au niveau des prix bloqués que dans les cas et dans les conditions prévus à l'article* 21 *de l'ordonnance.*

J'attire également votre attention sur le fait que la fixation des prix minima est également de la compétence ministérielle, ainsi que le prévoit l'article 3 *de l'ordonnance.*

De la constatation de ces faits, il faut conclure à la nécessité pour votre Confédération de rentrer dans la légalité dans les moindres délais. Pour ce faire, vous aurez à me présenter dès que possible et en tout cas avant le 15 *avril, une demande de fixation des tarifs maxima et, si vous le jugez utile, des tarifs minima applicables à la profession de chirurgien-dentiste.* »

Pour le Directeur des prix,
Le Commissaire général adjoint aux prix.

L'offensive ainsi déclenchée n'est dirigée, pour le moment, que contre les chirurgiens-dentistes qui, à la différence des médecins, ont cru devoir publier un tarif minimum national d'honoraires pour le secteur non social. Mais il est évident que si, par impossible, l'argumentation développée dans cette lettre se révélait fondée, elle serait rapidement invoquée à l'encontre du Corps médical, dont les règles de rémunération présentent une grande analogie avec celles des chirurgiens-dentistes, surtout chez certains spécialistes et qui publie, dans le cadre du département, un tarif syndical minimum dont il s'inspire pour le calcul de ses honoraires. La thèse de l'Economie nationale ne supporte pas l'examen : pas plus que la loi du 21 octobre 1940, l'ordonnance du 30 juin 1945 ne s'applique et ne peut s'appliquer aux professions libérales. Ces professions, en effet, ne connaissent pas de *prix* ; elles ne connaissent que des *honoraires*. La valeur pécuniaire des services qu'elles rendent n'est pas uniforme, elle varie avec chaque individu et chaque cas. Il serait fastidieux d'insister sur cette vérité première. L'ordonnance du 30 juin 1945 la confirme d'ailleurs expressément en confiant la fixation des prix à des organismes d'origine commerciale ou présidés par les représentants du ministre de l'Economie nationale, dont ne dépendent pas les médecins. Son article 7 dispose : *les prix bloqués*

s'entendent des prix pratiqués par l'entreprise elle-même. Ce vocable peut difficilement s'appliquer à l'exercice médical.

Si, par esprit de discipline et d'organisation professionnelle, et sous l'empire de préoccupations sociales, les médecins élaborent un tarif syndical minimum, ils n'entendent pas par là aliéner leur liberté de fixer souverainement dans chaque cas particulier, *compte tenu de ce tarif*, l'honoraire équitable.

On ne peut donc, même dans le secteur social, parler de prix médicaux dans la mesure où les tarifs légaux ne sont pas strictement limitatifs. *A fortiori* en est-il ainsi pour le secteur libre.

La thèse de l'Economie nationale ne vaudrait même pas que l'on s'y arrête, si elle ne constituait pas un des aspects d'une offensive générale contre les honoraires médicaux. Par le jeu de textes d'apparence exceptionnelle et provisoire, et de manœuvres du genre de celle que nous dénonçons, les pouvoirs publics tentent d'enserrer la rémunération de l'acte médical dans un réseau de réglementations dont, si l'on n'y prend garde, il sera difficile de la libérer plus tard. Non contents de supprimer l'entente directe en matière sociale, nos gouvernants essaient de mettre en cause la notion même d'honoraire, attribut essentiel de toute profession libérale. Ainsi espèrent-ils parvenir plus facilement à la vassalisation de la profession médicale. Cette menace doit être clairement perçue et déjouée avec rapidité. Nous savons que les organismes professionnels médicaux se sont émus de l'ultimatum signifié par l'Economie nationale à la Confédération dentaire et que, s'associant aux représentants des chirurgiens-dentistes, ils vont protester en haut lieu contre un tel détournement de la législation des prix et contre les risques immérités que les derniers textes parus font courir à la médecine libérale.

* * *

Nous n'aurions garde d'ajouter à d'aussi judicieuses observations des commentaires qui ne pourraient qu'en affaiblir la portée, nous les livrons simplement aux réflexions (ou aux réflexes) de nos confrères.

ECOLE DENTAIRE DE PARIS

PALMARÈS

SCOLARITÉ 1945-1946

ÉLÈVES AYANT OBTENU LE DIPLOME DE L'ÉCOLE

Session de juillet 1946

Maximum : 1450	MM.	ADRIAN Georges	1188 1/2
Minimum : 870		GAYFFIER Roger	1150
		RAUX Jules	1148 1/2
		BERTHELOT Gérard	1143
		AUBERT Paul	1138 1/2
	Mlle	PICHEREAU Paule	1124 1/2
	Mlle	SENCE Janine	1117 1/2
	MM.	BIGOT Claude	1116
		SERGENT Maurice	1111
		CARDIN Eugène	1106 1/2
		BONNEFOIX André	1104 1/2
		GALLIER Louis	1055 1/2
		DION Michel	1032
		BOULONGUE Xavier	1015
Maximum : 1030	MM.	SÉNÉCAL Pierre	904
Minimum : 618		CRINON René	903
		DELBART Georges	830 1/2
		BAMBERGER Robert	827
		BLOCH Michel	774
Maximum : 820	MM.	FAYOLLE Roger	719 1/2
Minimum : 492		COUSIN Roger	717
		VERCHÈRE Louis	676 1/2
		BABIGEON Jean	665 1/2
		VIENNET Jean	665
	Mlle	CHERTIER Suzanne	663
	MM.	BOUCAUT André	652 1/2
		CHEDAL Camille	649 1/2
		KASIER Gaston	620

RÉCOMPENSE

Médaille de bronze de l'E. D. P. : M. FAYOLLE Roger.

NOUVELLES

NOUVELLE RUBRIQUE

La rédaction de *L'Odontologie* a pensé être agréable à ses lecteurs en décidant de mettre à leur service une équipe de spécialistes qui s'efforcera de répondre le mieux possible à toutes questions posées par nos confrères.

Ces questions devront se limiter, de préférence, dans le cadre de l'activité professionnelle (cabinet, laboratoire) ayant surtout pour objet un résultat pratique.

Il sera possible, néanmoins, de déborder ce cadre pourvu que les questions posées relèvent de la compétence d'un praticien, ou d'un chimiste, ou d'un physicien, et, d'une manière générale, d'un scientifique.

La réponse se fera par la voie du journal au nom du correspondant, réduit aux initiales ou à un pseudonyme, dans la rubrique que nous appellerons " **La Boîte aux Lettres** ".

COMITÉ NATIONAL D'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE

L'Assemblée plénière du Conseil d'Administration du Comité National d'Hygiène bucco-dentaire s'est tenue sur la convocation de M. Aye, son Président, le vendredi 7 mars, sous la présidence de M. le Directeur général de la Santé au Ministère. Le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes était représenté par son Président, M. le Dr Hulin.

* * *

Le Comité National d'Hygiène bucco-dentaire, désirant étendre sa propagande à l'Union Française, a pu procéder à la constitution d'un Comité régional d'Hygiène dentaire pour les trois départements algériens.

L'UNION FÉDÉRATIVE NATIONALE DES MÉDECINS DE RÉSERVE

annonce :

1° Une série de conférences qui se tiendront du 25 au 28 avril, à Lyon et à Annecy ;

2° A Paris, le samedi 5 juillet.

Pour renseignements, s'adresser au Siège de l'Union : 58, rue Chardon-Lagache, Paris (16e). — Tél. Auteuil 62-02.

ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Conseil Régional de la Région de Paris

Le Conseil Régional de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes de la Région de Paris a cru devoir prendre les décisions suivantes au cours de sa séance du 5 mars 1947, concernant les affaires disciplinaires qui lui étaient soumises.

. . . . . .

Après en avoir délibéré secrètement :

Attendu qu'il est constant et non dénié que Mme X... a porté des mentions erronées sur la feuille de prestations d'un assuré social, donnant ainsi à celui-ci la possibilité de percevoir une somme supérieure à la valeur des soins effectivement donnés ;

Attendu que de pareils agissements sont contraires aux principes de moralité et de probité indispensables à l'exercice de la profession ;

Par ces motifs :

Prononce contre Mme X... la peine de l'avertissement. Condamne Mme X... aux frais de la présente instance évalués à la somme de 2.750 francs.

. . . . . .

Après en avoir délibéré secrètement :

Attendu qu'il est constant et non dénié que M. X... a porté sur la feuille de prestations d'une assurée sociale la fourniture d'un appareil neuf de 14 dents, alors qu'en réalité, il n'avait effectué qu'un remontage ;

Attendu que de pareils agissements sont contraires aux principes de moralité et de probité indispensables à l'exercice de la profession ;

Par ces motifs :

Prononce contre M. X... la peine de l'avertissement. Condamne M. X... aux frais de la présente instance évalués à la somme de 2.750 francs.

. . . . . .

Après en avoir délibéré secrètement :

Attendu qu'il est constant et non dénié qu'à une fenêtre du rez-de-chaussée du cabinet où M. X... exerce la profession de chirurgien-dentiste-....., sont exposés dans une vitrine des appareils publicitaires, et pièces anatomo-pathologiques relatives à l'évolution des maladies des dents ; qu'une pareille publicité est incompatible avec les principes de moralité indispensables à l'exercice de la profession ;

Attendu qu'à l'audience, sur l'invitation qui lui en a été faite, M. X... a pris l'engagement de faire disparaître la vitrine ;

Par ces motifs :

Prononce contre M. X... la peine d'un avertissement. Condamne M. X... aux frais de la présente instance évalués à la somme de 2.750 francs.

. . . . . .

Après en avoir délibéré secrètement :

Attendu que dans le journal : *Le Coopérateur des P. T. T.*, Mme X... a fait insérer au milieu d'annonces relatives à des lames de rasoir, à la fabrication de meubles et à des fournitures de chaussures, une réclame ainsi conçue : Dans votre intérêt, confiez vos soins dentaires au chirurgien-dentiste de votre Fédération. Tous travaux de prothèse. Ristourne de 10 % sur le tarif minimum officiel. Deux cabinets modernes au Chatelet. Adresse au bureau de la Fédération ;

Attendu que si le nom et l'adresse de Mme X... ne figurent pas dans cette annonce, ces renseignements sont immédiatement fournis dans une autre partie du bulletin sous la rubrique « Voici nos fournisseurs » par le texte ainsi libellé :

« Mme X..., N° ..., Chirurgien-dentiste-..... Tél. ..... Tous les jours de 9 h. à 12 h. et de 14 h. à 19 h. — Remise de 10 % sur les tarifs officiels » ;

Attendu que Mme X... ne saurait soutenir qu'elle est demeurée étrangère à cette seconde annonce, les renseignements qui y sont contenus n'ayant pu être fournis que par l'intéressée elle-même ;

Attendu qu'une pareille publicité est incompatible avec les principes de moralité indispensables à l'exercice de la profession ;

Attendu, d'autre part, qu'en proposant à sa clientèle des prix inférieurs au tarif minimum officiel, Mme X... a commis une infraction à ses devoirs professionnels ;

Attendu que de pareils agissements ne sauraient être tolérés ;

Attendu que Mme X... a déjà fait l'objet d'une sanction disciplinaire ; que la peine du blâme a été prononcée contre elle par décision de la Section Disciplinaire du Conseil National en date du 21 octobre 1946 ;

Par ces motifs :

Prononce contre Mme X... la peine de l'interdiction d'exercer la profession pendant une période de trois mois ; dit que l'interdiction prendra effet du jour où la présente sanction sera devenue définitive.

Condamne Mme X... au paiement des frais de la présente instance fixés à la somme de 2.750 francs.

. . . . . .

Après en avoir délibéré secrètement :

Attendu qu'il est constant et non dénié que M. X... inscrit au tableau de la Seine de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, n'a pas, ainsi que le lui prescrivait l'article 24, alinéa 2 de l'ordonnance du 24 septembre 1945,

demandé son inscription au tableau de l'Ordre du département de Seine-et-Oise, lorsqu'il a transféré sa résidence professionnelle à ..... en 1944, puis à..... ;

Qu'invité à régulariser sa situation, il s'y est constamment refusé ;

Que plus particulièrement, en ce qui concerne l'exercice de la profession à ....., notamment au dispensaire municipal de cette localité, il ne fournit aucune justification de la qualité de « Fonctionnaire » n'ayant pas de clientèle privée qu'il revendique pour se soustraire à l'obligation de l'inscription au tableau de l'Ordre ;

Attendu d'autre part que M. X... a reconnu qu'en avril 1943, il a émis un chèque sans provision ;

Attendu que de pareils agissements sont contraires au respect des devoirs professionnels, et aux principes de moralité et de probité indispensables à l'exercice de la profession ;

Par ces motifs :

Prononce contre M. X... la peine de l'interdiction d'exercer la profession pendant une période d'un an ; dit que la présente interdiction prendra effet du jour où la sanction sera devenue définitive ;

Condamne M. X... au paiement des frais de la présente instance évalués à la somme de 3.000 francs.

M. DUMURGIER, Membre du Conseil s'est récusé pour l'affaire ci-dessus.

. . . . . .

Ainsi fait et jugé à Paris par M. VILLAIN, Président, MM. PICAMAL, PELLETIER-DUTEMPLE, BLOCMAN, GIGOT, MARCHAND et YON, Membres du Conseil.

Le Secrétaire Général : P. PELLETIER-DUTEMPLE.

Mariages. — Le mariage de M. Norbert Derouineau, fils de M. A. Derouineau, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, avec Mlle Monique Bertrand, a eu lieu le lundi 24 février 1947, à Saint-Laurent-des-Eaux (Loir-et-Cher).

Le mariage de Mlle Monique Poisson, fille de M. R. Poisson, chirurgien-dentiste, membre du Corps enseignant de l'Ecole Dentaire de Paris, avec M. Jacques Brodard, a eu lieu le 25 mars 1947, à Paris.

Le mariage de M. François Pujade, étudiant en chirurgie dentaire à l'Ecole Dentaire de Paris, avec Mlle Marthe Bonnecaze, a eu lieu le 27 mars 1947, à Sens.

Le mariage de Mlle Claude Sabourault, étudiante en Chirurgie dentaire, à l'Ecole Dentaire de Paris, avec M. Jean Bramat, Externe des Hôpitaux de Paris, a eu lieu le 27 mars 1947, à Paris.

Le mariage de M. Edouard Toulet, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, avec Mlle Yvette Bordier, a eu lieu le 10 avril, à Loches.

Nos sincères félicitations et vœux de bonheur.

Naissance. — Le Docteur et Mme Umdenstock-Vieu sont heureux de faire part de la naissance de leur fils et quatrième enfant, Jean-Pierre, le 17 mars 1947.

M. et Mme Daniel Vioche, chirurgiens-dentistes, membres de notre Groupement, nous ont annoncé la naissance de leur deuxième fille, Elisabeth, le 31 mars 1947.

Nos félicitations.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre le décès accidentel, en service commandé, du Dr Guy Lacronique, médecin au Régiment des Sapeurs-Pompiers.

Le Dr Guy Lacronique était le fils du Dr Georges Lacronique et le petit-fils du Dr Emile Sauvez, ancien Directeur-adjoint de l'Ecole Dentaire de Paris.

Le Groupement de l'Ecole Dentaire de Paris, représenté aux obsèques par MM. H. Villain et Dr Solas, renouvelle ses bien sincères condoléances à Madame et au Docteur Lacronique, ainsi qu'à leur famille.

ASSURANCES AUTOMOBILES

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos Membres que nous avons obtenu d'une excellente Compagnie d'Assurances des conditions **très intéressantes** pour les Membres du Groupement de l'**Ecole Dentaire de Paris et de l'Association Générale des Dentistes de France** qui ont à souscrire une police automobile :

1° Réduction de 15 % sur le Tarif Syndical dès la première année ;

2° Bonification supplémentaire de : 10 % après un an sans sinistre ; 15 % après deux ans sans sinistre ; 20 % après trois ans sans sinistre ; ce qui réduit la prime d'environ un tiers.

ASSURANCES INDIVIDUELLES

Une police Individuelle-Accidents, conçue spécialement pour les Chirurgiens-Dentistes, garantit des indemnités importantes qui, en cas de mutilation de la main ou du pouce par exemple, atteignent 100 % du capital assuré.

Les Membres désirant profiter de ces avantages, peuvent s'adresser au Bureau du Journal, soit directement, soit par lettre.

RECALCIFICATION - REMINÉRALISATION - PLURIOPOTHÉRAPIE
OPOCALCIUM
IRRADIÉ — Cachets - Comprimés - Granulés — SIMPLE

Les trois produits du Dr MILEFF nécessaires à tout praticien :

1° Eugénate Résineux
Se prépare par le mélange d'une poudre antiseptique avec de l'Eugénol. Meilleure matière obturatrice provisoire et radiculaire. Durcit en moins de 2 minutes même au contact de la salive, permettant de procéder immédiatement à l'obturation définitive. La poudre se fait avec ou sans trioxyméthylène.

2° Pâte Arsenicale
Peut rester en place 8 jours sans provoquer d'arthrites.

3° Liquide Antiseptique pour les 4e Degrés

Laboratoires du Dr MILEFF, 6, rue Président-Carnot, LYON

CONTRE L'INFECTION BACTERIO-FUSO-SPIRILLAIRE
DES GENCIVES, DU PERIODONTE, DES MAXILLAIRES
PROVACS
SPIROCHETES ET BACTERIES DE LA FLORE BUCCO-DENTAIRE
Injections sous-cutanées indolores
Boîtes de 20 ampoules pour usage dans les Cabinets Dentaires
LABORATOIRES DAUFRESNE 42, rue Thiers-LE HAVRE

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

LES TRANSFORMATIONS ALLOTROPIQUES DE LA SILICE DANS NOS MÉLANGES RÉFRACTAIRES

THE ALLOTROPIC TRANSFORMATIONS OF SILICA IN OUR HEAT RESISTING COMPOUNDS

Par Ch. BENNEJEANT,
Docteur es Sciences, Docteur en Médecine,
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.

616.314 089.28×622

Les mélanges réfractaires, que nous utilisons dans la profession, sont tous à base de silice. Les ayant analysés, je peux les grouper en trois groupes :

a) Les mélanges silice 70-plâtre 30, qui constituent les mélanges réfractaires courants pour les alliages d'or, d'argent et de cuivre ;

b) Les mélanges silice 90-silicate d'alumine 10, malaxés avec une solution d'acide phosphorique à 10 %, qui constituent les mélanges courants pour aciers et alliages inoxydables et qui durcissent par un long séchage.

c) Les mélanges silice 78,3-silicate d'alumine 8,7-oxyde de zinc 13, malaxés avec une solution d'acide phosphorique à 10 %, qui constituent les mélanges récents (Pyrophane, Superlucifer) et qui durcissent par la formation d'un ciment dentaire n'apportant aucune propriété réfractaire, mais abrégeant un séchage interminable.

Quelles sont les raisons déterminantes de ce choix ?

Les différentes formes de silice. — Dans la nature, la silice se présente sous des formes variées :

Le *Quartz* formé à température relativement basse, souvent par voie hydrothermale.

La *Tridymite*, accompagnée quelquefois de *Cristobalite* et formée à température élevée (roches éruptives, météorites).

La *Calcédoine* formée par du quartz aggloméré dans de la silice colloïdale hydratée (1 à 5 % d'eau).

Ces silices naturelles donnent à l'étude sept formes cristallines différentes, dont nous soulignons les formes allotropiques stables entre certaines températures :

quartz (calcédoine) ⟶ α ⟵ β

Tridymite ⟶ α ⟶ β' ⟶ λ

Cristobalite ⟶ α ⟶ β

Les transformations dans le sens horizontal ne dépendent que de la température, sont réversibles, et se font très aisément. Les transformations dans le sens vertical sont très pénibles et compliquées de fréquents retards à la réalisation du constituant stable et il devient alors indispensable d'avoir recours à des *minéralisateurs* (oxyde de fer, alcalis, chaux, tungstates alcalins, etc...), qui dissolvent la phase instable et laissent recristalliser la phase stable. Une petite quantité de minéralisateur suffit à transformer progressivement une grande quantité de matière siliceuse.

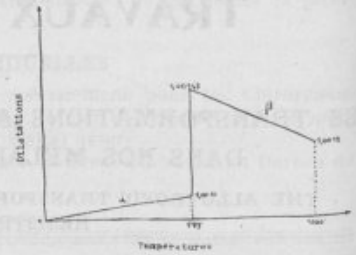


FIG. 1. — Les variations de volume du quartz et sa transformation allotropique à 573°.

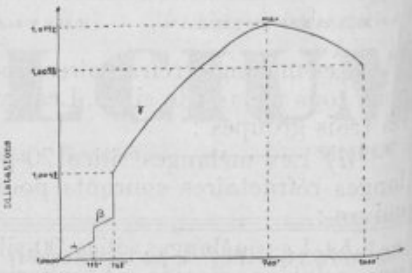


FIG. 2. — Les variations de volume de la tridymite et ses transformations allotropiques.

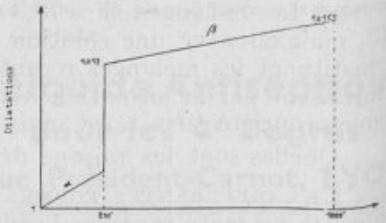


FIG. 3. — Les variations de volume de la cristobalite et sa transformation allotropique à 210°.

LES VARIATIONS DE VOLUME AFPORTÉES PAR LES TRANSFORMATIONS ALLOTROPIQUES. — Le *quartz* a ses formes allotropiques α et β séparées par un point de transition à 573°. La variété β se forme avec une brusque dilatation, qui augmente le volume de 0,9 %, *soit d'environ 3 millimètres par mètre.* La densité à 15° de la variété α est de 2,6507 avec un coefficient de dilatation linéaire de 8.10^{-10}. Celle de la variété β est 2,645 avec un coefficient de dilatation linéaire de $4,9/10^{-6}$, qui apporte un certain retrait (fig. 1).

En l'absence de minéralisateur, la variété β peut se maintenir métastable à température élevée. En présence d'un minéralisateur, elle reste stable jusqu'à 870°, puis se transforme progressivement au-dessus de cette température en tridymite.

La *Tridymite* se forme à partir du quartz avec une énorme dilatation de 15 %, *soit cinq centimètres par mètre.* Au cours du chauffage de la tridymite, on observe deux dilatations, d'environ 0,42 % au total, à 117° et 163°, soit approximativement de $1^m/^{m}5$

par mètre. La variété γ formée au-dessus de 163° présente un maximum de dilatation très marqué à 700° (fig. 2). En l'absence de minéralisateur, cette variété γ peut se maintenir métastable à température élevée.

En présence d'un minéralisateur au-dessus de 1470° la tridymite se transforme en *cristobalite*. Cette dernière à 15° possède une densité très voisine de celle de la tridymite : 2,33. Au refroidissement, comme à l'échauffement, il existe à 210° une dilatation de 0,3 %, *soit une augmentation de volume de un millimètre par mètre*, correspondant au passage de la forme α, quadratique, à la forme β, cubique (fig. 3).

La fusion de la silice se fait aux environs de 1700° et donne un liquide des plus visqueux, de densité 2,21, de dilatation faible et linéaire.

La *calcédoine* ne diffère pas du quartz, sinon par une cristallisation extrêmement petite et un effet de dilatation réparti sur une large zone de température, absorbé par l'architecture poreuse du minéral. Au-dessus de 800°, en présence de minéralisateurs, la structure est bouleversée et la masse devient friable, inutilisable (cristobalite ou tridymite, suivant le cas).

Nos mélanges réfractaires. — Comme j'ai pu m'en assurer par l'examen microscopique, tous nos mélanges réfractaires commerciaux sont à base de quartz. Il en découle que :

1° Pour les mélanges quartz 70-plâtre 30, nous subissons les changements de volume, que nous venons d'exposer à 573° et donnant une dilatation linéaire de 3 millimètres par mètre à cette température pour s'abaisser d'environ moitié aux environs de 1000°, soit $1^m/^m$ 4 par mètre.

Les changements de volume apportés dans la coulée d'un alliage d'or deviennent ainsi :

Retrait linéaire apporté par les cires de fonderie (Carnauba 10, Cérésine 90)	— 3 %
Expansion linéaire du mélange réfractaire à 1000°.....	+ 0,14 %
Retrait linéaire de l'alliage d'or de 1000° à 15°	— 2,2 %
Retrait total	— 3,8 %

Le passage de l'état liquide à l'état solide de l'alliage d'or ayant son retrait compensé par la masselotte et sa poche de retassure. ;

2° Pour les mélanges quartz 90-silicate d'alumine 10, malaxés avec une solution d'acide phosphorique à 10 %, agissant comme minéralisateur, les changements de volume sont beaucoup plus complexes.

Si la transformation de quartz en tridymite arrivait à être complète, nous bénéficierions de la dilatation apportée à 573° par la transformation du quartz α en quartz β, de celle apportée à 870° par la transformation du quartz en tridymite et de celle apportée à 1470° par la transformation de la tridymite en cristobalite, soit une dilatation totale d'environ 16 %.

L'examen microscopique de nos mélanges réfractaires, après la cuisson que nous leur faisons subir, révèle toujours une certaine quantité de quartz non transformé. La transformation en tridymite est cependant très largement amorcée et se révèle par un durcissement observé par nos prothésistes : de mou, le mélange réfractaire devient granuleux et résistant au couteau. La transformation en cristobalite ne s'observe pas, probablement parce que la température de transformation, 1470°, n'est jamais atteinte par nos cuissons.

L'idéal consisterait-il en une transformation aussi complète que possible du quartz en tridymite sous l''influence d'un minéralisateur approprié ? Dans ces conditions les changements de volume deviendraient les suivants :

Retrait linéaire apporté par les cires de fonderie	— 3 %
Expansion linéaire à 1400° du mélange réfractaire.....	+ 16 %
Retrait linéaire de l'acier inoxydable de 1400° à 15° ..	— 5,34 %
Retrait total	+ 7,66 %

L'expansion du mélange réfractaire dépasserait les retraits apportés par les cires de fonderie et le refroidissement du métal. Un tel résultat n'est jamais atteint, mais nous ne sommes jamais renseignés sur le pourcentage de quartz transformé en tridymite. Cela dépend du minéralisateur employé et de la durée du chauffage. Il semble même que les alternatives de chauffage et de refroidissement favorisent cette transformation.

Dans ces conditions la coulée de l'acier inoxydable exige :

a) La présence d'un pourcentage à déterminer de tridymite, dont la dilatation sera de 0,15 %.

b) La transformation complète du quartz entrant dans le mélange réfractaire, grâce à un minéralisateur actif (tungstate de soude).

Le retrait apporté par les cires de fonderie et le refroidissement de l'acier inoxydable se montant environ à 8,34 %, la composition du mélange réfractaire calculé sera de :

Quartz	52 %
Tridymite	48 %

Après addition de 10 % de silicate d'alumine il deviendra :

Quartz	46,4
Tridymite	43,6
Silicate d'alumine..	10

SUMMARY

All heat resisting mixtures used are of a silica base.
Silica exists in nature in three forms :
Quartz, Tridynite, Chalcedony.
Depending on the physical and chemical properties of these various components Dr Bennejeant submits formulas of investment compounds for casting gold and for steel.

QUATRE CAS DE SINUSITE MAXILLAIRE D'ORIGINE PYORRHÉIQUE

FOUR CASES OF MAXILLARY SINUSITIS OF PYORRHEA ORIGINE

Par le Dr J. DELIBÉROS,
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.

(*Communication présentée à la Société d'Odontologie, le 4 mars* 1947)

616.216.1 002

Dans une communication au congrès de l'A. F. A. S. à Liège, en 1924, mon maître, le Dr Roy, attirait le premier l'attention de nos confrères sur une cause de sinusite maxillaire « peu connue et au sujet de laquelle il ne connaissait aucune publication ».

« Cette complication est certainement rare, poursuivait Roy, elle est susceptible d'entraîner des erreurs de diagnostic préjudiciables aux malades. »

Il faut en effet croire que cette modalité de sinusite d'origine dentaire est assez peu fréquente puisque depuis la communication de M. Roy. qui date de vingt ans, nous n'avons pu retrouver quoi que ce soit à ce sujet dans la littérature spécialisée.

La bonne fortune veut que nous en ayons observé quatre cas dans ces dernières années. Nous avons pensé faire œuvre utile en les faisant connaître. La raison d'être de nos sociétés est d'y apporter les observations que nous faisons au cours de notre pratique journalière, de les commenter, de susciter dans la réunion de confrères qu'elles représentent des explications, des suggestions, des discussions qui ne peuvent être que grandement profitables à nos connaissances.

La sinusite d'origine pyorrhéique est rare... sans doute n'est-elle pas aussi fréquente que l'accident muqueux de la dent de sagesse, mais a qui fera-t-on croire qu'en vingt-cinq ans, il n'a réellement été donné d'en observer que sept cas.

Je me propose de vous montrer dans un cas typique à cet égard, que si l'attention avait été attirée sur la réalité de ces lésions, on eut évité à une malade, un an d'incommodité fâcheuse, c'est le moins qu'on puisse dire, d'une suppuration intermittente dans le nez, et vraisemblablement, une intervention assez pénible.

Voici d'ailleurs cette observation :

En janvier 1941, je reçois la visite d'une de mes clientes, 70 ans, veuve de médecin, belle-mère de médecin, grand-mère de

médecin, sa visite est une reprise de contact après la coupure des hostilités.

Elle me raconte que, depuis décembre 1939, elle n'a que des ennuis... qu'elle fait une sinusite maxillaire supérieure gauche pour laquelle elle a consulté un oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, qui a pratiqué une série de lavages, lesquels n'ont apporté qu'une amélioration passagère. Devant la persistance de l'écoulement purulent et des phénomènes douloureux, sur le conseil de ce médecin, elle a consulté un confrère stomatologiste des hôpitaux qui, après avoir examiné attentivement les dents du maxillaire malade, conclut affirmativement en excluant l'hypothèse de l'origine dentaire.

Nouvelle série de lavages suivie d'une nette rétrocession des phénomènes inflammatoires et douloureux.

Les mois passent, avec des périodes de calme plus ou moins longues, suivies de reprises plus ou moins violentes.

Après avoir entendu cette longue histoire, l'examen que je fais n'apporte pas d'éléments nouveaux, une radio ne montre rien d'extraordinaire, en dehors d'un sinus opaque et de deux molaires déchaussées dont l'intégrité pulpaire est évidente.

La malade revient à ma consultation quelques jours plus tard, et insiste pour que j'examine à nouveau ses dents. Elle est persuadée, me dit-elle, qu'il y a quelque chose d'anormal de ce côté, elle a l'impression que ses dents « pleurent ».

Comme M^me^ O... est pyorrhéique, je pense à un clapier qui suppure, ce qu'elle traduit de cette façon inhabituelle, imagée, et sans doute quelque peu exagérée.

Je découvre en effet sur la face mésiale de D6, que le sertissage cervical n'est pas en aussi bon état qu'on le croirait au premier abord, décolé, il laisse pénétrer une sonde équarissoire qui ne rencontre aucun obstacle le long de la racine et qui est, à notre surprise, littéralement avalée par le sinus. Je fais part de ma découverte au confrère oto-rhino, la dent est extraite, mais une cure radicale du sinus s'avère nécessaire après un an de chronicité suppurante.

La *seconde observation* que je vais vous résumer très rapidement, est celle — détail assez piquant — d'un de mes maîtres, qui est une des personnalités les plus marquantes de l'oto-laryngologie française... J'ajouterai même que c'est un de ceux qui s'est penché avec le plus de bonheur sur les rapports entre sa spécialité et la nôtre.

Souffrant depuis quelques jours d'une sinusite maxillaire gauche, il me demande d'examiner les dents en rapport avec ce sinus. Les dents examinées sont vivantes et les réactions thermiques normales. Elles sont le siège de lésions paradontosiques atrophiques et ne présentent qu'un peu de mobilité. A la percussion axiale, G6 est légèrement sensible. Je cherche l'existence d'un cul-

de-sac avec une sonde équarissoire, j'en trouve un effectivement et sans le moindre effort, la sonde pénètre dans le sinus.

Pris par mon sujet, heureux d'avoir si rapidement fait ce diagnostic d'exception, le sourire sur les lèvres, je lui dit : « Mon cher maître, vous faites une sinusite pyorrhéique et je le prouve... » Une radio, faite avec la sonde en place, ne lui laisse le moindre doute, l'extraction est aussitôt pratiquée et du côté de son sinus, tout rentre dans l'ordre dans les jours suivants.

La *troisième observation* est celle d'une jeune femme qui m'a été adressée par notre collègue Berhle. Il s'étonnait à juste titre, de ne pouvoir tarir une suppuration de nature pyorrhéique au niveau de G6 G7 et cela malgré les soins les plus minutieux qu'il lui dispensait.

Là encore, intégrité de la pulpe des dents suspectes, mais des lésions destructives assez avancées des procès alvéolaires montrées par la radio, et atteinte du sinus dans lequel monte la sonde d'exploration.

Quatrième observation. — M. G..., pyorrhéique de longue date, vient nous consulter sur l'opportunité d'extraire la dent de sagesse supérieure gauche très mobile, indemne de carie et plus gênante que douloureuse. Une radio, prise pour ne rien laisser au hasard, ne montre rien d'anormal en dehors de la résorption des procès alvéolaires. Cette dent est la seule dans l'hémi-maxillaire, elle ne peut être d'aucune utilité pour l'établissement d'une prothèse, nous convenons de l'extraire. Anesthésie de pure forme, plus psychologique qu'effective. Dans les deux jours qui suivent, déclenchement d'une sinusite très douloureuse qui ne nous sera jamais pardonnée par le malade, malgré les explications les plus sincères, les plus insistantes et les plus accessibles que nous avons données. Il s'agissait pourtant d'un homme d'une haute culture. Il est vrai que le confrère oto-rhino consulté à propos de la sinusite, n'avait pas hésité à la rapporter à la piqûre intempestive... Malveillance à mon endroit ? je ne crois pas... Ignorance ? c'est plus vraisemblable.

Comme le fait remarquer M. Roy : « cette complication de la pyorrhée est évidemment en rapport avec une disposition anatomique particulière et avec un sinus très développé ». Il ne peut y avoir de doute sur ce point qui conditionne toute la pathologie dento-sinusienne.

Nos deux premières observations sont intéressantes en ce qu'elles sont superposables à celles rapportées par M. Roy et viennent en confirmer les modalités étiologiques et sémiologiques de cette forme clinique.

« Il s'agit toujours de culs-de-sac étroits à faible ouverture gingivale et, à cause de cela, facilement méconnus ». « Le danger de ces culs-de-sac profonds et étroits réside dans le fait que les

produits infectieux ne trouvant pas issue facilement au dehors, vont faire des destructions profondes. »

De ces deux phrases écrites en 1924, il n'y a rien à retrancher et rien à ajouter. Elles correspondent bien à la réalité des faits observés et isolent une variété clinique qui, jusqu'alors, n'avait pas été décrite.

En ce qui concerne les deux dernières observations que nous vous avons lues, il s'agit bien de réactions sinusiennes d'origine pyorrhéique, mais la forme clinique en est sensiblement différente, du fait que les lésions pyorrhéiques tiennent la première place dans le tableau. Les destructions sont appréciables dès le premier regard et ont amené les malades à consulter.

Il semble à bon droit qu'on puisse considérer ces deux cas comme la période ultime, l'aboutissement, la phase terminale des manifestations du type observé dans les mémoires de M. Roy et dans nos deux premières observations.

SUMMARY

Dr Delibéros recalls the paper presented by Dr Roy at Liège in 1924 at the « A. F. A. S. » Convention on « a little known cause of maxillary sinusitis and concerning which he knew of no existing previous paper ».

Supporting this work, he records four clinical cases.

LA PÉNICILLINE EN ODONTO-STOMATOLOGIE

PENICILLIN IN ODONTO-STOMATOLOGY

Par le Dr A. RICHARD,
Stomatologiste des Hôpitaux.

(*Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le 7 janvier* 1947)

615.373

Je tiens d'abord à remercier mon ami GABRIEL, votre sympathique Président, des paroles aimables qu'il a prononcées à mon endroit ; ma présence ici est un témoignage de toute la sympathie que je lui porte.

Il y a environ dix-huit mois que nous utilisons la Pénicilline à l'hôpital Saint-Louis. Sur ma demande, la Commission de la Pénicilline nous a accordé en effet dix millions d'unités de Pénicilline par mois.

Notre expérience, sans être encore grande, est déjà ancienne et c'est le résultat de cette expérimentation que je voudrais vous exposer ce soir.

Mais avant d'aborder l'étude clinique des maladies de la bouche et des dents susceptibles d'être traitées par la Pénicilline, je voudrais revoir avec vous quelques notions générales touchant le médicament et certaines considérations pratiques sur son emploi, c'est-à-dire sur ses indications, sa posologie et les résultats qu'on peut en obtenir, avec les modes d'administration.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler comment fut découverte la Pénicilline, bien que ce soit assez curieux, comme la plupart des découvertes de Laboratoire.

FLEMMING ayant une boîte de Pétri contaminée par des moisissures, au lieu de jeter cette boîte aux ordures, s'avisa qu'elle pouvait peut-être contenir des choses curieuses ; à l'examen il s'aperçut que les colonies de staphylocoques voisines étaient toutes lysées. Il fit un prélèvement, identifia un pénicillium, l'ensemença dans du bouillon, et après quelques jours constata que ce bouillon contenait une substance nouvelle — qu'il venait de découvrir par hasard — et qu'il appela Pénicilline.

Sous quelles formes se présente à nous la Pénicilline ?

Il y en a plusieurs. Jusqu'ici, nous avons employé surtout, nous, la Pénicilline américaine.

Les Anglais l'utilisent en tablettes et les Français, qui en fabriquent maintenant, en cristaux.

La Pénicilline américaine que nous avons utilisée se présente

sous la forme de poudre jaune ocre, très fine ; elle nous est distribuée dans des flacons de 20 centimètres cubes, contenant 100.000 unités de Pénicilline. Une unité Oxford, c'est la 1650e partie d'un milligramme de Pénicilline.

Comment employer cette Pénicilline ?

Il ne faut jamais déboucher le flacon ; celui-ci est fermé par un bouchon en caoutchouc mou, qui est facilement pénétrable par les aiguilles ordinaires. On introduit dans le flacon deux aiguilles, l'une pour la rentrée de l'air, l'autre pour la rentrée du sérum avec lequel on va faire la dissolution.

On injecte 20 centimètres cubes de sérum dans le flacon qui contient 100.000 unités de Pénicilline et l'on obtient de la Pénicilline dont un centimètre cube contient 5.000 unités.

La proportion de 5.000 unités est celle qui est le plus généralement employée.

Ce qui est important, capital, pour le moment du moins, c'est d'employer des instruments froids ; il faut avoir des aiguilles stériles et froides, des seringues stériles et froides, du sérum stérile et froid. Il faut conserver la Pénicilline en poudre à la glacière à la température d'environ 4°. En effet, jusqu'ici la Pénicilline s'altère et même se détruit à la chaleur.

Maintenant que nous savons comment elle se présente, quelles sont les indications qui pourront nous être données, les occasions dans lesquelles nous utiliserons la Pénicilline ?

Il ne faut pas croire que c'est une panacée universelle ; elle présente des indications majeures, des indications mineures et même des contre-indications.

Parmi les indications majeures, la première, naturellement, revient au staphylocoque et dans toutes les maladies à staphylocoques, furonculose, par exemple, on aura des résultats ; dans celles à streptocoques : l'érésipèle, à pneumocoques : la méningite ; à gonocoques : blennorhagie. Enfin, toutes les maladies à anaérobies : spirilles de la bouche, par exemple.

A côté de ces indications majeures sensationnelles, il y en a une autre qui, pour le moment, fait partie des indications mineures : je veux parler du tréponème, de la syphilis.

Pour lui, les trois grands remèdes sont toujours : arsenic, bismuth, mercure ; mais la Pénicilline est en voie d'expérimentation dans la syphilis et l'on peut dire qu'on est arrivé déjà, dans certains cas, à voir la disparition du tréponème, des lésions.

Les études se poursuivent et il n'est peut-être pas très éloigné le temps où la syphilis sera curable par la Pénicilline.

Il y a aussi des contre-indications parmi lesquelles il faut placer les affections dues aux microbes se développant dans l'intestin : le Bacille d'Eberth de la typhoïde, par exemple.

Enfin, il y a une grande maladie qui, malheureusement, ne

réagit pas à la Pénicilline, c'est la tuberculose : le bacille de Koch y est indifférent.

En ce qui concerne la posologie, je dois vous dire que la Pénicilline est un médicament qui agit surtout dans les affections aiguës ; elle agit peu dans les affections chroniques, sauf dans les poussées inflammatoires aiguës de ces affections chroniques.

Donc, c'est dans les poussées aiguës qu'on pourra avoir les meilleurs résultats de la Pénicilline.

La posologie variera suivant la maladie et la quantité microbienne.

Mais ce sur quoi il faut insister, c'est que quand on fait de la Pénicilline, il faut la faire vite, fort et longtemps, il faut savoir que la Pénicilline demeure très peu de temps dans l'organisme ; que donc les injections de Pénicilline pour ne pas être tout à fait subintrantes doivent être continues ; on les administre au rythme d'une toutes les trois heures ; en effet, après trois heures, la Pénicilline n'existe plus dans les urines. C'est du reste cette Pénicilline récupérée dans les urines qui nous a servi, pendant un certain temps, à refaire de la Pénicilline.

Les injections doivent être répétées, à quelle dose ?

En général, on fait une injection toutes les trois heures, c'est-à-dire 8 injections par vingt-quatre heures et chaque injection se compose de 4 centimètres cubes, c'est-à-dire de 20.000 unités de Pénicilline. 20.000 unités $\times$ 8 = 160.000 unités par jour ; c'est une dose moyenne.

Mais on n'est pas du tout obligé de se limiter à celà ; on peut en faire plus ou moins ; moins, pas beaucoup ; plus, énormément, dans les grandes maladies, dans les septicémies, dans la maladie de Jacoud-Osler, on a fait jusqu'à 1 million et 2 millions d'unités de Pénicilline par jour.

Cela prouve à l'évidence que ce médicament n'est pas toxique et qu'il est parfaitement toléré.

Voilà donc pour le traitement général ; mais on peut également faire de la Pénicilline locale. Vous verrez tout à l'heure, dans les exemples que je vais vous citer, que nous en avons fait fréquemment.

Dans la Pénicilline locale, on nous avait conseillé de faire une addition de novocaïne pour rendre l'injection moins douloureuse ; nous y avons maintenant renoncé.

Il nous a paru inutile de le faire, et même peu souhaitable. On prenait un centimètre cube de Pénicilline ou 5.000 unités ; on ajoutait 4 centimètres cubes de novocaïne à 2 % et on obtenait 5 centimètres cubes. Mais même la novocaïne, lorsqu'elle est injectée dans des tissus enflammés, est extrêmement douloureuse. Quand la novocaïne commence à agir, l'injection est terminée.

Nous injectons maintenant en moyenne 2 centimètres cubes de Pénicilline de la solution à 5.000 unités en plein foyer, même

3 centimètres cubes. La douleur est la même qu'avec la novocaïne, mais l'action est plus importante.

Voilà pour le traitement local une considération qui est le résultat de notre pratique.

On peut utiliser naturellement le traitement mixte par injection générale et par injection locale.

On peut utiliser aussi le traitement associé, c'est-à-dire que la Pénicilline ne comportant pas d'incompatibilité thérapeutique, on peut lui adjoindre d'autres médicaments sans contre-indication. Celui qui est le plus souvent employé, c'est de loin la sulfamide.

Le traitement Pénicilline /Sulfamides donne des résultats des plus intéressants.

Nous savons donc maintenant quelles sont les indications, quelle est la posologie en général de la Pénicilline.

Voyons quels sont les modes d'administration ?

On a pensé d'abord qu'on pourrait la faire absorber par la bouche ; l'administration par cette voie est à rejeter, parce que le suc gastrique détruit la Pénicilline.

Par voie rectale, c'est également impossible ; il existe dans l'intestin des bacilles qui secrètent une substance qui détruit la Pénicilline.

Que reste-t-il ? Les injections par voie sous-cutanée. On peut les utiliser surtout si on veut faire du goutte à goutte continu, mais il faut savoir que ce goutte à goutte donne dans le sang une concentration moins forte.

On peut utiliser les injections intra-veineuses, mais c'est un moyen difficile parce qu'il exige la présence d'un médecin toutes les trois heures. D'autre part, les ponctions veineuses répétées toutes les trois heures, pendant des jours et des nuits, finissent par devenir presque impossibles.

C'est l'injection intra-musculaire qui est de loin préférable : en plein muscle fessier, et qui, je dois dire, est rarement douloureuse; le malade la supporte très bien.

Enfin, on pourra porter la Pénicilline par voie directe, pour les méninges par voie rachidienne, dans les affections pleuro-pulmonaires par voie pleurale.

La Pénicillice se présente encore sous d'autres formes : pastilles, pommade, poudre. Là, notre expérience n'est pas encore considérable.

Les pastilles, vous allez me dire : il faut les mettre dans la bouche et leur action sera détruite par le suc gastrique. Si on a la patience de laisser fondre la pastille dans la bouche, la destruction du médicament ne se fait pas ; l'absorption se fait perlinguale.

Pour le moment, nous avons de grosses difficultés à obtenir des pastilles.

Pour la pommade, nous avons eu de bons résultats dans les

adénites ou manifestations à la peau par complication des affections qui nous concernent.

Voici la formule :

Vaseline Lanoline Huile de foie de morue	*aa* 10 gr.
Septoplix	5 gr.
Pénicilline	10 gr.

(Solution de 1.000 à 10.000 26,0 par centimètre cube.)

Mais cette pommade ne se conserve pas indéfiniment ; il faut la garder toujours au froid et au bout d'une semaine, elle a perdu son action ; il faut la renouveler.

Cette formule est celle de mon ami, le Dr René Martin, de l'Institut Pasteur. Je puis vous la recommander, elle nous a donné d'excellents résultats.

On utilise aussi la poudre mélangée de Pénicilline et de Septoplix. On mélange un flacon de Pénécilline, c'est-à-dire 100.000 unités avec plus ou moins de poudre de Septoplix, par exemple 20 grammes ou même 100 grammes suivant la concentration qu'on veut avoir, avec prédominance de Pénicilline ou de Septoplix. On poudre avec ce mélange.

Il faut conserver les poudres dans des flacons secs et froids et faire le mélange au sec et à froid.

Au cours de la Pénicillinothérapie, est-ce qu'on peut avoir des incidents ou accidents ?

Oui, mais en général on n'en a pas. Personnellement, avec dix-huit mois d'expérience, nous n'avons pour ainsi dire jamais enregistré d'ennuis, quelquefois une petite céphalée, des rougeurs, des démangeaisons, mais très peu de chose. La douleur au point d'injection n'existe pas.

Quant aux gros ennuis que les praticiens ont eu au début, ils étaient dûs à l'impureté de la Pénicilline, mais maintenant on n'a plus d'urticaire géant.

Quels sont les résultats qu'on peut espérer de la Pénicillinothérapie ?

Il y en a qui sont spectaculaires, mais ce n'est pas la moyenne. En général ce sont des résultats extrêmement encourageants.

Par résultat spectaculaire, je vais vous citer un cas que j'ai entendu rapporter au premier Congrès français de la Pénicilline, où j'étais rapporteur pour la stomatologie.

Le Centre de Pénicilline de Dijon recevait un jour un coup de téléphone d'un médecin de campagne lui demandant d'urgence de la Pénicilline pour une septicémie à staphylocoques : la malade était dans le coma.

Le médecin du Centre ne pouvant se déranger et il était absolument défendu de sortir la Pénicilline du Centre sous aucun pré-

texte, dit donc à son confrère d'amener sa malade et celui-ci lui répond : elle mourra en route. — Mourir pour mourir, amenez-là.

On amène la malade ; elle est dans le coma le plus absolu avec toutes espèces de relations disparues.

On commence la Pénicilline à la dose de 160.000 unités par jour et le lendemain matin, le médecin constate que sa malade commence à réagir puisque, quand on la pince, elle plie la jambe et quand on lui parle elle grogne.

On continue la Pénicilline et le second matin le médecin a la stupéfaction, en arrivant, de la trouver assise dans son lit, lisant son journal.

Cela peut paraître stupéfiant. Nous n'avons jamais eu de résultats semblables, mais nous en avons eu d'intéressants.

La Pénicilline, après deux ou trois jours d'application, rend au malade le goût de la vie ; je ne dis pas qu'elle le rend euphorique, mais il déclare se sentir mieux, il ne souffre plus et les malades ont été unanimes à déclarer que leurs douleurs avaient rapidement disparu. La température descend, puis elle tombe ; elle ne tombe pas d'emblée, c'est tout à fait exceptionnel.

C'est à ce moment-là seulement, après quelques jours d'apyrexie, que l'on peut diminuer la dose de Pénicilline, et non pas la suspendre, mais seulement après cinq ou six jours, quitte à la reprendre sans aucun inconvénient si le cas qui se présente vous y oblige.

Il n'y a pas de danger, pas d'accident à la reprise de la Pénicilline deux et trois fois.

Voilà ce que je voulais vous dire du point de vue général de la Pénicilline ; je crois que rappeler ces quelques notions n'est pas indifférent avant d'aborder l'étude clinique des affections odonto-stomatologiques qui nous intéressent.

Dans les infections odonto-stomatologiques, les microbes qui partent de la dent sont en général ceux qui existent à l'état de saprophytes dans la bouche.

La Pénicilline avait été utilisée contre eux à titre expérimental *in vitro* ; pourquoi ne donnerait-elle pas des résultats aussi sensationnels *in vivo* pour les malades qui nous intéressent ?

Mais cette infection à point de départ dentaire, où va-t-elle aller ? Si elle va au centre de l'os, nous aurons une infection de la moelle, une ostéomyélite ; si elle gagne le tissu cellulaire péri-mandibulaire, péri-maxillaire, on aura affaire à un ostéo-phlegmon.

Selon sa localisation, on pourra agir directement ou indirectement sur le mal. On agira à distance ou, si on a une infection qui se présente sous la main, on agira par injections locales ou mixtes, locales et générales.

Selon la localisation, la variété microbienne et par la multiplicité des moyens d'attaque dont nous disposons, la Pénicilline peut nous laisser de gros espoirs de réussite.

Dans quelles affections l'avons-nous employée et quels ont été les résultats obtenus ?

Je voudrais d'abord parler de l'ostéo-myélite de la mandibule, soit à staphylocoque pur, soit par association microbienne.

Ces affections se présentent sous une forme extrêmement grave ; il y a même une forme diffuse contre laquelle il n'y avait pas de remède ; le malade passait. Maintenant, on peut avoir une action sur ces malades-là, grâce à la Pénicilline.

Ce sont heureusement des formes rares. La plus courante, c'est l'ostéo-myélite aiguë, qui est d'origine dentaire ou hématogène.

Le jour de l'avènement de la Pénicilline, les médecins, naturellement, se sont jetés sur elle parce qu'elle est un médicament électif anti-staphylococcique, et bien leur en a pris. Avec des injections à la dose de 160.000 unités par jour, on voit le malade se transformer au bout de quelques jours ; il renaît à la vie, il souffre beaucoup moins tout de suite et on sait combien ces ostéo-myélites sont épouvantablement douloureuses ; son faciès plombé, grippé, disparaît ; sa mandibule se décongestionne, le trismus se relâche, l'appétit revient ainsi que le sommeil. Ce tableau clinique correspond à une injection jugulée.

A ce moment-là, on se dit : la partie est gagnée. Non ; il y a une chose sur laquelle la Pénicilline n'agit pas : c'est le sequestre. Or, ce qui caractérise l'ostéo-myélite, c'est le sequestre.

La sequestration se fait quand même, ou si elle ne se fait pas, c'est parce qu'on est arrivé avant. Mais on peut dire qu'en général l'acte chirurgical devra compléter l'acte médical.

La nécrose osseuse est irréversible, même sous l'action de la Pénicilline.

Je vous signale qu'au début, à la radio, on ne voit pas de sequestre ; on voit par les radios successives le sequestre se constituer alors que la phase médicale est guérie : la phase chirurgicale est en train de se préparer. Toutefois, le malade est hors de danger, et puis l'intervention est plus simple et se fait à froid, tranquillement, on n'est pas pressé, on peut attendre quinze jours, un mois, s'il le faut et on pratique l'intervention chirurgicale dans les meilleures conditions, avec un malade remonté, ce qui est extrêmement important.

Quand on a vu des ostéo-myélites comme nous les connaissons, depuis des années, on sait combien était décevante, alarmante, cette maladie, combien elle laissait derrière elle des séquelles épouvantables, chez les enfants, en particulier.

On est heureux aujourd'hui de trouver la Pénicilline ; on fonde sur elle, et à juste titre, de grands espoirs.

Je voudrais vous dire un mot de l'ostéite diffuse du maxillaire supérieur, qu'on rencontre surtout chez les enfants, les nourrissons. Vous savez les délabrements provoqués par cette maladie ; c'est mutilant, il y a des suppurations dans toute la face.

Avec la Pénicilline, et Mme Lebourg a fait précisément sa thèse sur cette question, on a des cas sensationnels de guérison.

Enfin, vous avez tous lu comme moi-même, surtout dans les revues américaines, combien les grands fracas de guerre de la face et du crâne avaient bénéficié de l'application de la Pénicilline.

Je n'ai pas connu cette phase de la guerre, mais j'ai vu un malade soigné à l'hôpital Saint-Louis, tout de même un grand malade, que nous avons eu le bonheur de guérir.

C'est un garçon de 27 à 28 ans, entré dans le service avec une disjonction cranio-faciale haute, une disjonction inter-maxillaire totale, avec possibilité de pénétrer le petit doigt dans la fente palatine qui séparait les deux os et une fracture de la mandibule. Il était dans le coma ; son liquide céphalo-rachidien s'écoulait par la fente palatine et le nez.

Que faire à un malade à ce point-là, si ce n'est le regarder mourir.

On l'avait mis à la Pénicilline sans y toucher, pour ne pas provoquer d'attrition supplémentaire. Il est resté dix jours dans le coma ; mais entré à 40 de température, il avait 37 au 6e jour ; au 10e jour, il est sorti de son coma ; quatre jours après il a fait une sinusite frontale que nous avons jugulée par 35 grammes de sulfamide additionnée de Pénicilline. Huit jours après, il a refait une sinusite frontale que nous avons jugulée de même.

Au cours de ces traitements, il avait repris toute sa connaissance. Nous avons commencé à lui réduire ses fractures et ce n'était pas commode parce que nous n'avons pu lui mettre le casque de Darcissac. Nous avons eu l'immense joie, après huit semaines, de le voir sortir de l'hôpital entièrement guéri.

Sans la Pénicilline, ce garçon était irrémédiablement perdu ; c'est une résurrection qui est due uniquement à ce médicament.

Voilà ce que je voulais vous dire des affections osseuses que nous avons eu l'occasion de rencontrer.

Voyons maintenant quelques affections des tissus cellulaires ; parmi celles-ci ce sont les ostéo-phlegmons qui sont les plus courants. Il est inutile de les décrire ; tout le monde les connaît. Ce qui est intéressant, c'est leur thérapeutique.

Je ne puis mieux faire que de vous citer des observations de malades, parce que vous saisirez mieux les différentes variétés que nous avons traitées.

Voici une ostéite apicale de la dent de 6 ans chez un enfant de 15 ans. Il vient nous consulter avec une mandibule énorme ; il est très fatigué, déprimé, un faciès grippé ; on lui propose d'entrer à l'hôpital. Il refuse et se met à pleurer ; il s'en va, rentre chez lui ; mais une heure après, il sent le besoin de revenir. Il revient de son propre chef et demande à être hospitalisé. Il a compris.

On l'hospitalise. Nous apprenons alors que trois semaines auparavant il a fait un orgelet. La présence de staphylocoques nous

fait penser que chez cet enfant de 15 ans, il pourrait y avoir danger d'ostéo-myélite.

On le met à la Pénicilline. Vingt-quatre heures après, il est rose, souriant. Le 3e jour, nous lui enlevons sa dent et il rentre chez lui.

Nous n'avons rien fait que de la Pénicilline.

Une femme de 35 ans présente une arthrite aiguë d'une prémolaire inférieure, à laquelle on ne peut pas toucher. On lui propose d'extraire sa dent pour éviter l'infection secondaire ; on lui fait une tronculaire ; la dent résiste beaucoup, elle se fracture et il est impossible d'extraire la racine.

Nous la mettons à la Pénicilline, 100.000 unités dans les vingt-quatre premières heures, 200.000 dans les quarante-huit heures.

Après six heures, la malade ne souffre absolument plus ; après quarante-huit heures on lui enlève sa dent sans aucun ennui et sans douleur avec une simple anesthésie locale.

Phlegmon de la face chez une malade de 50 ans.

C'est une malade qui avait une fluxion d'opéra-comique, énorme, mais cette fluxion était un phlegmon putride de la face, on l'a vu après, avec un œdème dur, rouge, violacé, cuivré, ligneux, gardant le godet.

Nous avons pensé qu'il s'agissait d'un érésipèle de la face au début, mais il n'y avait pas de bourrelet. On l'a fait entrer à l'hôpital et on a commencé la Pénicilline. En quatre jours la température est tombée à 37 ; le phlegmon s'est collecté, il n'a pas diffusé ; on l'a incisé, on a ouvert les fenêtres tellement c'était un pus putride. On a fait du sérum anti-gangréneux. Au bout de dix jours, la malade est partie guérie.

Voici maintenant l'histoire d'une jeune fille de 20 ans ; en ville on lui extrait une prémolaire inférieure dans les meilleures conditions ; après trois jours elle présente des accidents assez graves ; on lui fait du vaccin, cela ne donne rien. La température est en discordance avec le pouls ; 38°5, pouls 140 ; c'est assez alarmant. Fatiguée, prostrée, angoisse spéciale comme ont les gens infectés. Un plancher dur comme du bois, une ponction exploratrice qui reste blanche, la langue qui vient au 3e jour se coller au palais et la malade sent qu'elle asphyxie.

On l'hospitalise un dimanche ; on lui fait de la Pénicilline. Le lundi matin, il n'y a plus de dysphagie ; elle arrive à avaler du lait ; son angoisse diminue. Mais le gros résultat se fait sentir le lundi soir où non seulement l'angoisse et la dysphalgie ont diminué, mais la respiration n'est plus du tout gênée. Le mercredi, elle est guérie et sort de l'hôpital. Elle a reçu en tout et pour tout de la Pénicilline. On ne lui a rien fait ; on n'a touché localement à quoi que ce soit et on lui a évité les incisions mutilantes comme on en voit dans l'angine de Ludwig.

Je pense qu'avec des exemples comme ceux-là, on peut avoir une certaine confiance.

Si j'insiste sur ces phlegmons, c'est parce que ce sont ceux qu'on rencontre en clientèle, ceux qu'on redoute.

Je voudrais vous parler des accidents de la dent de sagesse que nous avons traités à la Pénicilline.

Nous connaissons tous ces accidents de la dent de sagesse, ils nous ont donné des ennuis extrêmement graves à nous et à ceux qui les portent.

Nous avons voulu voir ce que donnait la Pénicilline ; nous avons fait des traitements locaux et généraux et nous arrivons à guérir en quarante-huit heures.

Quand on a de la Pénicilline à sa disposition, c'est un traitement qu'il faut retenir.

Quand on connaît tous les ennuis de la dent de sagesse, on est content de rencontrer la Pénicilline qui est d'un secours précieux.

Je voudrais vous dire un mot des affections des muqueuses ; je veux parler des stomatites. Nous avons tous rencontré cette fameuse stomatite qui a sévi en France et à l'étranger après la guerre. On n'a jamais su à fond ce qu'elle est, son identification. Mon ami LATESSE a voulu la traiter par les sulfamides.

Nous autres, à l'hôpital, nous soignons par les attouchements locaux à la Gonacrine à 2 % et les injections intra-veineuses de Laroscorbine, vitamine C.

Nous nous sommes dit : avec la Pénicilline, cela va être merveilleux, un remède héroïque.

La première, nous l'avons guérie en vingt-quatre heures ; c'est un triomphe. La seconde, nous l'avons améliorée le premier jour, et le deuxième il n'y avait plus aucune différence avec l'avant-veille ; la Pénicilline n'agissait plus.

La troisième a été un échec. Nous avons tempéré nos ardeurs et avons voulu voir si nous n'aurions pas de meilleurs résultats dans les stomatites odontiasiques.

Nous en avons eu de meilleurs ; la Pénicilline nous a donné des succès encourageants ; elle a fait une chose que je vous signale : elle a calmé la douleur. Ces gens souffraient beaucoup et ont pu s'alimenter parce qu'ils souffraient moins.

Nous avons vu une stomatite gangréneuse chez un homme de 50 ans ; c'était un ouvrier agricole que son patron nous a amené à l'hôpital en disant : ses camarades ne veulent plus de lui dans la chambre parce qu'il a une fétidité d'haleine telle qu'ils l'ont mis dehors.

Il s'était fait extraire quelques prémolaires inférieures et supérieures trois jours auparavant. Son état de misère physiologique nous fait penser à un terrain syphilitique ; l'examen est négatif. Il n'a pas de sucre. On a pensé aux manifestations buccales des hémopathies de la série blanche ; la formule sanguine est normale.

Ne sachant quel diagnostic porter, nous avons fait de la Péni-

cilline ; il a guéri dans les cinq jours ; cela s'est terminé par l'élimination de son sphacèle et de deux petits sequestres. Il est reparti dans sa chambrée, là-bas, où je pense on a dû l'accepter.

Je conclurai maintenant, mes chers Confrères, en vous disant qu'en odonto-stomatologie, il faut frapper fort, vite et longtemps. Nous pouvons baser sur cette médication de gros espoirs, notamment dans les arthrites aiguës et les accidents de la dent de sagesse, soit qu'on veuille extraire la dent dans de bonnes conditions, soit qu'on veuille refroidir un accident et garder la dent qui est en évolution normale.

Enfin, dans le granulome en poussée inflammatoire, on peut injecter la Pénicilline ; c'est très douloureux, mais l'inflammation disparaît.

J'ai fait aussi de la Pénicilline dans des kystes enflammés en vue de préparer l'intervention, de la faciliter et la rendre moins choquante. Indiscutablement, cela donne des résultats.

Mon ami CERNÉA fait de la Pénicilline automatiquement maintenant chez ses malades opérés de cancer de la mâchoire ; les malades souffrent moins ; sont moins choqués ; ne font pas d'infection secondaire.

Peut-être dans l'avenir, dans les alvéolites, pourrons-nous utiliser la Pénicilline. Dans les adénites et les adéno-phlegmons, nous avons eu de bons résultats.

On peut donc dire que sans être un remède magique, la Pénicilline nous rend de grands services, et comme je l'écrivais dernièrement, dans le drame de la maladie qui se joue tous les jours dans le Monde, la Pénicilline est venue ajouter un acte nouveau, un acte très important qui est écrit pour la sauvegarde de notre pauvre humanité et pour la grande gloire de l'illustre savant qu'est Alexandre FLEMMING.

SUMMARY

Indications, methods of use, forms, posology. The author reviews different clinical cases in which penicillin has given results which it would have been impossible to hope for with other medicaments.

UN CAS DE DENT DE SAGESSE

Supérieure, enclavée en ectopie

A CASE OF IMPACTED UPPER THIRD MOLAR IN ECTOPY

Par L. J. CECCONI,
Chirurgien-Dentiste,
Aide de Clinique à l'Ecole Dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, le 3 décembre 1946)

616.314.8

Permettez-moi, avant de commencer, de vous dire ma confusion, d'abord d'avoir à prendre la parole après la si intéressante communication de M. le Dr Vais, et confusion aussi de la place qui a été faite à mon petit exposé que je voyais tout simplement classé dans les incidents de pratique journalière avec les quelques réflexions qui s'y rattachent.

C'est évidemment à la bienveillance habituelle de votre Président, mon ami Gabriel que je dois cette attention dont je le remercie d'autant plus vivement que je ne suis pas tout à fait certain de l'avoir mérité.

Les dents que je vous présente aujourd'hui constituent une anomalie rare mais exceptionnelle en effet, chacun de vous a sûrement eu l'occasion de rencontrer, au moins une fois au cours de sa pratique professionnelle, une anomalie semblable, cependant, si je vous présente ces dents c'est parce qu'un examen un peu plus approfondi m'a incité à quelques réflexions dont je vous fait juge.

Observation. — Il s'agit d'une malade âgée de 38 ans, qui vient consulter en vue d'un appareillage, elle n'a plus en bouche au maxillaire supérieur que quelques dents fort abîmées et à l'état de racines ; hygiène buccale très mauvaise.

La dent de 12 ans supérieure gauche dont la couronne se trouve fracturée au niveau du collet est en partie recouverte de gencive et ne laisse saillir qu'une petite partie de dentine.

Pour l'extraction, cette dent est mobilisée, mais, au davier, on perçoit une résistance venant vraisemblablement de l'orientation inattendue des racines qui, contrairement à l'habitude, oblige à un mouvement de bascule mesio-distal et voici ce qui fut retiré après quelques manœuvres à la fois pénibles, longues et délicates.

Il s'agit d'une dent de sagesse uniradiculée, orientée parallèlement à la crête alvéolaire, en position mésio-distale avec la racine évoluée entre les deux racines vestibulaires et la racine palatine de la dent de 12 ans au point que la face interne de la racine pala-

tine de la dent de 12 ans fait corps avec la face palatine de la racine de la dent de sagesse.

Il n'en résulta, néanmoins, aucune fâcheuse suite, ni hémorragie, ni délabrement, la cicatrisation s'effectua normalement et à l'heure actuelle la malade bien que gardant la trace d'une légère perte de substance est appareillée, c'est vous dire que malgré les difficultés apparentes tout s'est bien passé, il est vrai que cette extraction a été pratiquée par un confrère ayant déjà plus de quarante années de pratique : c'est M. Cecconi, mon père.

Si je vous présente cette dent ou plutôt ces dents, c'est que j'ai pensé qu'elles pouvaient susciter quelque intérêt du fait de leur malposition. En effet, alors que les racines vestibulaires semblent indépendantes, il est curieux de constater que la racine palatine de la dent de 12 ans semble faire corps avec la face palatine de la dent de sagesse et la face interne de la racine palatine de la dent de 12 ans. J'ai voulu vérifier par la radio s'il y avait ou non continuité entre les différents canaux, il ne semble pas.

7 8

Il est néanmoins regrettable qu'il n'y ait pas eu de radio de faite avant l'extraction car la chose aurait certainement été intéressante. Mais il faut croire que cela est de règle, puisque M. Pelletier-Dutemple, dans une communication faite à la Société Odontologique de France le 24-2-1942 signale une aventure analogue, également sans radiographie préalable.

Étiologie et Pathogénie. — Je crois pourtant qu'on peut se demander si la cause de cette anomalie ne pourrait pas s'expliquer plutôt par une anomalie de développement du bulbe dentaire et de la lame dentaire au cours de son évolution durant le stade embryonnaire plutôt que par un trouble d'évolution de la dent elle-même.

En effet, si lors de l'évolution de la dent son pédicule se trouve étiré, l'étirement a sa représentation sur la partie non calcifiée de la dent, c'est-à-dire la partie radiculaire.

Les couches successives de dentine, disposées sous l'influence des odontoblastes pour l'édification des racines, dépendent intimement du paquet vasculo-nerveux qui les centre. Si celui-ci se déplace, les couches de dentine vont le suivre dans ses déplacements.

C'est là, je crois, la théorie généralement admise de nos jours, par MM. Herpin, Rousseau-Decelle, Dufourmentel et Frison.

Je pense que ce serait là un des côtés intéressants à discuter de cette anomalie, qu'en pensez-vous ? Il existe, dans ce même ordre d'idée, un travail intéressant de M. Langard, de Lyon, sur les dents de sagesse inférieures à racines inversées en bec d'aigle et pour cet auteur, les déplacements du paquet vasculo-nerveux

semblent facteur important. Serait-ce également à retenir pour le maxillaire supérieur.

Au point de vue siège, je rappellerai que les anomalies et accidents au niveau de la dent de sagesse inférieure ou supérieure sont infiniment plus fréquents à gauche qu'à droite, ce cas confirme donc la règle.

Au point de vue fréquence sur cette anomalie je me suis livré à quelques recherches d'où il semble bien résulter que, quoique rare, l'ectopie de |8 supérieure peut constituer 5 % à peu près des ectopies de dent de sagesse en général, le reste étant des ectopies de 8| inférieures ; et je pense qu'un peu de topographie de la région en expliquerait aisément les raisons.

Nous avons tous nos petites manies, j'en ai une qui consiste à fréquenter assez souvent un des locaux les plus déserts, les plus paisibles et les plus ignorés des étudiants de cette école, c'est le « Musée » ; j'y ai donc cherché quelques renseignements sur le sujet qui nous occupe et voici ce que j'ai trouvé :

Sur 21 cas de dents fusionnées par la racine, classées dans les dents anormales congénitales, on trouve 9 cas intéressants |7 et |8 dont 5 seulement présentent quelques analogies avec celui que je vous présente ; les autres intéressent des dents antérieures du bas.

On trouve cette différence entre les 5 cas auxquels je fais allusion plus haut et celui que je vous présente aujourd'hui, c'est que pour le N° 3.4.5.7.12 de la classe V du Musée, la couronne de 8 est toujours axée normalement, c'est-à-dire perpendiculairement au rebord alvéolaire, alors que pour celle que je vous présente elle se trouve nettement orientée dans le sens mésio-distal, c'est-à-dire horizontalement par rapport au rebord alvéolaire, en un mot ces deux dents sont perpendiculaires l'une à l'autre et forment un angle droit.

Parmi ces 5 cas, 4 représentent la fusion au niveau de la racine palatine comme dans le cas présent, dans un cas seulement la fusion est au niveau de la racine vestibulaire distale. Cette pièce est constituée par deux dents saines, je souligne ce point car il est assez curieux de constater qu'alors que sur certaines pièces la fusion semble être réalisée entre des racines normales où l'on pourrait dire sans crainte : fusion congénitale, il en est beaucoup d'autres où les parties fusionnées présentent un volume plus important du fait d'une hypercémentose que j'aurai tendance peut-être à tort à considérer comme pathologique.

En général, ces dents étant des dents infectées, ne pourrait-on se demander si cette hypercémentose n'est pas le fruit d'un travail de réparation de l'organisme après une lésion pathologique. A ce sujet la pièce que je vous ai présentée montre |7 très abimée et à l'extrémité de la racine vestibulomésiale on pourra remarquer une déformation qui pourrait faire penser à une amorce d'hypercémentose, je serais heureux d'avoir sur ce point l'avis de Confrères plus qualifiés.

Ceci dit, le fait que les autres cas trouvés se rencontrent au niveau des antérieures du maxillaire inférieur, n'y aurait-il pas non plus un rôle joué par un déséquilibre entre les divers points de calcification des maxillaires.

J'ai pensé aussi à une tendance actuelle des orthodontistes, la « germotomie », je crois qu'ils doivent avoir sur ces anomalies quelques lumières spéciales car ces faits font bien ressortir toute la délicatesse d'une indication d'opportunité ou d'inopportunité et l'on songe avec appréhension à ce qui serait advenu si une semblable pratique avait été entreprise sur cette malade dans sa jeunesse.

Les dents de sagesse supérieures, sont certainement de celles auxquelles nous attachons le moins d'importance en pratique courante, bien que pourtant elles nous jouent des tours aussi mauvais, quoique dans un autre ordre d'idée, que leurs sœurs du maxillaire inférieur.

Après ma petite histoire d'avulsion surprise, je vous rappellerai pour mémoire une communication faite en 1945 par M. Fieux, à la Société d'Orthopédie dento-faciale, dans laquelle il nous relate un cas de béance postérieure et retentions multiples des grosses molaires inférieures et supérieures avec des dents de sagesse semblant bloquer complètement l'arcade, et rendant toute évolution des autres dents impossible.

Et ceci m'amène à vous rappeler également le cas récent que nous a signalé ici même, au début de cette année, M. H. Villain, d'un cas de béance inverse du précédent, mais où, là encore, l'évolution capricieuse des dents de sagesse supérieures était en cause.

Donc, pour tirer de tout ceci une conclusion d'ordre pratique, je pense qu'en raison des complications de toutes sortes, bien qu'elles soient relativement peu fréquentes, aucune intervention sur des dents de 12 ans supérieures, avulsion ou traitement radiculaire ne devrait être entrepris sans examen radiographique préalable si l'on veut raisonnablement compter sur quelque chance de succès.

Voici, mes chers confrères, les quelques réflexions que cette anomalie m'a incité à vous soumettre, en m'excusant de l'avoir fait d'une façon aussi succincte et aussi confuse.

* * *

Au cours de mes diverses investigations sur ce sujet, j'ai eu la chance de me trouver en relation avec M. Dubois Prévost dont vous connaissez tous la compétence particulière en cette matière, et bien que n'ayant pas pu examiner la pièce, M. Dubois Prévost voulut bien me faire deux réponses que je vous communique, car elles me paraissent éclairer d'un jour particulièrement intéressant la question qui nous occupe :

J'ai pris connaissance, avec intérêt, de votre observation concernant un cas de dent de sagesse supérieure incluse en ectopie ;

afin de donner à l'explication que je dois vous fournir toute la clarté désirée, permettez-moi de bien situer la question.

Il s'agit d'une dent de sagesse d'un type simplifié, à savoir : conoïde et uniradiculée, située entre les racines d'une deuxième molaire supérieure et découverte au cours de l'extraction de celle-ci. En examinant la pièce anatomique vous avez constaté une autre particularité, que cette dent de sagesse était soudée sur toute la hauteur de sa racine à la face interne de la racine palatine de la dent de douze ans.

Il y a donc deux réponses à fournir.

Première réponse. — Les trois molaires permanentes dérivent du même cordon épithélial. Le germe de la troisième étant le plus profondément situé, son axe folliculaire présente une direction très oblique en haut et en avant pour l'inférieure, en bas et en avant pour la supérieure. Il résulte qu'au cours de l'évolution de cette dent elle ne se redresse qu'avec difficulté et c'est pourquoi elle vient fréquemment butter contre la face distale de la deuxième molaire et je souscris à cette remarque de Charles Ruppe :

« Si la dent de sagesse ne fait pas son éruption normale, ce « n'est pas par manque de place, mais parce que son axe follicu- « laire est trop oblique. »

Deuxième réponse. — Il faut considérer l'étude histologique du développement de cette dent dans le temps et dans l'espace. L'organe adamantin de la troisième molaire n'est vraiment constitué qu'au cours de la troisième année et la calcification coronaire périphérique achevée qu'au cours de la douzième année. Par contre pour la deuxième molaire, l'organe adamantin est constitué dans le troisième mois après la naissance et la calcification coronaire périférique terminée au cours de la troisième année. En conséquence, puisque dans le cas considéré, l'évolution de la troisième molaire s'est trouvée particulièrement gênée du fait de sa situation anatomique, cette gêne ne pouvait se faire sentir sur les couronnes, étant donné les différences dans le temps, mais, sur les racines, les phénomènes de l'éruption ne devenant particulièrement sensibles qu'au moment de l'édification radiculaire.

Ce n'est qu'à partir de la douzième année que la calcification radiculaire a commencé pour la troisième molaire, alors que la calcification radiculaire de la deuxième molaire se trouvait considérablement avancée.

La migration de la troisième molaire se trouvant arrêtée par la présence des racines de la deuxième molaire, il en est résulté que cet obstacle a obligé une calcification radiculaire sur place pour la troisième molaire. A cette époque il nous est possible d'admettre qu'il y a eu fusion entre les éléments du périodonte encore très actifs appartenant à la racine palatine de la dent de douze ans qui achevait sa calcification et ceux de la paroi folliculaire, de même

nature histologique, appartenant à la dent de sagesse, fusion favorisée par la situation anatomique du follicule de cette dent.

En admettant que ces phénomènes se soient passés à cette période de l'évolution de ces deux dents, ce que je ne puis confirmer qu'après examen de la pièce au laboratoire, car je ne l'ai pas vue.

L'autre explication à donner au cas où la précédente se trouverait infirmée, ce qui est possible, serait que la racine palatine de la dent de douze ans, en raison des rapports de contiguité anatomique se serait trouvée soudée à la racine de la dent de sagesse par l'apparition de ce tissu fonctionnel qu'est le cément.

La preuve reste à établir, et je me tiens à votre disposition pour examiner la pièce avec le plus vif intérêt.

BIBLIOGRAPHIE :

FIEUX. — *Orthodontie et restauration maxillo-faciale*, décembre 1945.
GINESTET. — *Congrès Stomatologie*, Paris, 1938.
LANGARD. — *Thèse de Lyon*, 1943.
PELLETIER DUTEMPLE. — *Société Odontologique de France*, février 1942.
PIOBETTO. — *Malformations et anomalies radiculaires*, Thèse de Lyon, 1944.
ROCHETTE. — *Pratique de Chirurgie*, Louis Jean, éditeur.
VILLAIN H. — *Béance due à l'évolution des dents de sagesse*, A. F. A. S., 10 septembre 1946.

SUMMARY

Description of a clinical case and submitting a hypothesis pertaining to its etiology and pathogenesis.

OBSERVATIONS DE PRATIQUE COURANTE

Note sur le traitement de gingivites à caractère épidémique

Par le Dr J. DELIBÉROS,
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.

On s'émeut depuis quelque temps de la fréquence avec laquelle on observe des gingivites banales au premier abord et qui semblent relever d'une étiologie différente de celle que nous connaissons dans notre pratique courante.

Les circonstances actuelles qui nous placent à la tête d'un service qui reçoit chaque jour une cinquantaine de malades provenant de l'armée de l'air nous a permis de noter la fréquence de cette affection au point que nous nous croyons en droit de la déclarer épidémique bien que nous n'ayons aucune preuve irréfutable de ce caractère.

Les caractères cliniques de la maladie ne nous semblent pas essentiellement différents des gingivo-stomatites habituellement observées si ce n'est l'insolite résistance de l'affection aux thérapeutiques habituelles (nettoyage, acide trichloracétique, novar, acide chromique).

On était en droit de penser qu'à la suite de carences alimentaires évidentes pendant ces dernières années, la cause même de cette efflorescence de gingivites devait trouver une origine dans ce sens.

Il est curieux de constater que si ces gingivites atteignent les groupements sociaux qui ont eu à subir des restrictions et dont la déficience organique est certaine, l'affection n'atteint pas moins des groupements dont l'excellent état général ne peut être mis en cause (on sait combien l'armée de l'air est stricte à ce point de vue pour le recrutement de ses troupes (et qui, de plus, n'ont jamais eu à souffrir d'une quelconque carence vitaminée.

Le médecin lieutenant-colonel BERNARD, de la direction de service de santé de l'air, justement ému de la fréquence de ces gingivites avait, sous l'inspiration d'auteurs anglais (STAM et JUDKIN, *British Medical Journal*, 1944) essayé la vitamine C *per os* pour combattre l'état infectieux. Le résultat n'ayant pas été satisfaisant, il essaya de pratiquer la même thérapeutique par injections parentérales.

C'est à cette dernière forme que nous nous sommes arrêtés pour le traitement de nombreux soldats qui venaient chaque jour nous consulter.

Trois injections de Laroscorbine Roche en injections intra-musculaires dosées à 10.000 unités sont en général suffisantes concurremment avec le traitement local pour faire céder complètement des gingivites durant depuis des semaines. Si le besoin s'en fait sentir, on peu poursuivre le traitement jusqu'à injecter 80, 100, ou même 120.000 unités du médicament.

Un assez grand nombre de malades ont été traités ainsi au Centre de la deuxième région aérienne avec succès et c'est ce qui nous a amenés à vous faire part de l'excellence des résultats de cette thérapeutique.

REVUE ANALYTIQUE

H. VELU. — **Le darmous et les fluoroses chroniques. Considérations générales.** (*Revue d'Odonto-Stomatologie et de Chirurgie maxillo-faciale de l'Afrique française*, septembre 1946).

L'affection a été signalée il y a une trentaine d'années au Maroc par M. Croix-Maire qui avait constaté des lésions dentaires, quelquefois accompagnées de lésions des maxillaires chez le mouton, le cheval et le bœuf.

Christiani, de Genève, de son côté, en 1918, signalait une fluorose des bovins nourris avec des fourrages soumis aux émanations fluorées d'une usine d'aluminium, il posait la question : Existe-t-il chez l'homme une fluorose ou cachexie chronique. A cette question répondent les constatations de M. C. Smith, Edith Lantz, Howard, pour la fluorose sodique et de H. Velu pour la fluorose calcique.

La fluorose n'est pas limitée aux régions Nord-Africaines, on en connaît des foyers aux Etats-Unis dans plusieurs Etats où la lésion dentaire est connue sous le nom de « mottled enamel ». En Argentine (dientes veteados), en Hollande, en Espagne, en Italie, en Islande, etc...

Divers chercheurs, dont l'auteur, ont confirmé, en 1931, que le fluor de sodium ou de calcium était en cause.

Depuis d'autres lésions ont été décrites, sclérose des os et des ligaments, lésions stomacales, oligohémie chez les ouvriers employés au raffinage et au broyage de la cryolithe. (P. Flemming, Moller et V. Gudjonsson.)

Le Darmous apporte la preuve qu'il existe des fluoroses spontanées.

L'auteur a montré que le phosphate naturel marocain, algérien ou tunisien administré à doses suffisantes, reproduit les mêmes lésions, que l'ingestion de fluorures purs, tous les symptômes du Darmous peuvent être ainsi provoqués.

En résumé, le Darmous est une fluorose chronique calcique, qu'il convient de distinguer de la fluorose sodique.

Lorsque l'intoxication se produit après, l'apparition de la denture de remplacement est inapparente, d'où des difficultés de diagnostic ; les lésions osseuses, sont diverses, sont tardives et inconstantes. Les troubles discrets des fonctions hépatique et thyroïdienne doivent être recherchés. L'examen radiographique peut apporter une aide efficace.

Les causes de l'intoxication sont :

Alimentaires : eaux de boisson, fourrage ;

Industrielles : industrie des phosphates.

Christiani signale le danger des substances alimentaires additionnées de composés fluoriques (poudres à lever issues de l'apatite, vins, bières, lait fluorés.) Quelques centigrammes de fluorine ou de fluosilicate par litre sont suffisants à provoquer l'intoxication et dans la réalité on en met beaucoup plus.

Il est vraisemblable qu'il existe des fluoroses par inhalation.

La pathogénie est mal élucidée.

La poudre d'os distribuée aux animaux a la même teneur en fluor que les phosphates naturels et cependant elle n'est pas toxique. Le fluor perd donc sa toxicité lorsqu'il est fixé et transformé par l'organisme animal.

Beaucoup d'eaux minérales renferment du fluor et ne semblent pas toxiques.

Le problème est d'ordre biologique.

La prophylaxie des causes industrielles est relativement simple (élimination des poussières).

Pour les causes alimentaires, contrairement au fluorure de sodium, avec Charnot, l'auteur a montré que le fluorure de calcium n'existe pas dans les eaux en quantités suffisantes, les légumes et les fourrages verts sont inoffensifs.

Le problème reste à résoudre pour les fourrages secs et les grains.

Le traitement curatif pourrait consister à rétablir l'équilibre entre le fluor et le phosphate de calcium.

Des expériences dans cet esprit semblent montrer que les animaux recevant une ration supplémentaire de phosphate de calcium conjointement avec du fluorure ont présenté une cachexie moins accusée sans lésions dentaires. L'auteur conclut en souhaitant la reprise de ces essais. L. S.

P.-L. MARONNEAUD. — **Les variations morphologiques de la canine chez les Suidés** (*Mammalia*, septembre-décembre 1946).

Conclusions. — 1° La canine représente chez les mammifères un élément inconstant des dentures hétérodontes ;

2° A cette dent est dévolue, en général, une spécialisation en défense que lui confèrent des caractères morphologiques spécifiques qui sont l'éversion, l'incurvation, le cornet dentaire ;

3° L'étude du rameau phylétique des Suidés offre tous les termes d'une spécialisation et semble devoir être interprétée dans le sens d'une évolution ;

4° La spécialisation de la canine en défense progresse en raison inverse de l'aptitude masticatoire. Elle débute avec un type peu différencié : le Pécari, atteint son maximum de développement avec le Phacochère, et s'achève avec un représentant dégénéré, le Babiroussa ;

5° La différenciation de la canine représente chez les Suidés, au même titre que les callosités carpiennes et calcanéennes, un caractère phylétique assimilable à la buscodontie, à l'artiodactylie et à la lobulation de l'estomac, mais d'ordre secondaire ; quant aux caractères morphologiques propres aux différentes variétés du phylum ils représentent des acquisitions pérennisées dans l'hérédité (pseudo-sommations) ;

6° La morphologie de l'assise osseuse des canines chez les Suidés (gaîne d'encastrement) procède de l'ontogénie et de la phylogénie ;

7° Chez le Porc, le Sanglier, le Phacochère, la morphologie de la défense dépend en outre des dispositions de l'engrènement dans l'état d'occlusion ; ces dispositions sont telles qu'une opposition effective les tronque, alors qu'une opposition tangentielle leur assure, avec une certaine indépendance évolutive, une entière intégrité morphologique ;

8° C'est à la perversion du facteur ontogénétique que l'on peut rattacher les caractères morphologiques de développement et d'orientation que présentent les défenses du Babiroussa. Chez ces êtres, leur gracilité, leur inversion, leur allure spirale, peuvent être interprétées comme une régression. L. S.

Sir Franck Colyer, K.B.E., F.R.C.S. — **Maladies dentaires chez les animaux.** — (*British Dental Journal*, 3 janvier 1947 et 17 février 1947).

Les affections dentaires les plus communes chez les animaux, comme chez l'homme sont la carie et la parodontose.

Les caries sont rares chez les animaux vivant à l'état de nature.

Ordres	*Nombre de spécimens examinés*	*Nombre de pièces présentant des caries*	*Pourcentage des pièces présentant des caries*
Primates.....	10.340	177	1,7
Rongeurs.....	3.800	0	0,0
Ongulés	2.687	4	0,15
Carnivores.....	7.635	5	0,07
Marsupiaux.....	3.336	2	0,06

Table 1. — Relevé des caries trouvées chez des animaux vivant à l'état naturel.

Parmi les Primates les plus touchés par la carie sont les Chimpanzés : 4,5 %.

Chez les Singes de l'Ancien et du Nouveau Monde, les caries ne débutent que lorsque se sont formés des points de rétention (espaces interdentaires, sillons, abrasions, mise à nu du cément par résorption gingivale, etc...) où séjournent des débris alimentaires.

Chez ceux vivant à l'état sauvage, la maladie commence toujours dans la dentine ou le cément. Chez ceux vivant en captivité, le début se fait toujours aux dépens de l'émail.

Parmi les Carnivores, seuls les Ours bruns présentent des caries : 9 cas sur 384 crânes examinés. Ces Ours américains mangent du miel et des baies sucrées.

Parmi les Ongulés, la carie est rare. Seul l'Hyrax, dont les molaires présentent de profonds sillons paraît plus exposé.

Parmi les animaux domestiques la carie est fréquente chez le Cheval. Sur 484 crânes de chevaux de la région londonienne, plus de 13 % présentent des caries.

La dentine et le cément sont attaqués, non l'émail. Ce dernier disparaît graduellement par fractures, suivant les progrès de la carie dans les tissus qu'il entoure.

Les Chats sont exempts de caries, chez les Chiens elle est rare. Le fait est dû probablement à ce que ces animaux n'ont pas de ptyaline dans leur salive. Ce ferment est indispensable pour la transformation de l'amidon en sucre.

L'immunité relative des animaux à la carie soulève la question de savoir si cette immunité est due à une particularité dans la structure des dents, c'est-à-dire si elle est attribuable à une densité calcaire de l'émail, particulièrement chez les animaux sauvages.

L'auteur mentionne l'article publié dans le *Dental Cosmos*, en mars 1897, par J. Léon William. La conclusion en était que tous les aspects microscopiques de la structure dentaire qui ont été décrits comme pathologiques sont observés chez les animaux.

Parmi les gravures l'une d'elles relative à la face occlusale d'une dent de Gorille, l'amène aux conclusions suivantes :

« L'émail présente presque toutes les phases qui ont été reproduites et décrites comme des états pathologiques de ce tissu.

Les sillons et les fossettes sont plus grands et plus nombreux que dans la moyenne des dents humaines.

Quelques-uns d'entre eux pénètrent au voisinage ou même jusqu'à la dentine, ils s'évasent à leur partie inférieure donnant à la coupe le dessin

d'un flacon. Ils semblent particulièrement bien adaptés par la prolifération des bactéries.

. . . . . .

L'émail est pigmenté et comporte de nombreuses fissures.

L'auteur a repris les travaux de Léon Williams et avec la collaboration du Prof. Evelyn Sprawson il examine un grand nombre de coupes de dents animales. 60 espèces ont été étudiées, comprenant 280 coupes.

L'examen a montré que l'émail des animaux à l'état sauvage est beaucoup moins calcifié qu'on l'imagine. L'opinion que l'immunité des animaux est due à un plus grand degré de calcification ne peut être retenue devant les constatations.

La conclusion du Prof. Evelyn Sprawson est que l'émail des animaux sauvages est en général inférieur en qualité à l'émail humain sous le rapport de la densité et du degré de calcification.

Parmi les Singes sauvages qui présentent quelques caries, il y a un facteur qui est nocif pour leurs dents mais, et ceci est important, ce facteur attaque la dentine et le cément et très rarement l'émail.

D'autre part, chez les Singes domestiqués, le régime alimentaire apporte des substances qui agissent sur l'émail.

La nourriture des Singes à l'état sauvage contient peu d'amidon et les débris alimentaires trouvés dans les espaces interdentaires contiennent surtout de la cellulose. En captivité, le régime comporte une quantité importante d'hydrates de carbone, sous forme de gâteaux, pain et biscuits. Les mêmes observations peuvent être faites concernant les Rongeurs, l'Hyrax, les lapins, les chevaux.

Les faits ci-dessus rapportés montrent que les caries chez l'animal captif ou domestiqué sont toujours liées à l'absorption d'un régime différent du régime naturel. Il est donc évident que la constatation des caries doit être rapportée à un changement de régime et non à des défauts de structure.

Parodontose. — L'autre maladie fréquente, la parodontose, est une infection chronique de la gencive et des tissus adjacents. Elle est caractérisée par une destruction progressive des tissus de soutien des dents.

Chez l'animal sauvage, la maladie est rare. Elle est fréquente, beaucoup plus que la carie chez les animaux domestiques ou captifs. Marsupiaux, Rongeurs, Lémuriens, Singes, Ongulés, Edentés, Carnivores et Insectivores.

Des résorptions osseuses dues à l'accumulation de débris alimentaires entre les dents sont observées chez les animaux sauvages, mais elles sont rares et confinées aux Singes.

Dans ces poches, l'os est uni et montre rarement des traces d'ostéite raréfiante.

Le processus chez l'animal en captivité ressemble à ce qui se passe chez l'Homme. Les cloisons osseuses interdentaires sont, d'ordinaire, les premières à se résorber, l'alvéole tout entier diminue graduellement, le phénomène est généralement plus marqué au maxillaire supérieur qu'à la mandibule.

Parmi les animaux domestiques, le chien, le chat et le cheval sont particulièrement atteints. L'affection est surtout observée chez les bêtes de luxe qui sont souvent soumises à un régime qui demande très peu d'efforts masticatoires.

A quelle cause faut-il attribuer cette presque complète immunité des animaux sauvages. Du fait que la maladie est rare à l'état de vie naturelle, nous devons conclure que le régime présente des conditions favorables à la santé des tissus dentaires.

Chez le Cheval, la maladie est due plus au changement de condition physique de la nourriture qu'à un changement de composition.

Conclusions. — Il est évident que les caries et la parodontose sont toujours associés avec une altération physique ou chimique du régime de l'animal. Si cela est vrai des animaux, il n'y a aucune raison pour que cela ne soit pas vrai pour l'Homme. Au point de vue biologique, les caries et la parodontose sont dûs à une altération du milieu où siègent les dents. — L. S.

I. A. Mekhteis, de la Chaire d'Anatomie pathologique de l'Institut Stomatologique de Léningrad. — **Les transformations apportées aux dents des rats blancs par avitaminose expérimentale A. et D.** *Stomatologie*, Moscou, 1946, N° 2, p. 3 (*Communiqué par le Centre Culturel France-U. R. S. S.*).

Etude consacrée au rôle des odontoblastes dans la formation de la dentine pathologique.

L'attention a été attirée ces temps derniers par la formation d'une substance proche de la dentine dans la pulpe des dents au cours de certaines avitaminoses.

L'étude de cette substance est intéressante et permet de préciser la signification biologique des différents éléments cellulaires de la pulpe.

Mme Mikalowa l'a étudiée très en détails dans un cas de scorbut expérimental sur les cobayes. L'auteur a choisi des rats blancs soumis à une avitaminose A. et D.

Chez ces animaux, sous l'influence du rachitisme et de l'avitaminose A, la formation de la dentine est altérée.

On sait que le rachitisme, chez les rats comme chez l'homme, le changement se caractérise par :

1° L'apparition d'espaces interglobulaires dans la dentine ;

2° L'élargissement de la prédentine aux dépens de la dentine qui n'a plus de ramifications ;

3° Le changement de la limite entre la prédentine et la dentine sans ramification.

A part cela, on décrit l'apparition de cavités dans l'émail et des altérations du cément. Ces altérations affectent d'abord la portion apicale de la dent et s'étendent progressivement jusqu'au bord libre.

Dans l'avitaminose A comme dans la D, les altérations seraient presque les mêmes. En plus, dans l'avitaminose A on note des modifications intéressant les odontoblastes et l'on décrit la formation dans la pulpe d'une substance nommée par les auteurs « tissu ostéoïde » et « substance de base de la dentine ».

Les expériences de l'auteur aboutissent aux conclusions suivantes :

1° Dans les cas d'avitaminose expérimentale A et D chez les rats blancs on remarque au bout de 20 jours l'augmentation de la zone de prédentine et la formation d'espaces interglobulaires dans la dentine ;

2° Au bout de 45 à 50 jours, la limite entre la dentine et la prédentine devient irrégulière (en zigzag), les odontoblastes perdent leur forme et leur disposition régulière, de plus des cellules séparées sont entourées par des languettes de prédentine qui font saillie. Dans la pulpe apparaissent des « rosettes » formées de cellules. Dans les grandes « rosettes », on remarque la formation d'une substance semblable à la dentine ;

3° Au bout de 75 jours, les espaces interglobulaires se forment dans toute l'étendue de la dentine et de la prédentine. La dentine sans ramification subsiste seulement dans la partie inférieure de la dent. Une couche épaisse de prédentine prend la forme d'une ligne brisée, la prédentine pâlit, ce qui indique un changement de composition. Les odontoblastes disparaissent. Ils subsistent seulement dans la partie inférieure de la dent, du côté vestibulaire sur une seule rangée, les « rosettes » n'apparaissent pas seulement du côté lingual mais même à l'intérieur de la pulpe.

Les « rosettes » contiennent une grande quantité de substance semblable à la dentine. Les altérations sont plus nettes du côté lingual, les cellules des « rosettes » se colorent plus intensément et par leur forme se distinguent des cellules de la pulpe ;

4° Ultérieurement les altérations s'observent aussi dans les adamantoblastes qui deviennent plus petits. Le cément se transforme en tissu « cémentoïde » ;

5° Dans la pulpe on n'observe pas la formation de « tissu ostéoïde »,

on peut seulement remarquer la formation de la substance semblable à la dentine ;

6° Il faut attribuer à l'avitaminose A le rôle principal dans la formation des altérations décrites ci-dessus. On pensait jusqu'à présent qu'elles ne pouvaient être dues qu'à l'action des avitaminoses C et D ;

7° Les « rosettes » rappellent sous beaucoup de rapports le premier stade du germe de la dent humaine. L'auteur les a observées non seulement sur les dents antérieures, mais sur les molaires.

I. B. Hymans, D. D. S., Montréal, Qué. — **Pulpectomie. — Résultats d'expérimentation.** — (*Dental Items of Interest*, décembre 1946).

L'expérimentation a porté sur des molaires de six ans dont les apex n'étaient pas formés, mais où la carie atteignait la pulpe.

Des radiographies montrent qu'après pulpotomie, les apex ont continué à se former jusqu'à complet développement. Des prémolaires ont été traitées de même (radio quatre ans après).

La pulpotomie appliquée à des dents temporaires n'a pas troublé le rythme de la résorption radiculaire. (Vérification faite par radiographies).

Technique. — Enlèvement de la pulpe camérale sous anesthésie locale ou tronculaire.

Pose de la digue, stérilisation à la teinture d'iode du champ opératoire. L'hémorragie est rapidement arrêtée, la chambre pulpaire est nettoyée avec l'acide campho-phénique ; un pansement d'eugénol est laissé sous une pâte d'eugénate.

Huit à dix jours, sous la digue la dent est ouverte à nouveau. La chambre pulpaire est nettoyée à l'acide campho-phénique, une pâte composée d'oxyde de Zn., d'eugénol et de 1 % de paraformaldéhyde est mise au contact des filets radiculaires sectionnés. L'obturation est ensuite mise en place. Pas d'anesthésie dans cette séance.

Les indications de la pulpotomie peuvent être ainsi posées :

1° Dans les cas où l'on est certain qu'il n'y a pas d'atteinte par l'infection des filets radiculaires ;

2° Après échec d'un coiffage, lorsque les filets radiculaires sont encore intacts ;

3° Lorsque des manœuvres opératoires ayant échauffé la pulpe sous-jacente l'ont gravement lésée ;

4° En cas de fracture des dents antérieures chez les enfants. L. S.

Norman W. A. Holland, H.D.D. Edin., L.D.S. Liv. — **La pénicilline dans les lésions maxillo-faciales. — Observations sur son emploi dans cinq cents cas.** — (*British Dental Journal*, 3 janvier 1947).

Conclusions. — 1° L'emploi systématique de la pénicilline rend les plus grands services dans tous les cas de lésions mandibulaires, en dehors des cas particulièrement bénins. La cicatrisation est facilitée et le trismus presque éliminé.

2° L'application locale de pénicilline, sous forme de poudre ou de solution, agit surtout lorsque de plus grandes concentrations sont requises localement, lorsque l'infection est limitée ou qu'un bon nettoyage de la plaie ne peut être effectué ;

3° L'application locale de la pénicilline dans des tubes placés dans le fond des plaies est inférieure au procédé qui consiste à la placer dans les parties superficielles ;

4° L'emploi de la pénicilline dans le traitement des lésions non compliquées des maxillaires n'est pas spécialement indiqué. Lorsque des dégâts intracraniens sont probables, la pénicilline est à recommander.

5° L'inflammation aiguë au niveau des lésions maxillo-faciales est rapidement jugulée si les interventions chirurgicales nécessaires ont été pratiquées et la pénicilline administrée. ;

6° La suture de presque toutes les lésions maxillo-faciales peut être entreprise avec l'aide de la pénicilline ;

7° La pénicilline n'est qu'un adjuvant au traitement. Il est toujours essentiel que la chirurgie soit correcte et judicieuse. L. S.

F.-W. Broderick. — **Quelques lumières sur les problèmes de la pyorrhée.** (*British Dental Journal*, août 1946).

Le cas qui va être exposé est probablement unique et semble suffisamment intéressant pour faire l'objet d'une communication.

Mme B..., âgée de 29 ans, me fut adressée en octobre 1944, pour de la pyorrhée accompagnée de gingivite extensive et suppuration des rebords alvéolaires. On notait également un peu de résorption alvéolaire, située principalement autour de $\frac{2|2}{}$. Cet état durait depuis environ sept ans. Les dents en elles-mêmes étaient parfaites, ne présentant ni caries, ni obturations.

Frappé de l'état, rare, à mon avis, pour une personne de son âge, dans lequel se trouvait cette jeune femme, j'entrepris un traitement d'ordre plus général que spécifiquement local et lui donnai de fortes doses de chlorure d'ammonium et lui fis des injections de contramine.

En juin 1945, elle consulta un dentiste londonien qui, après avoir examiné ses radios dentaires, lui conseilla une extraction extensive dont elle eut du mal à accepter la pensée.

Je l'ai revue récemment et l'état de sa bouche s'est considérablement amélioré : il n'y a plus de gingivite actuellement, mais $\frac{2|2}{}$ ont un peu allongé, cernées de poches de profondeur moyenne, mais laissant cependant la gencive ferme et saine.

Mais elle m'a raconté une histoire des plus curieuses : cette femme est grecque, et, jeune fille, travailla comme infirmière à l'hôpital d'Alexandrie en qualité d'assistante au laboratoire de pathologie. A cette époque — elle était alors âgée de 18 ans — elle se proposa comme volontaire pour subir une expérience : on lui donna de l'insuline deux fois par jour et pendant deux ans — elle ignore en quelle quantité — et on lui fit régulièrement des prises de sang pour y rechercher les traces de sucre.

Naturellement ces faits m'étaient inconnus quand elle me fut adressée pour la première fois.

D'après mes théories sur le problème de la pyorrhée et la carie, l'histoire de cette personne est maintenant tout à fait compréhensible et apporte une preuve concluante de l'exactitude de ma conception : l'insuline, comme je l'ai montré, agit comme un hydratant sur les matières colloïdes du sang et accroît ainsi leurs propriétés d'absorption, attirant le sucre contenu dans le plasma sanguin vers le complexe colloïdal, c'est ce qui se passe dans le diabète. Mais en plus de cela (il serait même peut-être plus exact de dire ! conjointement à cette action), l'insuline détruit chez une personne bien portante l'équilibre autonomique, favorisant la prédominance du système parasympathique, et de cette façon produit la pyorrhée.

C'est pour cette raison que j'ai employé l'insuline pour recalcifier la dentine décalcifiée dans les cas de carie infantile. Mais si j'avais trop prolongé ce traitement, il aurait sans aucun doute donné lieu ultérieurement à de la pyorrhée comme dans le cas cité.

La carie et la pyorrhée sont des manifestations locales de troubles d'ordre général dont la cause première réside dans les déviations qui viennent détruire l'équilibre autonomique normal et cela constitue le point de départ à partir duquel commenceront à agir les contraintes et les efforts de la vie moderne, qu'ils soient d'ordre psychologique, hygiénique, diététique ou de n'importe quelle autre sorte. C. J.

ANDREAS HOBAEK. — **Leucoplasie buccale.** — *Norske Tannlaegeforeninge Tidende*, N° de mars 1946.

Après une brève discussion sur les cas cliniques, le diagnostic et la différenciation de la leucoplasie buccale, l'auteur en expose les plus importants facteurs étiologiques.

Vient ensuite un compte rendu des observations faites sur les malades de l' « Hôpital Norvégien du Radium ». Il porte sur 246 cas. Parmi ceux-ci, 77 étaient des cas de leucoplasie simple, tandis que, sur les 1272 cas de cancers intra-buccaux traités pendant la période 1932-1945, on en trouva 168, c'est-à-dire 16 % ayant la leucoplasie à l'origine.

Des différents types de cancer intra-buccal, il semble que ce soient les cancers de la bouche et des gencives qui dérivent le plus fréquemment de la leucoplasie, à savoir dans les proportions respectives de 25,8 et 19,9 %, alors que le pourcentage de cancers linguaux se trouve nettement plus faible, 13,1 %. Les cancers du palais et des lèvres sont sur le même plan avec respectivement 11,24 et 10,85 %.

L'histologie de la leucoplasie et les principes de la thérapeutique employée à l'Hôpital Norvégien du Radium sont brièvement discutés.

L'auteur fait ressortir que la leucoplasie buccale doit être présentée comme la forme la plus fréquente de lésion précancéreuse de la bouche.

C. J.

Eduardo C. PALMA. — **Ethylène et Cyclopropane : nouveaux gaz pour l'anesthésie chirurgicale.** — (*Annales de la Faculté de Médecine de Montevideo*, tome XXVI-1941).

Dans un très important travail, qui constitue sa thèse de doctorat, l'auteur étudie les caractéristiques, les propriétés pharmacodynamiques, la technique d'utilisation de l'Ethylène (C^2 H^4) et du Cyclopropane ou Triméthylène. Il consacre un long exposé à l'anesthésie générale par inhalation en O. R. L. et Odontologie, en insistant tout particulièrement sur la voie nasale à l'aide du tube naso-pharyngien et endo-trachéal.

De nombreuses observations cliniques et une abondante bibliographie complètent heureusement cette remarquable mise au point.

A. B.

Walter SUIFFET. — **Considérations anatomo-chimiques sur trois cas de tumeurs du maxillaire inférieur.** — (*Annales de la Faculté de Médecine de Montevideo*, Tomê XXIX-1944).

Le premier de ces cas (femme de 30 ans) concerne une tumeur adamantine, en partie solide, en partie kystique qui, après avoir donné lieu à quatre interventions limitées, fut enfin guérie par une cure radicale. Cette tumeur était ainsi caractérisée par des récidives, avec envahissement lent des tissus osseux, sans tendance à la généralisation et avec conservation d'un état général excellent, malgré un volume correspondant à la loge zygomatique.

La seconde observation est relative à une femme de 75 ans qui présentait une tumeur allant de l'angle mandibulaire gauche à la moitié de la branche horizontale droite. L'examen après biopsie montre l'existence d'un épithélioma d'origine adamantin dans lequel on observe une constitution atypique des éléments de l'organe de l'émail normal, avec assez bonne conservation de l'état général malgré l'amaigrissement de la malade qui ne pouvait s'alimenter par suite des douleurs intenses au niveau de la tumeur et des zones voisines.

La troisième observation relate le cas d'un homme de 52 ans qui, en excellente santé, ressentit un jour une douleur à la pression en avant de

l'angle du maxillaire inférieur gauche, et vit apparaître peu à peu une tuméfaction diffuse s'étendant de la région massétérine jusqu'à la région sus-hyoïdienne, faisant corps avec le maxillaire.

L'examen histologique après biopsie montre un épithélioma pavimenteux spino-cellulaire qui augmente rapidement de volume et s'ulcère rapidement dans la cavité buccale malgré un traitement radiothérapique.

De ces trois observations, l'auteur tire la conclusion que l'examen histologique de toute tumeur du maxillaire est indispensable avant d'aborder leur thérapeutique. Les examens clinique et radiographique sont souvent insuffisants pour affirmer le diagnostic. A. B.

Dr Adalberto D. Retorsio. — **Différences de résultats dans l'obtention de l'enregistrement condylien selon les techniques connues et leur interprétation**. (*Protesis*, mars 1945).

Conclusions :

a) Les méthodes employées pour établir l'enregistrement de la trajectoire condylienne donnent des résultats en général différents, numériquement considérés.

b) Du moins en valeur numérique, un enregistrement sous pression masticatoire (Hanau) est différent d'un autre qui ne l'observe pas (Stansbery). Le premier donnant toujours des valeurs un peu moindres.

c) Les résultats numériques obtenus par la technique intrabuccale peuvent ne pas être exacts, mais ils sont toujours équivalents et il est probable qu'ils ont une égale signification pour les mouvements qui ont lieu sur le plan articulaire, quand on monte les dents.

d) Nous sommes enclins à penser que les résultats numériques peuvent ne pas avoir de valeur comparative, considérés isolément. Les valeurs peuvent ne pas avoir une signification pratique, ni au moins utile, mais bien une valeur rapportée à l'instrument que l'on emploie.

e) Des conclusions précédentes, on infère ce qui suit. Il est nécessaire de vérifier sur le patient, avec des dentures terminées et construites d'après chaque technique, comparer les résultats et vérifier si l'équilibre fonctionnel articulaire que l'on recherche, existe, unique raison de l'enregistrement condylien individuel. G. L.

C.-E. Pomès. — **Hydrocolloïdes**. (*Protesis*, décembre 1945).

1° L'élasticité des hydrocolloïdes (agar-agar et alginate), est limitée en partie par leur susceptibilité de variation de dimension et de déformation.

2° La connaissance de leurs caractéristiques est indispensable pour les utiliser correctement.

3° En odontologie on emploie deux catégories d'hydrocolloïdes à base d'alginate, (1) soluble, (2) insoluble.

4° Les hydrocolloïdes à base d'alginate, demandent pour leur processus de durcissement une manipulation plus soignée que les hydrocolloïdes à base de agar-agar.

5° L'action retardatrice des hydrocolloïdes à base d'alginate dans la cristallisation du plâtre peut être contrebalancée en employant des fixateurs.

6° Les solutions décrites peuvent s'employer en alginates, qui ne nécessitent pas de fixateur. G. L.

REVUE DES LIVRES

E. Nivard. — **L'anesthésie régionale en odonto-stomatologie**, 2e édition (Paris, 1947, chez Gauthier-Villars, 55, quai des Grands-Augustins, 225 pages, 118 figures).

L'ouvrage comporte deux parties.

La première est divisée en cinq chapitres :

I. *Anatomie.*

II. *Véhicules employés en anesthésie.*

III. *Substances anesthésiques.*

IV. *Instrumentation.*

V. *Technique des manœuvres préparatoires à l'anesthésie.*

Le rappel anatomique qui est le guide indispensable de l'opérateur, est suffisant pour un confrère qui ne cherche qu'à rafraîchir sa mémoire. Pour un étudiant il serait souhaitable que l'auteur développe la partie topographique et multiplie les figures indiquant les rapports.

L'auteur a fort judicieusement traité la question des véhicules employés en anesthésie, leur composition, leur température, les interactions entre l'anesthésique et les tissus infiltrés. Les progrès réalisés en cette matière, rendent en effet l'anesthésie moins désagréable pour le patient et les tissus n'étant traumatisés ni mécaniquement, ni physiquement, ni chimiquement supportent dans de meilleures conditions une infiltration même importante.

La partie pharmaceutique a été traitée largement, l'auteur était particulièrement compétent puisque pharmacien. Les deux anesthésiques, cocaïne et novocaïne, sont étudiés au point de vue chimique, leur action physiologique est longuement décrite, ainsi que leur posologie et leur toxicité.

L'adrénaline si couramment ajoutée aux solutions anesthésiantes fait également l'objet d'une étude spéciale.

L'instrumentation est décrite minutieusement, il n'est pas un petit détail qui n'ait son importance. Ce chapitre montre bien que l'auteur a une longue pratique et nous conseillons aux jeunes confrères de bien s'en pénétrer en suivant pas à pas toutes les indications.

La deuxième partie comprend trois chapitres :

I. *Technique des divers procédés opératoires d'anesthésie des branches du trijumeau.*

II. *Accidents de l'anesthésie.*

III. *Accidents généraux de l'anesthésie.*

Le premier chapitre expose en détail les manœuvres opératoires, les repères, longueurs, profondeur, direction de l'aiguille sont indiqués d'une façon précise. Nous aimerions dans une prochaine édition que l'auteur précise dans un chapitre spécial les indications de tel ou tel procédé. Le praticien apprécierait un exposé qui lui donnerait pour les opérations les plus courantes une indication précise sur les divers modes d'anesthésie, allant du plus simple au plus complexe. Comme le souligne l'auteur les

anesthésies des gros troncs nerveux sont délicates et les dangers éventuels doivent être proportionnés à l'importance de l'acte opératoire envisagé.

Les derniers chapitres sur les accidents locaux et généraux sont traités aussi complètement qu'il est souhaitable.

Comme le dit l'auteur les accidents sont rares et en général bénins. Mais cela n'est vrai que lorsque le patient est confié à un praticien prudent. Un confrère qui voudra bien avant de rien innover, suivre d'abord scrupuleusement les conseils et la technique de M. E. Nivard, pourra sans crainte faire bénéficier ses patients des avantages indiscutables de l'anesthésie régionale. L. S.

Flemming NORGAARD. — **Arthrographie temporo-mandibulaire**. (Chez Einar Munksgaard, Copenhague, 188 pages, 46 figures, prix du livre : 24 couronnes danoises, 1947).

Ce travail expose une méthode d'examen radiographique de l'articulation temporo-mandibulaire à l'aide d'injection de contraste.

La méthode fut instituée parce que dans la lésion la plus fréquente de l'articulation temporo-mandibulaire (l'arthrite temporo-maxillaire), il n'est possible au moyen des radiographies ordinaires que dans quelques cas de déceler la présence de changements qui puissent être retenus d'une façon certaine pour diagnostiquer un processus arthritique comme cela est connu pour d'autres articulations, lésions d'exostose, de sclérose, défectuosités dans les contours ou raréfaction du tissu osseux.

Souvent de telles radiographies montrent d'importants changements dans la position du condyle et une réduction de sa mobilité, qui ne permettent pas de conclure d'une façon évidente que la lésion est localisée à l'articulation elle-même.

Enfin, dans quelques cas indiscutables d'arthrite décélés cliniquement, les radiographies sont considérées comme parfaitement normales.

Ceci est dû à cette circonstance que la partie cartilagineuse de l'articulation peut être le siège de changements même considérables, sans donner lieu à des changements caractéristiques et précis dans les radiographies ordinaires.

De notre expérience des examens avec contraste pour l'articulation du genou et d'autres articulations, il nous a semblé probable qu'une semblable méthode d'examination par contraste de l'articulation temporo-mandibulaire pourrait aussi être capable de donner quelques informations essentielles concernant cette articulation qui ne sauraient être obtenues par d'autres procédés.

En nous basant sur nos connaissances relatives à l'anatomie, à la structure, aux mouvements normaux de l'articulation temporo-mandibulaire et d'autre part sur les possibilités actuelles de la radiographie de l'articulation, ces deux ordres de faits étant brièvement passés en revue, nous avons mis au point un procédé d'injection de contraste pour l'articulation temporo-mandibulaire.

Les plus importants principes de cette méthode consistent en injections de contraste et en radiographie séparément pour chaque partie de l'articulation, en principe la loge inférieure passant avant la supérieure, avec le moindre inconvénient pour le patient et l'obtention de radiogrammes aussi détaillés et aussi indiscutables qu'il est possible.

Le lieu d'injection le plus adéquat fut choisi postérieurement au condyle et juste en avant du tragus, en vue d'accéder de la façon la plus commode aux cavités de l'articulation et pour l'injection la plus sûre de chacune des deux cavités de l'articulation séparément. Comme substance de contraste, le « perabrodil » fut retenu comme le moins désagréable au patient. Les quantités de substance de contraste furent déterminées expérimentalement, il fut ainsi démontré comme important d'éviter la distension des cavités de l'articulation, d'une part pour épargner toute gêne inutile aux patients,

d'autre part pour obtenir les clichés les plus nets en respectant le plus possible les rapports naturels.

Pour la radiographie après injection de contraste, seule une photographie, oblique latérale transcranienne (profil) — à peu près comme la projection de Schüller pour l'oreille interne — fut retenue comme utilisable.

Cette technique appliquée à 113 cas a prouvé son efficience pour autant que le praticien a reçu un petit entraînement et les résultats ont été très sûrs.

Ceci put être confirmé par la corrélation entre l'arthrographie et l'acte opératoire dans les 25 cas où une opération fut effectuée après examen.

Sur ces prémisses et par comparaison avec des préparations anatomiques, les arthrogrammes normaux sont décrits pour les cavités supérieure et inférieure de l'articulation séparément et aussi avec injection simultanée des deux cavités, en même temps que des dessins du ménisque. Ensuite un certain nombre de trouvailles d'arthrographies pathologiques sont passées en revue et analysées.

Le présent travail montre que dans l'arthrite temporo-mandibulaire, comme il fallait s'y attendre, la radiographie ordinaire de l'articulation n'a pas de valeur diagnostique dans la grande majorité des cas.

Bien plus, il n'y a pas de relations définies entre l'intensité et la durée des symptômes cliniques et le caractère et le degré des changements pathologiques, ni entre ceux-ci et le caractère des symptômes.

Tenant compte de ces faits, il est rationnel de n'attacher une signification digne de considération qu'à l'arthrographie dans le diagnostic des lésions, spécialement pour la localisation et l'estimation du degré et du caractère des changements pathologiques et ainsi de choisir plus sûrement le traitement des cas individuels. A ce point de vue, il sera de première importance, si nous en sommes capables par le moyen de l'arthrographie de sélectionner précocement les cas injusticiables du traitement conservateur d'après le caractère, l'extension et la localisation des altérations. Ainsi il sera possible d'épargner à de tels patients un traitement long et dispendieux.

D'un autre côté le présent travail montre que plusieurs cas peuvent guérir leurs symptômes par un traitement conservateur en dépit d'altérations même considérables dans les cavités articulaires, ceci n'aurait pu être démontré auparavant.

Si de tels résultats sont durables, cela ne peut être affirmé maintenant, cette question n'entre pas dans le cadre du présent article.

L'arthrographie est encore susceptible de devenir une aide précieuse pour une étude plus approfondie de l'anatomie et de la physiologie de l'articulation temporo-maxillaire. Dans cet ordre d'idée, autant que ces examens l'ont montré, on peut mentionner parmi d'autres considérations qu'une mobilité considérable du condyle peut être conservée en dépit de la présence d'obturations dans les cavités et même avec l'oblitération totale de la cavité supérieure.

La gêne causée aux patients par ce genre d'examen est à considérer comme d'importance secondaire eu égard de sa valeur pour estimer leur affection. Bien plus, cette gêne peut être maintenue dans certaines limites en observant certaines règles pendant l'examen. La plus importante est d'éviter une pression excessive dans l'articulation, résultant de sa distension.

Comme contre-indication, la seule semble être donnée par les formes accompagnées d'un processus inflammatoire.

Le premier âge, ou une débilité mentale prononcée peuvent être une raison pour renoncer à cet examen qui autrement paraîtrait parfaitement s'imposer. L. S.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 15 avril 1947

La séance est ouverte à 20 h. 45 sous la présidence de M. Gabriel qui donne lecture d'une note de la Société Odontologique de France conviant les membres de notre Société à assister à la réunion devant avoir lieu à l'Ecole Garancière le 22 avril et au cours de laquelle le Dr de Sèze, médecin neurologue à l'hôpital Lariboisière, fera une communication. Il donne ensuite la parole au Dr Délibéros qui traite de : *la tolérance des prothèses complètes*.

L'auteur passe en revue les facteurs qui jouent un rôle dans la tolérance des prothèses complètes. En particulier, il cite l'observation d'un patient présentant une intolérance aux aciers inoxydables au chrome-nickel.

Dans certains cas assez rares, il est impossible d'incriminer un de ces facteurs. Délibéros pense que l'on peut rapprocher les douleurs des maxillaires édentés des moignons d'amputation douloureux. La méthode d'infiltration novocaïnique de Leriche appliquée aux maxillaires donne d'excellents résultats.

Prennent la parole M. Fournet et M. Brun.

L'ordre du jour appelle la communication du Dr Corbeil, assistant des Hôpitaux de Paris et M. Hourdin, élève à l'Ecole Dentaire de Paris, sur un : *Cas d'une névralgie symptomatique chez un malade de 23 ans*, qui présentait une algie depuis plusieurs mois, algie s'accompagnant d'irradiations multiples et de paroxysmes d'une telle acuité que l'on avait envisagé la possibilité d'une névralgie faciale essentielle. En réalité, l'examen de la denture montra l'existence d'une fissure de l'émail sur une grosse molaire inférieure, le traitement simple sans dévitalisation de la dent amena une disparition définitive des douleurs.

M. Gabriel prend ensuite la parole pour parler de syndromes douloureux qui provoquent des interventions sur les parties annexes de la face et qui relèvent souvent des dents et seulement de celles-ci.

M. Fournet ajoute que la seule douleur de l'oreille est à son avis, une douleur d'origine auriculaire ; au contraire, si elle s'accompagne de douleurs faciales, elle a pour origine une cause dentaire.

Le Dr Corbeil insiste ensuite sur la classification donnée par les Drs Thurel et Alajouanine des névralgies faciales qu'ils divisent : 1° en névralgies essentielles, 2° en sympatalgies ; 3° en névralgies symptomatiques.

La parole est ensuite donnée à M. H. Villain qui présente le pivot « R » de M. J. Ruetz, de Bienne (Suisse) dont il donne les indications et qu'il fait suivre de la projection d'un film technique magnifiquement réalisé, avec la conscience helvétique habituelle. Prennent part à la discussion MM. Lentulo, Rivault, et Gentilhomme.

La séance est levée à 23 heures.

Le Secrétaire général : R. Rigolet.

Séance du 6 mai 1947

La séance est ouverte à 20 h. 45 et, après une courte allocution de M. Gabriel pour présenter les films aimablement prêtés par les Services de l'Information de l'Ambassade des Etats-Unis, concernant la *Thérapeutique radiculaire* et la *Dentisterie infantile*, ceux-ci sont projetés.

Présentation luxueuse en couleurs à laquelle nous commençons à être habitués depuis la libération. On sent que les moyens mis en œuvre sont vastes et que la qualité de ces moyens est en rapport avec le soin de leur recherche. Il nous apparaît que le souci de conservation des dents, que nous avons en France depuis une cinquantaine d'années, soit à l'heure actuelle repris par les américains qui, reconsidérant la théorie de *Focal Infection*, paraissent à leur tour désireux de conserver les dents atteintes de caries pénétrantes.

A la suite de la projection du film sur le traitement des canaux, M. H. Lentulo exprime une sensation de désappointement due au fait que, cette fois, la démonstration américaine n'apporte aucun enrichissement à nos connaissances. Reconnaissant toutefois que l'objet du film pouvant être seulement d'encourager aux soins des dents dépulpées, en prouvant les réussites des traitements par les diverses radiographies de contrôle, il craint néanmoins la démonstration insuffisamment convaincante pour les exodontistes systématiques, qui peuvent être confirmés dans leur réserve par un déroulement de précautions et complications excessives.

M. H. Lentulo déclare que le problème du traitement des canaux est à la fois plus difficile et moins compliqué ; la difficulté étant toute dans l'ouverture et l'élargissement du canal, le reste du traitement devant aboutir très rapidement à l'obturation totale du canal par quelque moyen que ce soit. Seule cette obturation totale signifie guérison ; ce qui s'intercale entre ouverture et obturation ne serait qu'accessoire et complications inutiles le plus souvent.

Les interventions des Drs Délibéros, Bernard et de M. Boucher, après ces commentaires, confirment ce point de vue et c'est justement l'occasion pour le premier de ceux-ci de nous rappeler que c'est en 1896 que deux français, MM. Josué et Roger qui, pour la première, fois parlèrent de la *Focal Infection* et qu'au surplus, actuellement, les théories médicales françaises paraissent ne plus devoir retenir cette opinion généralisée, il semble, un peu vite.

L'enseignement donné depuis des années en France dans les diverses écoles et concernant l'obturation des canaux donne des résultats satisfaisants, constants, avec une technique infiniment moins compliquée que celle présentée par nos amis américains. De plus, les images du film *Thérapeutique radiculaire* et se rapportant à l'obturation du canal, nous apparaissent sur le mode adopté assez empirique, et ne remplacent pas, à notre avis, le « bourre pâte » inventé par M. H. Lentulo, dont la simplicité de maniement est bien supérieure à ces sortes de « poches à douille » dont se servent nos confrères d'Outre-Atlantique.

Le Dr Bernard, à la suite de cette présentation, prend aussi la parole pour dire qu'on ne saurait obtenir l'obturation d'un canal en se servant de l'ionophorèse et qu'on ne peut demander à cette technique qu'un transport d'ions médicamenteux sans plus, et que, tout à fait de l'avis de M. H. Lentulo, il pense que l'obturation du canal étant réalisée parfaitement, une macrophagie périapicale fait le reste.

M. Boucher rappelle que quelques confrères ont pris l'initiative de réunir dans un groupement ceux qui se sont préoccupés de cette question de l'obturation des canaux, afin de communiquer les conclusions à l'ensemble de la profession.

Avec sa fine ironie, son bon sens et son esprit objectif, M. H. Lentulo a situé exactement le problème en se proposant d'ailleurs d'y revenir prochainement.

M. Marrel présente ensuite une communication sur la *Récupération de l'argent fin des détritus d'amalgame*, causerie intéressante, où la chimie.

« Violon d'Ingres » du conférencier, est souvent mise à contribution ; elle montre également que peu à peu les praticiens s'intéressent de plus en plus à la fabrication des produits qu'ils emploient, et c'est fort bien ainsi, la profession ne pouvant qu'en bénéficier.

Une parenthèse est ouverte au sujet du *Cémdent* et le vœu est à nouveau émis : que la profession y soit représentée par des chirurgiens-dentistes et des stomatologistes en nombre suffisant.

M. H. Villain, en complimentant le conférencier, rappelle que les jeunes chercheurs sont toujours favorablement accueillis à la Société d'Odontologie de Paris.

La séance est levée à 23 h. 50.

Le Secrétaire général : R. Rigolet.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 25 mars 1947

La séance est ouverte à 20 h. 45 sous la présidence de M. Pierre Fouques.

Tribune Libre : M. Aubert, chirurgien-dentiste à Paris, aide de clinique à l'Ecole Odontotechnique, présente : *Un cas de zona du maxillaire inférieur consécutif à un traitement de fistule d'origine dentaire.*

M. Vieilleville, professeur à l'Ecole Odontotechnique, présente et commente trois films en couleurs de l'American Dental Association, gracieusement offerts par le Service d'Information de l'Ambassade des E. U. A. :

a) *Pulpectomie immédiate, traitement et obturation canaliculaires* ;

b) *Traitement de dents infectées* ;

c) *Préparation de moignon, prise d'empreintes et scellement de couronne en porcelaine.*

M. le Docteur P. Cernéa, ancien Interne des Hôpitaux, ancien Chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris, Stomatologiste des Hôpitaux. — *Formes atypiques et traitement de la tuberculose buccale.*

Illustrant sa conférence de cas cliniques personnels, le Dr Cernéa décrit les principaux aspects de la tuberculose buccale :

1° Ulcérations à bords décollés, à fond grisâtre, toujours douloureuses, pouvant siéger sur la langue ou sur les joues ;

2° Forme tumorale sur la langue ;

3° Forme de chancre sur la muqueuse buccale.

Le traitement, précédé d'un examen histologique de la lésion et d'un examen radiographique des poumons, sera chirurgical ou médical depuis la découverte de Charpy, en 1943.

Il comprendra l'administration à doses massives de vitamine D à raison de trois injections de 15 milligrammes de vitamine D la première semaine ; deux injections de 15 milligrammes pendant trois semaines et 15 milligrammes hebdomadairement durant un an.

Ce traitement vitaminique sera associé à un régime lacté indispensable (1/2 litre par jour).

Charpy insiste sur la nécessité des traitements dentaires pour veiller aux mobilisations calciques que peut entraîner l'administration de trop fortes doses de vitamine D. Au régime lacté, on ajoutera un traitement calcique car le calcium combat la toxicité, d'ailleurs variable avec les sujets, de la vitamine D.

L'hypervitaminose D peut, en effet, provoquer des accidents (anorexie, polyurie, azotémie).

Les résultats de la méthode de Charpy atteignent, dans le traitement

du lupus notamment, 70 % de succès et complètent heureusement les thérapeutiques chirurgicales (par électro-coagulation) ou palliatives (par alcoolisation nerveuse des territoires douloureux) de la tuberculose buccale.

M. Jacques FILDERMAN, professeur à l'Ecole Odontotechnique de Paris. — *Diagnostics.*

Partant du principe que « personne ne se plaint sans raison » M. FILDERMAN, s'appuyant sur une série de cas cliniques complexes, s'attache à démontrer les difficultés diagnostiques de la pratique dentaire.

Il insiste sur les interférences dento-sinusiennes et la nécessité d'une collaboration étroite et réciproque entre médecin spécialiste et chirurgien-dentiste.

Aucun acte opératoire ne sera exécuté sans qu'un diagnostic précis ne soit établi ; ce diagnostic, toujours précédé d'un examen clinique attentif sera, au besoin, confirmé par l'examen radiographique.

Le Dr Marcel RACHET rappelle l'insuffisance des renseignements fournis par la radiographie plane dans la région sinusienne en particulier et insiste sur la nécessité de pratiquer des radiographies régionales et mieux encore stéréoscopiques.

Le Dr CERNÉA rappelle que l'anesthésie à la novocaïne des territoires douloureux peut donner des renseignements diagnostiques.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 23 h. 45.

Le Secrétaire des Séances : Pierre FROMENT.

* * *

Séance du mardi 22 avril 1947

La séance est ouverte à 21 heures, sous la présidence de M. Pierre FOUQUES.

M. le Dr Marcel RACHET, Chef des Travaux de Chirurgie Maxillo-Faciale à la Faculté de Médecine de Paris, Professeur à l'Ecole Odontotechnique de Paris et M. le Dr TOUCAS-MASSILLON, Chef de Clinique à l'Ecole Odontotechnique de Paris. — *La préparation du malade en odonto-stomatologie et chirurgie maxillo-faciale.*

Le Dr TOUCAS-MASSILLON traite la question dans le domaine hématologique.

Après un bref rappel du mécanisme de la coagulation du sang, il insiste sur le rôle important qu'y joue le foie. Le temps de saignement, le temps de coagulation, l'épreuve du lacet permettront de déceler une crase sanguine éventuelle ; les examens de laboratoire proprement dits (formule sanguine, numération des plaquettes sanguines, microdosage de la prothrombine, titrage du calcium, établissement du rapport CA/P, etc.), détermineront le traitement qui sera calcique ou opothérapique suivant les cas.

Le Dr TOUCAS-MASSILLON termine en insistant sur l'intérêt et la nécessité d'une préparation hématologique systématique du malade pour prévenir et éviter tout danger d'hémorragie pendant ou après une intervention.

Le Dr Marcel RACHET traite le sujet dans le domaine neuro-végétatif.

Douleur et anxiété sont fonction d'un équilibre neuro-végétatif variable avec le malade.

Un examen clinique rapide permettra de dépister des troubles endocriniens, sympathiques ou parasympathiques. Aux basedowiens on donnera une solution de lugol ; la pilocarpine, l'ésérine, l'acétycholine tonifieront le parasympathique chez les sujets où une mydriase fera dépister une atonie du vague.

Des vagolytiques tels que la belladone, l'atropine, l'hyoscyamine, la scopolamine amèneront une sédation des troubles hypervagotoniques.

L'adrénaline, l'éphédrine, sympathicomimétiques puissants ou au contraire l'hyohimbine ou l'ergotamine, par leurs propriétés sympathicolytiques assureront l'équilibre du système neuro-végétatif.

L'administration de ces médicaments chez les adultes, celle du gardénal ou de l'association gluconate, chlorure, bromure de calcium chez l'enfant, dans les quelques jours précédant l'intervention, assurera la régulation du système neuro-végétatif et la sédation associée de la dystonie neuro-végétative et du système nerveux central, et partant, un meilleur « climat » pour l'opérateur et l'opéré.

M. le Dr de Sèze, Médecin des Hôpitaux. — *Algies faciales et cranio-méningées.*

Après avoir rappelé la distinction classique entre la névralgie faciale essentielle, la névralgie symptomatique du trijumeau et la névralgie faciale atypique, le Dr de Sèze s'attache à décrire leur symptomatologie.

L'algie essentielle du trijumeau décrite par Trousseau, de cause inconnue, sans lésion apparente du nerf guérissable par la destruction du nerf soit par alcoolisation, soit par neurotomie, est caractérisée par : une douleur faciale discontinue, intermittente, explosive, fulgurante ; les accès, très courts, débutent et finissent brutalement.

La douleur obéit à des causes provocatrices (froid, toucher, mastication, etc...) superficielles ou profondes qui intéressent le territoire innervé par le nerf ; cette névralgie, toujours unilatérale, est limitée strictement au territoire sensitif du trijumeau. La guérison temporaire sera obtenue par alcoolisation superficielle ou profonde du trijumeau ; la guérison définitive par neurotomie rétro-gassérienne.

La névralgie secondaire ou symptomatique du trijumeau dont les causes peuvent être : ostéite du rocher, tumeur osseuse de la base du crâne ou du cerveau, zona ophtalmique, sclérose en plaque, tabès, syringobulbie.

Ces douleurs ont un caractère continu ; tout le nerf est atteint d'emblée ; la névralgie est accompagnée de la lésion d'un nerf cranien voisin et d'une hypoesthésie cutanée ou cornéenne.

La thérapeutique se déduit de la cause.

Les névralgies faciales atypiques : douleurs continues diffuses, sans signe objectif neurologique, étudiées par l'Américain Penfield et par l'auteur, ne relèvent pas, comme certains auteurs ont voulu le voir de causes sympathiques ou psychiques, mais de troubles méningés. La section du plexus de l'artère méningée moyenne ou l'ablation partielle des méninges pathologiques entraîne, en effet, la disparition des céphalées antérieures.

Ces névralgies ne doivent plus être appelées psychalgies ou sympathalgies, mais bien algies méningées.

Le Dr de Sèze termine sa conférence par une mise en garde contre les extractions dentaires multiples qui n'ont jamais guéri aucune névralgie du trijumeau, essentielle ou non ; les névralgies dentaires semblent être, en effet, concomitantes et non causales à ces algies.

Communication de M. Ibos, Chef de Clinique à l'Ecole Odontotechnique de Paris. — *Troubles physiopathologiques de l'oreille interne, d'origine dentaire.*

Le Secrétaire des Séances : Pierre Froment.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE (F. D. N.)

Xe CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

La Fédération Dentaire Nationale Française informe qu'un Congrès International se tiendra à Boston (U.S.A.) du 4 au 8 août 1947.

Le Président du Comité des Relations Internationales est le Dr Daniel F. Lynch, 1678 Primrose Road, N. W. Washington 12, D.C. à qui devront être adressées les demandes d'adhésion au Congrès.

Ce Congrès comporte les Sections suivantes :

Dentisterie Infantile et Hygiène Buccale ;
Prothèse complète ;
Histologie, Physiologie, Pathologie, Bactériologie et Chimie (recherches) ;
Service Dentaire Hospitalier ;
Dentisterie Opératoire, Matières médicales et thérapeutiques ;
Chirurgie Dentaire, Extraction et Anesthésie ;
Orthodontie ;
Prothèse partielle ;
Parodontose ;
Organisation pratique ;
Radiologie.

Au cours de ce Congrès se tiendront les Assises de la Fédération Dentaire Internationale et le Prix Georges Villain sera remis à un Confrère américain spécialement qualifié en Orthodontie.

Les conditions de logement étant très difficiles, s'adresser à l'American Dental Association Housing Bureau, 80 Federal Street, Boston 10, Massachussetts.

Pour tous renseignements concernant le voyage, s'adresser à l'Agence des Wagons-Lits.

Le Président de la Fédération Dentaire Nationale Française :
Henri Villain.

COMITÉ NATIONAL D'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE

Poursuivant sa campagne en faveur de l'Hygiène dentaire, le *Comité National d'Hygiène Bucco-Dentaire* a donné le mercredi 23 avril une conférence dans l'amphithéâtre de l'Ecole des Infirmières de l'Assistance Publique, à l'Hôpital de la Salpêtrière.

M. le Directeur Général de l'Assistance Publique présidait cette conférence qui réunissait plus de 300 élèves. Il avait auprès de lui : M. le Directeur de l'Hôpital de la Salpêtrière ; Mme la Directrice de l'Ecole des Infirmières ; M. Aye, Président du Comité ; MM. Dehilotte, Vice-Président, Délégué régional du Sud-Est ; Benoist, Président du Comité Départemental des Landes, à Hossegor.

M. le Dr Rachet, professeur à l'Ecole Odontotechnique, avait été chargé de la conférence.

M. le Dr Rachet a défini l'hygiène dentaire et insisté sur la collaboration que devaient apporter les Infirmières Sociales dans l'éducation

en matière d'hygiène dentaire, non seulement des enfants mais aussi de leurs parents.

Il a démontré quel rôle important les infirmières de l'Assistance Publique pouvaient jouer en cette matière, et, les conseils qu'il leur a donnés leur serviront de guide dans l'exercice de leurs délicates fonctions.

A l'issue de cette conférence, M. AYE a remercié M. le Dr RACHET de la collaboration si utile qu'il apportait à l'œuvre poursuivie par le *Comité National*.

A une date très prochaine, d'autres conférences aussi importantes auront lieu dans le domaine hospitalier, comme auprès des Assistantes Sociales, et permettront d'intensifier la propagande d'Hygiène dentaire poursuivie par le *Comité National*.

Des conférences de même ordre seront données à brève échéance dans les départements.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

(25e Section - ODONTOLOGIE)

Congrès de Biarritz, 22 au 28 septembre 1947

Mes Chers Confrères,

Le Congrès de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences, aura lieu cette année à Biarritz, du 22 au 28 septembre.

Après la Côte d'Azur, c'est donc notre Côte Basque qui aura le grand privilège d'accueillir les 27 Sections qui composent ce Congrès et parmi elles, la Section d'Odontologie.

Nos confrères ne peuvent manquer d'être intéressés par le choix de Biarritz qui pourra leur offrir après leurs séances de travail, l'agrément d'un séjour dans une des plus agréables régions de France.

Le renom de Biarritz, parmi les grandes stations balnéaires mondiales, vous est certainement connu. Mais peut-être ignorez-vous que c'est précisément en septembre qu'elle brille habituellement de tout son éclat.

Profondément attaché à ma profession et à ma chère ville, je vais m'efforcer, avec la collaboration de mes confrères de la région, d'aider à ce que le Congrès atteigne, tant du point de vue scientifique que touristique, l'ampleur que légitiment les buts élevés qu'il se propose.

Mais je ne saurais obtenir un tel résultat si je n'étais assuré de la présence d'un très grand nombre de ceux qui, comme vous, entrent dans le cadre de notre belle profession.

J'ajoute que notre Section, dans les Congrès précédents, s'est signalée par le nombre et la qualité de ses adhérents. Puisse-t-elle, en 1947, se montrer digne d'un si brillant passé, par la valeur des communications et travaux qu'elle y présentera.

Pour terminer sur une note d'ordre pratique et dans le souci d'aboutir à une parfaite réussite du Congrès, permettez-moi, mes chers Confrères, d'insister pour que votre inscription, sur laquelle je me permets de compter, ne souffre aucun retard.

Veuillez agréer, mes chers Confrères, mes bien cordiales et dévouées salutations.

P. LAZARI,
Maire-Adjoint de Biarritz,
Président pour l'année 1947
de la Section d'Odontologie de l'A. F. A. S.

Pour tous renseignements :

S'adresser à M. WALLIS-DAVY, Secrétaire général du Comité Exécutif, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris (IXe). Tél. : Trud. 74-86.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE (F. D. I.)

Secrétariat Général : Ch. F. L. Nord,
9, Johannes Vermeerplein. Tél. : 22702.

Amsterdam, mars 1947.

Mon cher Confrère,

Vous aurez déjà appris que, grâce à l'aimable invitation de l'Association Dentaire Américaine, un Congrès international dentaire se tiendra cette année (août 4-8) à Boston, Massachusetts.

Le fait que des Congrès dentaires internationaux ont lieu à intervalles réguliers est considéré par le dentiste ordinaire comme un événement normal. Ce dont il ne se rend pas compte, cependant, c'est que, depuis près de cinquante ans, la réalisation de ces Congrès a été le résultat des efforts d'un organisme international connu sous le nom de « Fédération Dentaire Internationale (F. D. I.). »

Jusqu'à présent l'activité de la F. D. I. a dépendu d'efforts purement volontaires et a été soutenue presqu'entièrement par des adhésions individuelles et c'est bénévolement que sa direction était assurée. Les conditions d'après-guerre rendent cependant de telles conditions impossibles et c'est pourquoi nous vous prions d'examiner un bref historique de la F. D. I. et les propositions que nous croyons devoir présenter pour son avenir.

Sincèrement vôtres.

A. E. Rowlett, *Président.* Ch. F. L. Nord, *Secrétaire Général.*

* * *

Historique et Avenir de la Fédération Dentaire Internationale (F. D. I.)

FONDATION

En 1900, à l'occasion du Congrès Dentaire International tenu à Paris, un groupe de dentistes éminents de plusieurs pays, inspirés par Charles Godon et parmi lesquels il faut citer des hommes tels que Brophy, Kirk, Guy, Cunningham et Aguilar, fonda la Fédération Dentaire Internationale, en même temps que son Conseil de Gestion et une Commission d'Education ; elle constitua donc une fédération permanente des sociétés nationales et de leurs affiliés.

BUTS ET OBJETS

Charles Godon, le vrai fondateur de la F. D. I. était un chef né, un orateur persuasif, un exemple frappant de ce génie, extrêmement rare de « l'idéaliste pratique ». Il entrevit, par intuition, l'importance vitale d'intégrer l'ensemble des activités de cette nouvelle Société dans un but unique ; ce but étant l'organisation, à intervalles réguliers, de Congrès Dentaires Internationaux. En un mot, il reconnut que la F. D. I. devait concentrer son attention et ses activités à l'organisation de Congrès.

Le corollaire logique de cette conception originale était la création de réunions annuelles du Conseil de Gestion de la F. D. I. et des Commissions correspondant aux différentes sections d'un congrès (par exemple : éducation, législation, recherche scientifique, documentation, services dentaires publics, etc.). Simultanément, des contacts personnels et des amitiés personnelles furent établis, ce qui engendra, parmi les délégués de la dentisterie du monde entier, l'esprit de confiance personnelle qui est la seule condition indispensable à toute activité internationale harmonieuse. De cette façon, on espéra maintenir les dentistes de par le monde, en contact étroit avec les progrès de l'art et de la science dentaires, afin de maintenir une coopération

continue entre les chefs de la profession dans tous les pays, de protéger l'éducation dentaire et d'établir des services d'hygiène dentaire pour la communauté. Les annales de la dentisterie de ces 46 dernières années prouvent la sagesse de ces pionniers et ont, dans une large mesure, justifié leurs espoirs.

HISTOIRE DE LA F. D. I.

L'histoire de la F. D. I. se divise, naturellement, en cinq périodes, dont trois sont actives et deux latentes, ces deux dernières correspondant aux années de guerre.

Première Période active (1901-1914)

Depuis le début, le mécanisme de la F. D. I. fonctionna avec une facilité et une efficacité surprenantes. Les Comités Exécutifs et les Commissions tinrent des réunions chaque année depuis 1901 jusqu'à 1914 ; plus de 40 pays y étaient affiliés et dans tous ces pays, la dentisterie profita grandement de l'esprit de collaboration scientifique engendré parmi les meilleurs membres de la profession.

Des Congrès furent organisés à St-Louis, Berlin et Londres, respectivement en 1904, 1909 et 1914. Ce dernier fut dissous par suite de la première guerre mondiale, qui débuta le jour même où la session du Congrès de Londres s'ouvrit.

Période intérimaire d'inactivité due à la guerre mondiale N° 1 (1914-1921)

Deuxième Période d'activité (1921-1939)

Pendant la guerre, qui se termina le 11 novembre 1918, l'esprit de coopération internationale fut maintenu parmi les alliés ; néanmoins, ce ne fut qu'en 1921, lors d'une réunion tenue à La Haye, que la F. D. I. se sentit capable de reprendre ses activités antérieures. La F. D. I. avait reçu une invitation à tenir le prochain Congrès à Philadelphie, en 1926, et, stimulée par ce geste généreux, la F. D. I. reprit ses assemblées annuelles à Madrid, Paris, Luxembourg et Genève, où du travail préparatoire fut entrepris en préparation au Congrès, et où les hommes qui, à ce moment là, dirigeaient les destinées de l'Odontologie, trouvèrent l'occasion d'apprendre à se connaître et à s'apprécier, de sorte que tout marcha rondement et facilement. Après le Congrès de Philadelphie, des réunions régulières de la F. D. I. eurent lieu chaque année dans un pays différent, jusqu'à celle précédant la guerre, lorsque la Fédération se réunit à Zurich.

En 1931, un Congrès fut tenu à Paris, en 1936 à Vienne, et 1941 aurait vu une réunion mondiale des milieux dentaires à Londres. Toutefois, à cause de la guerre mondiale N° 2, les activités de la F. D. I. furent suspendues pour la seconde fois en août 1939.

Période intérimaire d'inactivité consécutive à la deuxième guerre mondiale (1939-1945)

Troisième Période d'activité (1945)

En dépit de l'effet destructif de la seconde guerre dont souffrit la civilisation mondiale, l'œuvre de la F. D. I. pendant les 20 années de paix était, ainsi que ses réunions annuelles, tellement devenue partie de la dentisterie organisée, et les amitiés formées durant ces longues années s'étaient établies si fermement, que, cette fois-ci, les relations furent reprises immédiatement, et les contacts rétablis partout, sauf en Allemagne et au Japon.

Des réunions non-officielles furent tenues à Bruxelles en 1945 pour les membres du Bureau, ainsi qu'à Amsterdam, Londres, Paris, Genève et Chicago.

En novembre 1946 la première assemblée régulière d'après-guerre du

Conseil de Gestion fut tenue à Paris, et l'on décida de tenir un Congrès International à Boston, U. S. A., en réponse à une invitation de la part du groupe des délégués de l'Association Dentaire Américaine. Bien que l'on se rendit parfaitement compte, qu'il était impossible, vu la courte durée, de préparer un Congrès pareil à ceux de 1931 ou 1936, et que les conditions mondiales ne permettaient pas une assistance normale, cette décision fut prise, néanmoins, avec la ferme conviction qu'il était absolument indispensable, pour le bien de la dentisterie et du Service d'Hygiène Dentaire envers l'humanité, de reprendre sans tarder l'œuvre internationale, et de permettre le développement d'un esprit de coopération entre les jeunes membres, desquels dépendra l'avenir de la Dentisterie Internationale.

LE JOURNAL DENTAIRE INTERNATIONAL

Des préparatifs pour un Congrès à tenir à Londres, furent discutés et acceptés lors de la dernière réunion avant la guerre, que la F. D. I. tint à Zurich en août 1939. Ce Congrès promettait d'être une réunion splendidement organisée, où toutes les faces de la dentisterie seraient présentées par les hommes les plus connus, et où il serait donné une revue de toutes les découvertes importantes faites depuis le dernier Congrès, tenu à Vienne.

A cet effet, on projeta de créer un nouveau Journal Mensuel International, dans lequel seraient donnés des rapports sur chaque phase de la dentisterie, d'un Congrès à l'autre, ainsi que la littérature internationale la plus importante concernant ces sujets.

En outre, ce journal aurait été un moyen de communication, non seulement pour les personnes se spécialisant dans les recherches, mais aussi pour ceux qui s'intéressent à la santé publique, et où ils pourraient discuter les possibilités d'un programme d'hygiène dentaire. Ce journal aurait publié des résolutions et des discussions émanant des diverses Commissions, et le dentiste ordinaire, qui serait abonné à ce journal, en dehors de son magazine national, aurait été en mesure de rester au courant de tout ce qui se passait dans sa profession, sans être obligé d'acheter de nombreuses publications étrangères, contenant beaucoup d'informations d'intérêt purement local, ce qui nécessite une dépense considérable en temps, en difficultés et aussi d'argent.

RÉORGANISATION DU SECRÉTARIAT

Il arrive un moment, dans l'existence de toutes les grandes organisations, où des fonctionnaires réguliers et payés doivent remplacer les prestations volontaires. A la F. D. I., le Secrétariat-Général reconnut, plusieurs années avant la guerre, qu'un tel changement était inévitable et il exprima, à plusieurs reprises, sa conviction qu'il était nécessaire de disposer d'un Bureau permanent où un seul fonctionnaire, au moins, pourrait consacrer tout son temps aux responsabilités de la F. D. I.

Avant 1940, l'organisation de la F. D. I. fut exécutée uniquement par des volontaires. Ceci signifie que tous ceux qui travaillèrent et voyagèrent pour la F. D. I. donnèrent gratuitement leur temps, leur énergie et leur argent, tant au Bureau qu'à l'œuvre des différentes Commissions. Il est clair, dans la situation d'après-guerre, que ce service volontaire n'est plus possible à l'avenir et qu'il faut faire face à des changements radicaux dans l'organisation de la F. D. I. Etant donné qu'un Bureau Permanent est souvent nécessaire pour des sociétés nationales même petites, il semblerait illogique de nier la nécessité d'un changement semblable dans notre propre organisation.

Le Secrétaire actuel, qui est membre du Bureau de la F. D. I. depuis 25 ans, dont il a consacré 15 ans au Secrétariat-Général est fermement convaincu que, sans une modification de cette nature, il sera impossible d'assurer une marche efficace et utile de cette grande et importante organisation. Puisqu'il démissionne comme Secrétaire-Général cette année-ci, un nouveau fonctionnaire devra reprendre sa charge et des moyens adéquats doivent être fournis à ce nouveau Secrétaire, lui permettant d'exercer sa fonction convenablement.

LE PROBLÈME FINANCIER

Les ressources financières de la F. D. I. ont été comme suit, jusqu'à ce jour :

1° Dû par les membres, notamment :

a) Sociétés affiliées : £ 2 par an ;

b) Membres du Conseil de Gestion : £ 2, par an ;

c) Membres ordinaires : £ 1 par an.

2° L'intérêt sur le capital du Fonds de la F. D. I. ;

3° 10 % des cotisations des membres de chaque Congrès Dentaire International, qui seront transférés par le Trésorier du Congrès au Trésorier de la F. D. I., à la fin du Congrès ;

4° Le solde créditeur des Congrès de la F. D. I. qui sera transféré au Fonds des Congrès de la F. D. I. ;

5° Abonnements, dons et legs faits à la F. D. I.

En 1938-39 le revenu total de ces sources s'élevait à £ 573.5s.3d, dont £ 451.6s.2d. furent des abonnements, £ 16.1s.1d. les intérêts du Fonds Eastman (réservés pour la Commission d'hygiène Orale), £ 105.18s.0d., intérêts du fonds du Trust (la plus grande partie du Capital de ce Fonds fut affecté au Journal Dentaire International, et ce Fonds de Trust est actuellement négligeable en tant que source de revenus).

En réalité, la totalité de ce revenu fut déboursée pour la publication du Bulletin, et pour le travail du secrétariat, par exemple pour les différents membres du Bureau, la Commission et la Fondation Documentaire.

Un Bureau Permanent entraînerait évidemment la nécessité d'entamer de nouvelles sources de revenus. On se rend compte que le problème est trop vaste pour que les membres de la F. D. I. le supportent tout seuls et qu'il exige l'attention des Sociétés Dentaire Nationales qui constituent la Fédération.

Il sera, sans doute, difficile, en tous les cas, de trouver « the right man in the right place » mais ceci sera impossible, sans moyens financiers appropriés. Il semble que du moment où les fonctionnaires actuels remettent leur charge entre les mains de leurs successeurs, ce sera l'instant indiqué pour établir cette question sur des bases financières saines et stables.

Le principe de reprise du problème financier de la F. D. I. par les Sociétés Dentaires Nationales, fut unanimement adopté au cours de la Réunion de la F. D. I. à Paris. On discuta longuement, sans toutefois parvenir à une décision complètement satisfaisante, la méthode exacte selon laquelle on pourrait lever un revenu supérieur. Le Conseil accepta cependant à l'unanimité, la méthode suivante, considérée comme un schéma convenable qui mérite d'être discuté et examiné par les différentes Sociétés Dentaires Nationales.

SCHÉMA FINANCIER ACCEPTÉ A PARIS, AUX FINS D'ÉTUDE

On suggéra que chaque membre d'une société, affilié, paye une somme minime (disons 2 shillings) affectée à des fins internationales, ce qui permettrait de financer l'œuvre de la F. D. I. En même temps, la représentation au Conseil de Gestion serait, en quelque sorte, proportionnelle à ces contributions et au nombre de membres de chaque Société Dentaire Nationale.

Par exemple, un pays comptant moins de 2.000 membres affiliés aurait deux représentants, de 2.000 à 4.000 en aurait trois, de 4.000 à 6.000 quatre, et de 6.000 à 10.000 cinq, cinq délégués étant le maximum. D'autre part, on trouva qu'un paiement devrait seulement se faire pour un maximum de 10.000 membres. Il pourrait être possible, de quelque façon semblable, de trouver assez d'argent pour entretenir le Bureau de la Fédération. Les règlements de certaines sociétés leur permettraient de payer cet argent de la caisse de la Société, mais, si non, on suggéra que les règlements soient modifiés afin de permettre un tel paiement.

D'autres sources de revenu devraient également être examinées avec attention, par exemple des Groupements gouvernementaux ou internationaux, ou les Trusts de Bienfaisance importants ou les Fondations.

Nous croyons que chaque membre de la profession profite soit directement, soit indirectement du travail fait par la F. D. I., et c'est pour cette raison que nous nous permettons de suggérer cette petite contribution pécuniaire par chaque membre.

La F. D. I. est une organisation internationale unique, dont la profession dentaire peut être fière à juste titre. Fondée par le génie de Charles Godon, un idéaliste pratique, qui n'a, à aucun moment, confondu la philanthropie avec la pure sentimentalité, la F. D. I. a toujours attiré les hommes pratiques, éminents dans leur profession dans ses rangs, et il n'en est pas un qui, ayant offert ses services désintéressés à la F. D. I. ait perdu son enthousiasme pour l'œuvre. Le fait que la constitution de notre Société est saine, est prouvé par le fait qu'elle a résisté à l'influence désintégrante de deux guerres mondiales, une distinction qu'elle partage avec la Croix Rouge Internationale de Genève.

Aucune Société Nationale isolée ne peut sauver la F. D. I. Chacun des groupements affiliés doit contribuer pour sa part. Une fois de plus, les Etats-Unis d'Amérique ont fait un geste grandiose et généreux en nous donnant l'occasion d'adapter notre organisme aux conditions modifiées du monde d'après-guerre. Ceci est en accord splendide avec les Contributions magnifiques faites à la dentisterie internationale par des hommes tels que Harland, Brophy, Kirk, Logan et Burkhart. C'est à nous de profiter de cette occasion.

Parlant en ma qualité de président, je m'associe de tout cœur aux paroles du Secrétaire général, dont les services dévoués le qualifient tout spécialement à juger de la valeur de la fédération lorsqu'il dit :

« Si nous reconnaissons que la Dentisterie ne peut se passer d'une « organisation qui coordonne l'œuvre des Sociétés Nationales, qui sera en « mesure de fournir les renseignements internationaux nécessaires à ceux « qui en ont besoin, qui organisera des Congrès où le développement de la « pratique et de la recherche scientifiques pourra être constaté et démontré, « où l'on pourra étudier et discuter l'éducation sanitaire pour un meilleur « traitement dentaire pour tous les peuples, où l'on pourra stimuler une « meilleure éducation dentaire et une terminologie dentaire internationale, « nous devons être prêts à en payer le prix, et nous ne croyons pas qu'un « montant de 2 shillings est en disproportion aux avantages reçus. Si, « d'autre part, nous ne sommes pas convaincus de la valeur de cette œuvre « internationale, ou prêts à faire quelques sacrifices pour qu'elle puisse « continuer, la conséquence en sera que le travail, qui a été fourni pendant « un demi-siècle et qui a donné un tel essor à la Dentisterie dans quasi « tous les pays intéressés, qui a été exécuté avec tant de compétence par « les hommes les plus marquants dont le Monde Dentaire s'enorgueillit, « que ce travail doit prendre fin ».

C'est pourquoi nous espérons sincèrement qu'il n'y aura pas un seul pays qui rejettera la proposition que nous vous soumettons par la présente, aux fins d'étude, et en vue de préparer un rapport pour la prochaine assemblée à Boston, nous prions votre Société de nous faire parvenir une réponse affirmative aussitôt que possible, en tout cas avant le 1er mai de cette année.

Reconnaissant les difficultés à donner une réponse dans un délai aussi bref, nous aimerions de toute façon connaître l'opinion du Conseil Représentatif de votre Société, au cas où il ne serait pas possible de connaître la résolution de l'Assemblée Générale. Cette question devra être soumise au Conseil de Gestion à Boston, où une décision finale devra être prise.

A. E. Rowlett, *Président.*

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS D'UNE REVENDICATION DES MÉCANICIENS EN PROTHÈSE DENTAIRE

Rapport présenté au nom de l'Ecole Odontotechnique et de l'Ecole Dentaire de Paris

Par M. E. FOURQUET

La Société de l'Ecole Dentaire de Paris, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, fondée en 1880 et l'Association de l'Ecole Odontotechnique de Paris, 5, rue Garancière, fondée en 1883 — toutes deux déclarées d'utilité publique et fonctionnant conformément à la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine et de l'art dentaire — tiennent à s'élever contre la demande d'un groupe de mécaniciens en prothèse dentaire tendant à obtenir pour leur profession le droit à la prise d'empreintes sur patients.

Elles protestent également contre les considérants invraisemblables, voire injurieux pour les Ecoles dentaires et la profession de chirurgien-dentiste, dont il étayent leur prétention à ce droit — lequel aurait comme conséquences certaines un épanouissement inévitable de l'exercice illégal et un sérieux recul du progrès de l'art dentaire aux dépens de la santé publique.

Au cours d'un premier rapport les demandeurs posent trois questions, qu'ils font suivre de conclusions manifestement erronées et dénotant, chez leurs auteurs, une méconnaissance absolue de l'évolution des études dentaires et du fonctionnement des Ecoles.

Première question. — « AVONS-NOUS, DANS LA PÉRIODE ACTUELLE, UN NOMBRE SUFFISANT DE CHIRURGIENS-DENTISTES POUR SATISFAIRE LA CLIENTÈLE ? »

Au nom de nos deux groupements universitaires nous répondrons *oui* pour le présent et surtout pour l'avenir immédiat.

En effet, aux 9.000 praticiens exerçant à l'heure actuelle, il y a lieu de prévoir, pour les plus proches années à venir, une augmentation d'au moins 80 % des dits praticiens — ceci du fait que nos deux écoles ainsi que celles de province et les cliniques odonto-stomatologiques des centres de Facultés, comportent à l'heure actuelle et contrairement aux affirmations fantaisistes contenues dans leur deuxième rapport, *un contingent d'étudiants de près du double de celui d'avant guerre.*

Deuxième question. — « EST-CE QUE LES PRIX DE LA PROTHÈSE SONT ACCESSIBLES A TOUS » ?

Nous répondrons que ces prix étant fonction de ceux exigés par le tarif des prothésistes façonniers, sont d'autant plus accessibles aux « économiquement faibles » que les services des Assurances Sociales en tiennent compte dans leur tarif de remboursement. C'est pourquoi l'exemple de la couronne en acier citée par les demandeurs, pour nier cette accessibilité, est d'une erreur tellement inexcusable qu'ils paraissent ignorer le tarif qu'eux-mêmes exigent en tant que façonniers. En effet, la dite couronne en acier, que le tarif minimum national des chirurgiens-dentistes estime devoir être portée à 1.000 francs est payée par le praticien 450 francs au prothésiste façonnier et non 75 francs comme l'affirment un peu légèrement les auteurs du rapport. Or, il y a lieu d'ajouter à ce prix de revient le temps passé par le chirurgien-dentiste pour la taille correcte de la dent devant supporter la couronne en acier et la préparation en bouche de sa bague support. Ajoutons enfin que cette couronne payée 1.000 francs par le patient lui est remboursée par les Assurances Sociales sur le taux de D 20, soit : (60 × 20) — 20 % = 960 francs.

Au surplus, il y a lieu de faire remarquer qu'au nombre des chirurgiens-dentistes exerçant actuellement viennent s'ajouter, en plus des services spécialisés des Ecoles dentaires, les cliniques odonto-stomatologiques citées plus haut. Toutes ces Ecoles dentaires et cliniques possèdent, en effet, en vue de l'enseignement, des services de clinique de prothèse amovible ou fixe, où les patients économiquement faibles ou assurés sociaux sont appareillés au tarif de remboursement des Assurances Sociales.

Reste enfin la troisième question, corrolaire péjoratif des deux premières : « QUELS SONT LES REMÈDES A APPORTER A CES DEUX SITUATIONS POUR LE BIEN DE LA SANTÉ PUBLIQUE ? »

Pour nous, cette question n'a pas lieu d'être posée, car nos réponses aux deux précédentes ont prouvé que les patients économiquement faibles ou assurés sociaux pouvaient sans difficultés se faire appareiller dans les meilleures conditions de prix et de sécurité.

Il nous paraît, tout d'abord, particulièrement ridicule d'affirmer qu'avant 1892 la profession de dentiste patenté était exercée sur la place publique et dans les foires à grand renfort d'orchestre et de tambour — car ils n'auraient pu être patentés s'ils n'avaient eu de domicile fixe pour y exercer leur profession. Cet argument pour être pertinent devrait remonter aux XVII^e^, XVI^e^ et XV^e^ siècles, époque où les dentistes ne possédaient pas exclusivement le monopole du charlatanisme, car il faudrait alors citer la querelle quelque peu bruyante qui opposait les chirurgiens-barbiers aux barbiers-chirurgiens.

Les auteurs du rapport ont crû, par ailleurs, devoir argumenter cette troisième question par des considérations et des affirmations profondément injurieuses envers nos confrères chirurgiens-dentistes, tant au point de vue de leur esprit de déontologie que de leurs capacités techniques — conséquences, disent-ils, d'un enseignement pratique précaire.

Il est faux, en effet, qu'à l'heure actuelle près de 3.000 chirurgiens-dentistes, par suite de leur soi-disant incapacité personnelle, confient, dans leur propre cabinet, à leur mécanicien collaborateur, leurs clients, aux fins d'appareillages prothésistes.

Les mécaniciens en prothèse dentaire, auteurs de ce rapport, n'en sont pas à une prétention près, aussi n'hésitent-ils pas à demander « la réforme des études dentaires », études dont ils ne connaissent avons-nous dit, et quoiqu'ils en prétendent, ni les matières du programme enseigné, ni leur importance actuelle. Ils feignent même d'ignorer toutes les améliorations à la loi de 1892, que les Ecoles et Syndicats dentaires, par leur inlassable activité et leur volonté de rendre plus complète leurs études, ont pu déjà obtenir du Gouvernement. C'est ainsi qu'en 1909 un décret a porté de 3 à 5 années la durée des études et comportant l'obligation de deux années de stage et qu'en 1933 un autre décret instituait l'obligation au baccalauréat.

L'enseignement technique, scientifique et clinique de la prothèse dentaire fait partie intégrante du programme des études dentaires. Il ne saurait donc, sans préjudice réel pour les patients en être séparé, ni minimisé par un diplôme à études restreintes.

D'autre part, l'argument invoquant la liberté des professions artisanales d'instruments d'optique et de fabricants de bandages orthopédiques ne péut en aucun cas nous être opposé, parce que les Facultés de Médecine ne comportent dans leur programme aucun enseignement technique ni pratique concernant ces sortes de prothèse de correction et de protection.

L'enseignement de la prothèse dentaire, est-il besoin de le répéter, est donné à l'étudiant durant ses cinq années d'études, d'abord, en ce qui concerne la technique de la prothèse fondamentale pendant ses deux premières années de stage, et ensuite dans ses applications cliniques, sur les patients des dispensaires des Ecoles, pendant leurs trois dernières années. Ces travaux depuis la prise d'empreintes jusqu'à l'application en bouche des dites prothèses sont exécutés par les étudiants sous la surveillance et les conseils d'un nombreux personnel pédagogique qualifié et nommé après concours. Enfin, citons que durant les cinq années d'études, des séries de conférences annuelles sont données aux Etudiants suivant une progression en rapport avec l'enseignement technique et clinique.

Cet enseignement théorique nécessite, en effet, en vue de l'exécution et l'application en bouche d'un appareil de prothèse amovible ou fixe, la connaissance, pour la prothèse fondamentale, des principes de physique, de mécanique rationnelle, de chimie appliquée, de métallotechnie et de biologie générale et que sa conception technique peut varier suivant les indications cliniques propres à chaque patient.

Conclusion

Nos deux groupements : *Société de l'Ecole Dentaire de Paris* et *Association de l'Ecole Odontotechnique de Paris* — qui comptent dans leur ensemble plus de 2.000 adhérents et dont l'enseignement est assuré par près de 200 membres de leur corps enseignant nommés au concours, demandent, dans l'intérêt bien compris de la santé publique et pour le maintien du bon renom de l'enseignement dentaire français, le rejet pur et simple des revendications d'un Groupe de mécaniciens en prothèse dentaire tendant à leur accorder le droit à « la prise d'empreintes » par l'obtention d'un diplôme à études restreintes, donc insuffisantes.

Ce nouveau diplôme, à capacité limitée, serait non seulement préjudiciable à celui obtenu par les chirurgiens-dentistes après cinq années d'études, mais donnerait lieu, on peut en être sûr, à un développement rapide de l'exercice illégal de l'art dentaire, qu'il serait difficile, sinon impossible, à réprimer — car l'indication d'une prothèse comporte très souvent des interventions chirurgicales (extractions) et des soins préalables selon que les dents en bouche sont susceptibles ou non de constituer des organes supports ou de rétention des dites prothèses.

De plus, et de l'avis même du Corps Médical, il a pu être maintes fois constaté que le Chirurgien-Dentiste, du fait de ses études médico-dentaires et son expérience clinique, est à même de pouvoir détecter, au cours de l'exercice de sa profession, la présence en bouche de certaines lésions de nature spécifique dès leur début, ce qui lui permet de diriger son malade vers son médecin. Tel ne serait certainement pas le cas pour un mécanicien en prothèse dentaire au cours d'une prise d'empreintes, ce dernier n'ayant fait aucune étude propédentique ni clinique de longue durée.

Enfin, ils protestent énergiquement contre le fait que certains arguments foncièrement erronés ou volontairement tendancieux — voire injurieux pour le Corps des chirurgiens-dentistes aient pu être employés pour soutenir pareille revendication.

VIe EXPOSITION DU TRAVAIL

Les meilleurs Ouvriers de France

1948

GROUPE XI

Industries Medico-Chirurgicales

Classe 2. — *Appareils de Prothèse Dentaire* :

Président : M. Henri Villain, Président d'Honneur de l'Association Générale des Dentistes de France, Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris, 10, rue de l'Isly, Paris (VIIIe).

Vice-Président Ouvrier : M. Maès, meilleur Ouvrier de France, 74, rue de Sèvres, Paris (VIIe).

N. B. — Dans cette classe, les candidats de province ne peuvent, dans aucun cas, expédier leur travail directement à Paris, ce qui les exclurait de l'Exposition Nationale.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant du programme et de la date de cette manifestation.

BULLETIN
de l'Association Générale des Dentistes de France

ORGANISATION OFFICIELLE DE LA PROPHYLAXIE DES AFFECTIONS BUCCO-DENTAIRES A L'AGE SCOLAIRE

Nous avons inséré dans les derniers numéros de *L'Odontologie*, au fur et à mesure de leur publication au *Journal Officiel*, les textes réglementaires instituant les mesures de dépistage des affections bucco-dentaires pour les enfants d'âge scolaire, et réglant quelques modalités de leur fonctionnement.

Nous estimons utile de revenir aujourd'hui sur cette question en confrontant ces textes officiels pour en tirer les considérations pratiques, relatives au fonctionnement de ce nouveau Service Social.

La question qui se pose actuellement en première urgence est le dépistage des affections bucco-dentaires chez les enfants d'âge qu'on peut qualifier de « pré-scolaire ».

L'article premier de l'Arrêté du 1er mars 1947 précise, en effet :

« Les enfants au cours de leur sixième année sont obligatoirement « soumis, lors de la visite médicale d'incorporation scolaire, à un examen « de dépistage des affections bucco-dentaires. »

Se référant à cette prescription, ces jours derniers s'est tenue une réunion du Comité Départemental d'Hygiène Bucco-dentaire de la Seine, présidée par M. le Prof. Portes. M. le Président de l'Association des Médecins Inspecteurs des Ecoles nous avait fait l'honneur d'assister à cette séance et les renseignements qu'il a eu l'obligeance de nous donner ont considérablement éclairé le débat.

La visite d'admission scolaire prévue est passée par le médecin scolaire affecté à ce service, occupé soit à temps plein, soit à temps partiel. Le médecin à temps plein est « conventionné » ; le médecin à temps partiel est un praticien de médecine générale qui conserve la liberté de faire de la clientèle et reçoit une indemnité par tête d'élève pour le service officiel qu'il assure.

L'Administration préfère le médecin à temps plein, mais ces visites de gros effectifs scolaires exigent de façon ininterrompue une tension d'esprit et une fatigue cérébrale telles que les médecins affectés à ce service l'abandonnent après peu d'années pour s'adonner au moins en partie à la clientèle civile.

A moins que l'Administration ne recrute des dentistes conventionnés à temps plein pour faire cet examen de dépistage « lors de la visite médicale d'incorporation scolaire » c'est, la plupart du temps, un « spécialiste praticien (médecin stomatologiste ou chirurgien-dentiste) qui sera affecté à chaque centre médico-scolaire et à chaque automobile dentaire scolaire. »

Constatons aujourd'hui qu'actuellement les centres médico-scolaires sont en cours d'aménagement à peu près partout et que les projets d'automobiles dentaires scolaires sont à l'étude.

Les villes d'une certaine importance ont été désignées par un Arrêté ministériel du 5 avril 1947, pour créer ces « Centres Médico-Scolaires »,

mais il leur faudra faire une extrême diligence pour que ces centres puissent fonctionner pour la visite médicale d'incorporation scolaire.

En tous cas, la doctrine du Comité National d'Hygiène Bucco-dentaire est que cette visite ne doit jamais avoir lieu au cabinet du praticien.

Etant données ces indications préliminaires, il résulte que « l'examen de dépistage des affections bucco-dentaires » doit être pratiqué lors de la visite d'incorporation scolaire prévue pour les enfants au cours de leur sixième année, et qu'elle s'applique à tous les enfants avant l'âge de la scolarité obligatoire.

Il importe donc, et c'est à cet effet que nous alertons ici nos confrères, de prendre dès maintenant des mesures pour assurer ces examens de dépistage.

La suite de l'Arrêté pose des indications précises :

« Article 2. — Un spécialiste (médecin stomatologiste ou chirurgien-dentiste) conventionné par le Recteur de l'Académie, ou un spécialiste praticien est affecté par le service d'hygiène scolaire du département après avis du Directeur départemental de la Santé, du Conseil de l'Ordre et du Syndicat intéressés, à chaque centre médico-scolaire et à chaque automobile dentaire scolaire. Ce spécialiste est placé sous l'autorité du médecin scolaire du secteur. »

C'est avec une grande satisfaction que nous constatons dans cet article la nécessité de l'avis du Directeur de la Santé, du Conseil de l'Ordre et du Syndicat Dentaire pour la désignation par le Recteur d'Académie du spécialiste praticien affecté au service qui nous intéresse ; les interventions dans les différents ministères du Comité National d'Hygiène Bucco-dentaire ont certainement été prises en considération lors de la rédaction de cet article.

Mais s'il est conforme à nos désiderata, il nous impose par là même des devoirs, c'est à nous praticiens exerçant sur tout le territoire qu'il importe donc de prendre en charge dès maintenant ce dépistage.

Une question examinée au cours de la réunion du Comité d'Hygiène Bucco-dentaire a été la rémunération des praticiens effectuant ces visites de dépistage.

Un Arrêté en date du 29 janvier 1947, publié dans le numéro de *L'Odontologie*, du 28 février 1947, p. 103, a fixé en pourcentage seulement la part revenant au Corps médical dans les crédits affectés à ce service :

« *Article premier.* — Les dépenses occasionnées par les visites et examens médicaux prescrits aux articles premier, 2 et 10 de l'Ordonnance du 18 octobre 1945 sont ainsi réparties :

Personnel médical	40 p. 100
Personnel social	40 p. 100
Dépistage des affections bucco-dentaires	5 p. 100
Frais de fonctionnement et frais de gestion des centres médico-scolaires	15 p. 100

Article 2. — Ces dépenses sont imputées sur les crédits ouverts au titre du chapitre 359 du budget du Ministère de l'Education Nationale.

Article 3. — Les crédits correspondants sont délégués au Préfet de chaque département ; la ventilation de ces crédits est effectuée par l'Inspecteur d'Académie. »

La discussion ouverte à ce sujet n'a pu consister qu'en un échange de vues.

Lorsque le Comité d'Hygiène Bucco-Dentaire avait, dès 1943, prévu les trois stades d'application de son programme de prophylaxie aux enfants

des écoles : conférences, dépistage, traitement, il avait été établi une fiche d'un modèle très étudié (*Odontologie* du 31 janvier 1944, p. 2) devant suivre l'enfant pendant toute sa scolarité et proposé, pour rémunération de l'examen bucco-dentaire et établissement de la fiche, la somme de 10 francs (dix francs).

Avec l'augmentation de tous les frais professionnels les confrères ayant la pratique de ces opérations déjà organisées dans quelques communes de la banlieue parisienne ont estimé cet acte professionnel accompli dans les locaux officiels à 25 francs par élève ; c'est autour de ce chiffre que devra être fixée la rémunération du praticien pour l'examen de dépistage avec établissement de la fiche, quoique le modèle de cette fiche officielle ne nous soit pas encore parvenu.

En tous cas c'est une rémunération à *l'acte* en corrélation avec les effectifs scolaires qui doit être envisagée — la rémunération à la vacation fixée suivant le temps passé paraissant en contradiction avec l'attention nécessaire à un scrupuleux examen des affections bucco-dentaires.

Ces commentaires sur l'Arrêté du 1er mars 1947 ont donc pour but d'alerter les représentants de nos Groupements professionnels ; Ordre et Syndicats départementaux des chirurgiens-dentistes, d'accord avec les Comités départementaux d'Hygiène bucco-dentaire, pour qu'ils réunissent les praticiens de leur département. Ils leur donneront connaissance de ces arrêtés (tout le monde ne lit pas le *Journal Officiel*). Ils devront faire appel au zèle et à l'esprit social des praticiens, à l'intérêt que cette prophylaxie de la carie dentaire représente dans le domaine de la Santé Publique, pour recruter les volontaires et en présenter ensuite, en accord avec le Médecin Directeur de la Santé, la liste au Recteur d'Académie pour en obtenir l'investiture officielle.

Nous espérons que cet appel sera entendu et mis en application le plus rapidement possible pour que dès maintenant tous les dentistes soient attelés à cette besogne, que la prophylaxie des affections bucco-dentaires sorte du domaine des projets, et entre dans la réalité pour le plus grand bien de la santé de nos enfants de France et à l'honneur du Corps entier des Chirurgiens-Dentistes français.

Nota. — Un arrêté plus récent (26 avril 1947), fixant les modalités d'application des visites pré-scolaires de dépistage a fixé la rémunération des spécialistes inspecteurs à 10 francs par examen.

Dr A. Audy.

LA BOITE AUX LETTRES

LETTRE REÇUE

Fidèle lecteur de votre intéressante revue, je ne manque pas de lire de bout en bout chacun de ses numéros.

Après une longue journée dont vous connaissez les fatigues, le temps réservé à la lecture est forcément très mesuré si l'on veut ménager quelques instants bien nécessaires pour le farniente absolu.

Et cependant, je reste insatisfait, ayant conscience pleinement que la spécialisation poussée à l'excès comme le veut notre exercice n'est pas excellente pour la culture générale de l'esprit.

On peut être un excellent technicien et tout ignorer de ce qui n'est pas son travail journalier. On devient ainsi en quelque sorte, comparable au petit insecte de la ruche qui, toute sa vie, ne connaîtra qu'un seul geste indéfiniment répété.

Vous pourriez nous aider à élargir notre horizon quotidien si parmi vos collaborateurs quelques-uns nous apportaient des échos de ce qui se passe tout au moins dans notre voisinage immédiat.

Nous faisons partie de la grande famille des Biologistes. Si nous ne voyons habituellement que le système dentaire humain, il est certain cependant que nous ne pouvons rester indifférents au développement et aux acquisitions de la science de la vie. L'embryologie expérimentale et la génétique, par exemple, influenceront quelque jour notre exercice quotidien. Les savants vont disposer de grossissements inespérés avec le microscope électronique. La pathologie des chromosomes fera d'immenses progrès. Chacun suivant ses goûts et sa culture se penchera plutôt vers tel problème. Les chirurgiens-dentistes ne devraient pas rester en arrière dans cette marche vers le progrès. Il faut les aider à connaître et à comprendre les acquisitions modernes de la biologie.

Mais comme je vous le disais au début de cette lettre, ce sont gens très occupés. Les gros traités ne sont quelquefois que d'indigestes compilations bourrées d'une érudition fastidieuse et encombrante. De temps à autre apparaît un petit livre qui permet d'embrasser dans un raccourci synthétique tout l'ensemble d'un vaste mouvement scientifique. Ce sont de tels écrits que j'aimerais connaître, afin de voir un peu ce qui se passe derrière la muraille qui nous enferme. En regardant travailler le voisin, on peut certainement apprendre beaucoup et qui sait, il n'est pas défendu de penser que de temps à autre, notre voisin pourrait lui aussi, bénéficier de notre esprit de curiosité. A. B.

Réponse :

Mon cher Confrère,

Votre lettre a été lue à la dernière réunion du Comité de Rédaction de notre journal et a suscité un vif intérêt.

Le souci qui vous hante est tout à fait louable. L'art dentaire, comme toutes les pratiques basées à la fois sur la science et sur la technique, évolue. C'est parce que l'on a appris à couler les métaux que les aurifications ont été remplacées par les inlays. C'est parce que la chimie des métaux a fait des progrès que l'emploi de certains matériaux est devenu possible.

Si les confrères de la génération précédente étaient restés trop strictement cantonnés dans leur pratique journalière, notre profession n'aurait pas perfectionné ses méthodes et ses techniques.

Comme vous le dites fort justement, le chirurgien-dentiste, comme le médecin, comme le vétérinaire, comme le naturaliste, est un biologiste. Tout ce qui touche à la science de la vie en général ne peut lui être indifférent. Vous pensez aux chromosomes et à la génétique, peut-être sera-ce un de nos confrères qui découvrira quelque jour le secret placé dans les gènes ; des malformations, des dystrophies ou des malpositions dentaires.

Nous ne manquerons donc pas d'encourager votre désir d'être renseigné sur les acquisitions scientifiques confirmées tout au moins en ce qui concerne les sciences biologiques.

Dès maintenant un excellent petit livre est à retenir et qui ne peut manquer de vous intéresser. Il est intitulé : *Les Etapes de la Biologie*, par le Prof. Maurice Caullery, Membre de l'Institut (*Presses Universitaires de France*, 108, boulevard St-Germain, Paris). Vous y trouverez, sous une forme très condensée, toute l'histoire de la biologie depuis les Grecs jusqu'à nos jours.

Des références bibliographiques nombreuses vous aiguilleront vers telle question que vous désireriez approfondir.

La compétence de l'auteur donne à ce petit livre très substantiel une valeur documentaire de premier ordre, ses jugements sont exprimés avec modération et sont toujours motivés ; ils sont exempts de tout esprit de partialité. Savant réputé, M. Caullery n'hésite cependant pas à écrire que beaucoup de questions sont encore sans réponse. C'est véritablement un excellent petit livre de chevet ; plus passionnant qu'un roman, mais il y manque un dénouement, c'est parce que beaucoup d'esprits curieux s'intéresseront à ces questions que peut-être dans un avenir lointain, nous verrons s'esquisser quelque réponse à l'éternel « Que sais-je ». L. S.

Mme Ch. A..., à Nantes :

Si nous avons bien compris votre question, il s'agirait d'une **fracture de dent à tube scellée en position inversée sous un bridge** ; la porcelaine étant en contact avec la gencive, et la partie cuspidienne recouverte de métal.

La porcelaine fracturée en deux parties égales, une vestibulaire et l'autre linguale, il ne resterait donc plus que le pivot de la dent à tube plongeant dans le vide.

En ce cas, nous ne voyons pas d'autre raison pour expliquer l'accident, que rendre responsable l'insuffisance de dureté de l'or employé et conséquemment le défaut d'épaisseur de métal protégeant la portion cuspidienne de la dent à tube.

Sans desceller le bridge, il vous sera possible de faire une réparation suffisante en réutilisant les deux fragments de porcelaine.

1° Le fragment vestibulaire étant taillé avec un disque de vulcarbo plat, double face, sur chacune des *faces proximales* créant un sillon dans lequel pourra venir se loger un mince fil de platine dur de 6/10e. Ce fil aura une longueur suffisante pour être plié en « anse de panier » ; les deux extrémités viendront se loger dans les sillons latéraux de la dent ; l'élasticité du fil et la friction le maintiendront ainsi en place durant le *soudage de ce fil à la porcelaine* au moyen du four électrique et d'un jus crémeux de porcelaine qui peut être à basse fusion.

La cuisson effectuée, l'anse de panier en platine est sectionnée à son sommet et les branches redressées.

2° Le fragment lingual sera entaillé de même, en correspondance avec la position des fils métalliques de la portion vestibulaire ; mais l'entaille se poursuivra sans interruption d'une face proximale à l'autre, contournant le dos de la dent. Ainsi, la mise en place pourra être réalisée autour du pivot, les fils de la face vestibulaire repliés dans les rainures de la face linguale maintenant ainsi deux flasques de porcelaine entourant le pivot.

Il conviendra de soulager l'occlusion par un meulage du ou des cuspides antagonistes.

La même réparation évidemment peut être effectuée en remplaçant les fragments de porcelaine par des éléments en résine synthétique.

AVIS

Assurances Automobiles

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos Membres que nous avons obtenu d'une excellente Compagnie d'Assurances des conditions **très intéressantes** pour les Membres du Groupement de l'**Ecole Dentaire de Paris et de l'Association Générale des Dentistes de France** qui ont à souscrire une police automobile :

1° Réduction importante sur le Tarif Syndical dès la première année ;

2° Bonification supplémentaire les années suivantes s'il n'y a pas de sinistre.

Assurances Week-End et Vacances

Tarification spéciale et très réduite pour ceux qui n'utilisent leur voiture que pour la promenade et circulent seulement les samedis, dimanches et lundis, les veilles, jours et lendemains de fêtes légales et pendant un mois de vacances.

Assurances Individuelles

Une police Individuelle-Accidents conçue spécialement pour les Chirurgiens-Dentistes, garantit des indemnités importantes qui, en cas de mutilation de la main ou du pouce par exemple atteignent 100 % du capital assuré.

* * *

Les Membres, désirant profiter de ces avantages, peuvent s'adresser au Bureau du Journal, soit directement, soit par lettre.

NOUVELLES

Distinction Honorifique. — Le Général de Corps d'Armée Chouteau, commandant la IVe Région Militaire, cite à l'ordre de la Division, comportant attribution de la Croix de guerre avec étoile d'argent, le Sous-Lieutenant F. F. I. Jean Boursier : « Officier, le 26 août 1944, en embuscade « aux environs de Belleville avec son groupe, a surpris un convoi ennemi « et a fait prisonnier trois allemands, dont un Feldwebel, récupérant ainsi « tous les paquetages d'une compagnie allemande, permettant au maquis « de s'équiper correctement. Le Sous-Lieutenant Boursier qui, de son « emploi civil, chirurgien-dentiste, devait normalement s'occuper du « Service de Santé, a toujours refusé cet emploi pour appartenir au Corps « franc. Doué d'excellentes qualités physiques, il sut par son courage et « son intelligente clairvoyance se faire attribuer des missions importantes « et dangereuses qu'il sut toujours mener à bien. »

Nous adressons à notre confrère Boursier, démonstrateur à l'Ecole Dentaire de Paris, nos chaleureuses félicitations.

Livre reçu. — Troisième Congrès annuel de l'Association des Chirurgiens-dentistes Indépendants, du 9-12 mai 1946, sous la présidence de M. le Prof. R. Huguenin, de la Faculté de Médecine de Paris, Médecin chef de l'Institut du Cancer.

Mariages. — Le mariage de M. Roger Fayolle, chirurgien-dentiste, à Bédarieux, membre de notre Groupement, avec Mlle Colette Cauvy, a été célébré le 24 avril 1947.

Le mariage de M. Jean Gaston, chirurgien-dentiste, à Soissons, ancien élève de l'Ecole Dentaire de Paris, avec Mlle Jacqueline Lupette, a eu lieu le 24 avril 1947.

Le mariage de M. Georges Polak, étudiant en chirurgie dentaire à l'Ecole Dentaire de Paris, avec Mlle Bella Staw, a eu lieu le 8 mai 1947.

M. Morésoli, chirurgien-dentiste et Mme, tous deux anciens élèves de l'Ecole Dentaire de Paris, nous ont fait part du mariage de leur fille Françoise, avec le Capitaine Donald Hunter, de la Royal Air Force, célébré dans la plus stricte intimité le 26 avril 1947.

Nos félicitations et vœux de bonheur.

Naissances. — M. Serge Gateiller, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, et Mme, nous ont annoncé la naissance de leurs fils Alain et Patrice.

M. P. Dutheuil, étudiant en chirurgie dentaire à l'Ecole Dentaire de Paris, et Mme, nous ont fait part de la naissance de leur fille Marie-Christine, le 12 mars 1947.

M. G. Préaux, chirurgien-dentiste, ancien élève de l'Ecole Dentaire de Paris, et Mme, nous ont annoncé la naissance de leur fille Anne-Marie, le 18 mars 1947.

M. Lauvray, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, et Mme, nous ont fait part de la naissance de leur fils Jean, le 29 mars 1947.

M. Gross, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, et Mme, nous ont annoncé la naissance de leur fille Danielle, le 2 avril 1947.

M. Pignolet, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, et Mme, nous ont fait part de la naissance de leur fils Jean-Marc, le 13 avril 1947.

M. J. Alasseur, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, et Mme, nous ont fait part de la naissance de leur fils Christian, le 18 avril 1947.

Nous avons le plaisir d'apprendre la naissance de Jean-Daniel, fils du Dr Jean-Charles Aye, Chef de Clinique à l'Ecole Dentaire de Paris et de Mme, née Baudart ; et petit fils de M. Charles Aye, Président du Comité National d'Hygiène Bucco-Dentaire.

Nos sincères félicitations.

Notre confrère, M. A. Chazerand, nous fait part d'un certain nombre de faits le concernant : 1° Il a été reçu le 5 juillet 1945 Docteur en Médecine à la Faculté de Paris ; 2° Nommé Dentiste-Capitaine le 25 septembre 1945, il a été muté comme Médecin-Capitaine à la même date ; 3° Il nous annonce son mariage avec Mlle Christiane Bouvelot, célébré à Cannes, le 25 avril 1947.

Une ombre à ce tableau, M. le Dr Chazerand a eu la douleur de perdre son père, M. A. Chazerand, le 20 avril 1946.

Nous présentons à notre confrère nos bien sincères condoléances pour le deuil qui l'a frappé et nous le félicitons pour la série d'heureux événements qui sont venus lui apporter une heureuse compensation.

Nécrologie. — M. Robert Martin, chirurgien-dentiste à Soissons, membre du Conseil d'Administration de l'Association Générale des Dentistes de France a été éprouvé par la mort de son père, M. Charles Martin, Pharmacien honoraire, décédé le 14 mai 1947, dans sa 85e année.

Nous prions notre confrère de trouver ici l'expression de nos sincères condoléances.

1947

CARTE DE PRIORITÉ PHARMACEUTIQUE

Spécialisés depuis plus de vingt-cinq 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 1947

Les Laboratoires du Docteur P. ROLLAND vous informent que vous pouvez leur adresser directement les CARTES DE PRIORITÉ, au besoin par lettre recommandée, à leur dépôt,

127, Bd Saint-Michel, PARIS-5e

Pour tous renseignements, s'adresser aux

Laboratoires du Docteur Pierre ROLLAND

127, Bd St-Michel, PARIS-5e - Odéon 22-01

Parmi les matériaux utilisés en Art Dentaire, les plâtres occupent une place primordiale

LES ÉTABLISSEMENTS

Poliet & Chausso

présentent

TROIS PLATRES pour empreintes

AZUR - BUCCOFIX - BUCCOSOL

deux plâtres extra-durs

MOULEDUR - NÉO-MOULEDUR

et leur plâtre à mouler

" LE CYGNE "

qui, utilisés selon le mode d'emploi spécial à chacun offrent le maximum de garantie

DEMANDEZ-LES A VOTRE FOURNISSEUR

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

NOTE SUR LA TOLÉRANCE DES PROTHÈSES COMPLÈTES

NOTA SOBRE LA TOLERANCIA DE PROTESIS COMPLETA | NOTE ON THE TOLERATION OF COMPLETE PROTHESIS

Par le Dr J. DÉLIBÉROS,
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.

(*Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le* 15 *avril* 1947)

616.314 089.28

Chacun de nous a pu observer combien sont différemment tolérées les prothèses complètes que nous sommes amenés à placer dans la bouche de nos patients. Alors que pour la plupart d'entre eux ces prothèses sont bien acceptées après les quelques retouches inévitables, il est des cas relativement assez fréquents où, alors même que l'on ne constate pas la moindre ulcération, la plus minime exulcération, la plus discrète rougeur témoignant d'une saillie insolite, il n'en demeure pas moins des phénomènes douloureux qui impatientent et le malade et le praticien.

Au début de cette délicate période de retouches, lorsque notre patience n'est pas encore mise à l'épreuve, nous écoutons volontiers les doléances de nos patients et nous cherchons à y porter remède. Mais peu à peu, notre intérêt s'émousse, nous avons tendance à les considérer comme des imaginaires, des nerveux, des pithiatiques, voire même de mauvais coucheurs qui cherchent par des manœuvres dilatoires à ne pas nous honorer...

Il faut de tout pour faire un monde et sans aucun doute ces catégories existent-elles, mais il convient tout de même d'agir avec prudence avant que d'y faire entrer de force des braves gens qui ne sont pas responsables, et, pour ma part, je ne connais pas d'erreur judiciaire plus regrettable que celle qui consiste à ne pas reconnaître une douleur qui existe vraiment au nom d'un empirisme psychologique ou, peut-être, nous ne sommes point parfaits, d'un certain égoïsme.

« *Les algohallucinoses sont rares, la plupart de ceux qui souffrent, souffrent pour une cause locale et allinguible* », dit le Professeur LERICHE dans l'admirable préface de son livre sur la douleur ; plus loin, il assure aussi que les « dentistes ne sont plus cruels du tout ». Ne faisons point mentir le Professeur LERICHE qui est juste et bon pour nous !

Or, donc, *quels facteurs sont responsables* de ces douleurs occasionnées par le port d'une prothèse, alors même qu'elle ne blesse pas ?

Eliminons le cas des appareils établis à la suite d'*extractions récentes*, dans lequel la cicatrisation alvéolaire n'est pas terminée, où il existe des proéminences osseuses qui font que la muqueuse se trouve prise entre deux corps durs.

On a invoqué et, semble-t-il, avec raison, le *rôle de la pression* exercée au moment de la prise d'empreinte. Et sans doute, le fait d'employer un plâtre trop liquide ou trop dur, une composition trop fluide ou trop résistante, a-t-il une importance considérable sur la tolérance mécanique ultérieure de la prothèse.

Un autre élément, et non des moindres, est relatif à la *qualité physique du matériel employé* pour la confection de la plaque-base, et l'on peut ici parler d'*intolérance* au sens médical, sinon dermatologique du terme, entendant par là que certaines muqueuses sont susceptibles d'être irritées par le contact d'une substance donnée alors qu'elles ne le sont point par d'autres, en dehors de tout facteur mécanique.

A cet égard, il nous vient à l'esprit l'observation caractéristique d'un de nos patients, un médecin, auquel nous avions fait un appareil du type papillon en acier inoxydable ; il avait parfaitement toléré antérieurement un appareil provisoire en vulcanite... Dès les premiers jours de la pose de l'appareil définitif, on constate une modification de l'aspect de la muqueuse en contact avec l'acier ; cette dernière est hyperhémique, semble vernissée et incontestablement douloureuse. Le facteur mécanique n'est pas à retenir. S'agit-il de la formation de courants galvaniques ? Mais on ne peut valablement s'arrêter à cette explication... Alors ? Alors, au hasard de nos bavardages, je prononce le mot de chrome-nickel... et nous apprenons qu'à l'occasion d'un traitement qu'il a dû subir quelques années auparavant et qui comportait un appareillage en métal chromé, notre patient avait fait un accident assez sérieux d'intolérance au chrome. Nous décidons alors de remplacer l'appareil en acier par un appareil en or. Pas la moindre modification de la muqueuse ne survient, pas la moindre douleur n'est accusée. Il était trop tentant de ne pas faire la contre-expérience ; elle est venue confirmer la susceptibilité de notre patient vis-à-vis du chrome.

Mais il existe des cas où il n'est pas possible d'incriminer ces divers facteurs, *des cas* dans lesquels, après avoir éliminé les causes les plus diverses, nous voyons inlassablement revenir nos malades

pour d'imaginaires retouches, ils se plaignent, non pas de douleurs violentes, encore que cela arrive, mais plutôt de gêne douloureuse au moment des repas ; nous cherchons en vain un indice, un léger défaut d'articulation, le pincement possible d'un repli muqueux, une rugosité anormale, que sais-je ? Et nous ne trouvons rien.

C'est à ce moment, lorsque ce n'est pas plus tôt, que, forts de notre conscience et de notre expérience, nous déclarons forfait et que nous classons définitivement notre patient dans une catégorie acceptée sous un vocable que la bienséance m'interdit de préciser.

Eh bien, je pense que ces cas extrêmes sont de nature à *retenir notre attention*, et cette courte note n'a d'autre intérêt que de vous suggérer une thérapeutique qui m'a rendu service dans cet ordre d'idées.

Parlant du diagnostic des névralgies trigemellaires dans ses leçons au Collège de France, le Professeur LERICHE fait allusion à la *névralgie mineure*, et il isole un syndrome d'algies du rebord alvéolaire, survenant chez les vieilles gens, qui ne sont pas des névralgies du trijumeau pas plus qu'une algie de la main n'est une algie du médian ; ce sont des douleurs localisées, périphériques. « Je crois, poursuit LERICHE, que ces douleurs ne sont justiciables que de la résection du bord alvéolaire. Quand on examine avec soin les gencives de ces malades, on voit que la muqueuse y est trop courte pour le volume de l'os, cependant atrophique, qu'elle recouvre. Elle est tendue sur lui comme sur un chevalet, sans souplesse. La sensibilité y est exacerbée. Tout contact y est intolérable. Le port d'un appareil, la mastication sont très difficiles. Le mieux est de reséquer assez d'os pour que la muqueuse retrouve sa souplesse ».

Ces constatations sont extrêmement intéressantes, *mais pour nous qui voyons tant de maxillaires édentés, il ne nous semble pas que l'explication que donne* LERICHE *soit valable pour tous les cas.*

Que, pour certains d'entre eux, cette tension de la muqueuse atrophique puisse être invoquée, c'est possible, mais nous n'avons pas l'impression qu'elle soit habituelle. Que la muqueuse soit atrophique, nous le voulons bien, mais que dire de l'os sous-jacent, résorbé au point que toute crête a disparu dans nombre de cas qui nous intéressent ! Par ailleurs, les cas d'intolérance observés surviennent tout aussi bien chez des sujets relativement jeunes et chez lesquels la fibro-muqueuse gingivale est très étoffée.

La thérapeutique qui découle des constatations de LERICHE, à savoir la résection du bord alvéolaire, peut de même avoir un intérêt dans certains cas et nous n'avons pas l'autorité d'en discuter l'indication dans ce qui l'occupe. Notre souci, notre but, sont plus modestes puisqu'il s'agit de rendre tolérable le port d'un appareil prothétique et c'est ce qui nous conduit à recourir à une thérapeutique moins radicale en nous inspirant de ces admirables travaux de LERICHE sur *les sympatalgies que l'on observe dans les moignons d'amputation.*

Nous ne pensons pas qu'il soit insensé d'assimiler les maxillaires édentés à ces moignons. Dans le cas des moignons d'amputation, les douleurs sont dues, dit LERICHE, « à des névromes normalement constitués sur la tranche de section des nerfs ».

Songe-t-on à ce que représente, du point de vue section de nerfs, tiraillement de nerfs, élongation de nerfs, l'avulsion de trente deux dents auxquelles il convient d'ajouter les multiples, inévitables et habituelles fractures des bords alvéolaires...

Sur le plan thérapeutique, LERICHE est affirmatif : « en aucun cas, il ne faut réamputer, même si le moignon n'est pas correct. La douleur ne tient pas à l'habillage du moignon, ni au manque d'étoffe, ni à la forme de l'os. Elle nait au niveau d'une cicatrice nerveuse : toute nouvelle amputation en recréera une identique... »

Et il conseille l'infiltration novocaïnique.

Le manuel opératoire est simple et tient en deux lignes : on injecte dans la fibro-muqueuse, deux, trois, quatre centimètres cubes de novocaïne sans adrénaline ;

Dans quatre cas d'intolérance, trois au maxillaire inférieur, un aux deux maxillaires, le résultat a été immédiat et s'est confirmé depuis quatre ans pour l'un d'entre eux. Dans une autre observation, il a été nécessaire de pratiquer une seconde, puis une troisième infiltration.

« Pourquoi ? comment ? agissent ces infiltrations, dit LERICHE ; je ne sais pas. Peut-être par fixation temporaire des éléments nerveux par l'anesthésique... Le résultat importe plus que l'explication. »

Resumen

Ciertas prótesis son mal toleradas.

Es raro que no haya una causa más ó facil a identificar.

Algunes veces, es una intolerancia á ciertos metales (niquel-chromo).

Se debe retener la asimilacion de los maxilares desdentados y los muñones de amputacion de mienbros, factores de névromas normalmente constitudos sobre el corte de sección de los nervios.

El profesor Leriche aconseja como tratamiento la infiltración de novocaina.

En 4 casos, 3 en el maxilar inferior, 1 en los dos maxilares, el resultado a sido inmediato y se ha confirmado desde hace cuatre años.

En otre caso á sido necesario dos infiltraciones más.

Summary

Certain prosthesis are badly tolerated.

It is seldom that the cause cannot be more or less easily determined. —Sometimes certain metals are not tolerated (nickel-chromium).

Should we consider an analogy between the edentulous maxillary bones and the stumps of amputated extremities, resulting in neuromas at the section of the nerves.

Professor Leriche advises novocaïne infiltration as treatment.

In 4 cases, 3 in the inferior maxillary, one on both maxillaries, the result was immediat and has lasted four years.

In another case, two other infiltrations were necessary.

LES LEUCOPLASIES

LOS LEUCOPLASIAS | LEUCOPLASIAS

Par le Dr LEPOIVRE
Stomatologiste des Hôpitaux de Paris

(*Communication à la Société d'Odontologie de Paris, le 5 novembre* 1946).

616.31 002.189

Avant de vous parler des leucoplasies, je voudrais remercier votre Bureau qui m'a aimablement invité à venir parmi vous ce soir. J'ai accepté avec d'autant plus d'empressement que j'étais sûr de retrouver parmi vous de nombreux camarades et d'anciens amis.

J'ai choisi comme sujet les leucoplasies parce qu'il s'agit là d'un problème courant ; il ne se passe pas de jour où nous ne soyons mis en présence de ces plaques blanches d'aspect et de siège variable, qui posent un diagnostic parfois embarrassant. Il est souvent difficile d'en préciser l'étiologie ; quant à leur traitement, il reste dominé, d'une part, par la hantise d'une dégénérescence maligne et, d'autre part, par le désir de faire disparaître cet état précancéreux de la muqueuse buccale.

Qu'entend-on par leucoplasie ?

Cliniquement les leucoplasies sont des plaques plus ou moins blanches ; les unes sont caractérisées par une simple opalescence de la muqueuse, d'autres sont surélevées et rugueuses, certaines même sont exubérantes d'aspect verruqueux.

Le siège des leucoplasies est éminemment variable ; on les trouve surtout à la langue, la face interne des joues et des lèvres, exceptionnellement au palais et au voile.

Les conditions d'apparition des leucoplasies sont aussi dissemblables que leur aspect et leur siège.

Elles peuvent être liées à la syphilis, un traumatisme, une irritation buccale, professionnelle, tabagique, dentaire, etc...

Pourquoi réunit-on sous le même nom des affections aussi disparates ?

Parce qu'elles présentent toutes les mêmes lésions anatomopathologiques : hyperkératinisation de l'épithélium avec sclérose du derme sous-jacent. La kératinisation peut être légère et la sclérose du derme intense ; dans certains cas, c'est le contraire, l'hyperkératinisation est intense et la sclérose minime.

Nous verrons comment nous pourrons interpréter ces différentes formes au moment du diagnostic étiologique.

Le polymorphisme clinique explique que les leucoplasies ont été diversement interprétées par les auteurs. Bazin appelait la leucoplasie psoriasis buccal, d'autres auteurs l'appelèrent ichtyose linguale ; on en fit ensuite une manifestation locale d'une dermatose généralisée, puis une lésion strictement syphilitique.

Si avec les classiques on en fait surtout une manifestation de la syphilis, il semble qu'il ne faille pas être aussi exclusif. Brocq qui a repris la question ne considère plus la leucoplasie comme une entité clinique mais comme un syndrome objectif qui comprendrait :

La leuco-syphilitique. — La plaque se développant au niveau de la cicatrice d'une lésion syphilitique.

La leuco-traumatique. — En rapport avec une irritation locale.

La leuco-essentielle. — Ne relevant pas des étiologies précédentes, et sur l'existence de laquelle il faut faire des réserves. Son cadre se restreint en effet de jour en jour au fur et à mesure que de nouvelles étiologies sont mises en évidence. Electro-galvanisme locale, carence, etc...

Une notion domine tous ces facteurs étiologiques. Pour qu'une leucoplasie apparaisse, il faut une *irritation*. Au niveau de la bouche, les irritations locales sont multiples.

Le tabac irrite la muqueuse buccale par la nicotine et la chaleur de sa colonne de fumée.

Les dents au moment de leur évolution, quand elles sont délabrées, quand elles sont entourées de tartre, sont autant de causes irritatives.

Il en est de même des appareils de prothèse mal ajustés, des tabliers de bridges mal articulés, des crochets de prothèse mal appliqués, etc...

Certains irritants alimentaires comme l'alcool, le vinaigre, les épices ne sont pas à négliger.

Certaines irritations sont d'ordre professionnel comme chez les souffleurs-verriers et les musiciens qui se servent d'instruments à vent.

Enfin, certaines affections semblent rendre la muqueuse buccale plus sensible aux irritations externes : la glossite exfoliatrice marginée, la langue scrotale, certaines carences, en particulier en vitamine A (la vitamine A est une vitamine entrophique des muqueuses). A ces causes d'irritation locales, il faut ajouter les causes générales provoquant une irritation de la muqueuse comme la dyspepsie, la cachexie, l'arthritisme et, en premier lieu, et avant toutes les autres la *syphilis* qui, par son action sclérogène, constitue un point d'appel à l'apparition de la leucoplasie.

Un seul des facteurs énumérés peut suffire mais il est rare que l'on n'en rencontre pas plusieurs associés et la gravité de la leucoplasie serait due à la somme des diverses causes. La simple plaque de leucoplasie d'un fumeur sera peu marquée. Si elle apparaît chez un arthritique elle sera plus nette. Si enfin le sujet est syphilitique les lésions seront plus marquées et elles devront être surveillées d'autant plus étroitement quant à leur évolution.

Cliniquement, la leucoplasie débute insidieusement ; il n'y a ni signes généraux ni troubles fonctionnels.

Le début est marqué par une macule rouge surélevée, par-

semée de granulations plus foncées ; au niveau de la langue les papilles peuvent être augmentées de volume. Ce stade hypertrophique peut d'ailleurs manquer ; *à la période d'état* la muqueuse est épaissie, a perdu sa transparence. Pour bien examiner cette plaque il est nécessaire d'avoir un bon éclairage et d'essuyer avec une compresse la lésion de façon à faire disparaître toute trace de salive qui en irisant la lumière modifie l'aspect de la plaque.

Cet aspect est variable suivant l'épaisseur, la forme et l'étendue, le siège de la leucoplasie.

Ce peut être une simple couche bleuâtre qui, à la loupe, montre un épithélium dépoli ayant perdu sa transparence.

Ce peut être une plaque blanche nacrée, unie ou plissée, ridée, présentant l'irrégularité, donnant l'aspect de gâteau de miel ou de langue de chat.

A la langue, la leucoplasie prend souvent l'aspect de deux bandes symétriquement disposées de chaque côté de la ligne médiane, dans les cas intenses, elle peut former une véritable gangue qui recouvre complètement l'organe.

Aux commissures labiales, la leucoplasie revêt l'aspect d'un triangle dirigé en arrière et correspondant à l'interligne dentaire.

A la face interne des joues, les plaques sont souvent bien limitées et coupées de sillons profonds.

Les signes fonctionnels sont souvent inexistants ; on peut cependant observer une hyperesthésie provoquée par des irritants tels que l'alcool et le tabac ; quelquefois la langue entière est douloureuse et donne la sensation de langue échaudée. La langue peut être épaisse, maladroite, d'où des paroles malhabiles.

Des signes de voisinage peuvent exister. A la langue il y a toujours un certain état de glossite ; la langue est volumineuse, les vaisseaux dilatés, en particulier la veine ranine qui est souvent variqueuse. Il n'y a jamais de ganglions.

L'évolution est torpide mais des poussées aiguës évolutives peuvent survenir. L'extension brutale en surface est marquée par une augmentation de la surface de la plaque et surtout par la présence à la périphérie de celle-ci d'un liseré rouge vif : le liseré de Schwimmer. Hormis les poussées aiguës, l'évolution est très lente ; on observe simplement une desquamation constante qui peut être fine, furfuracée ou bien plus importante par petits lambeaux ou véritables lamelles.

La dékéralinisation est un phénomène anormal. On voit de gros blocs épithéliaux se détacher. Ceci se produit soit quand la lésion guérit spontanément, ce qui est exceptionnel, soit quand elle se transforme en tumeur maligne.

La durée de la leucoplasie est pratiquement illimitée et à tout moment peuvent apparaître des complications.

La fissuration survient quand l'épithélium s'est atrophié, aminci pour devenir plus rosé. La fissure s'installe rapidement

sur cet épithélium induré. Cette fissure s'infecte et rend la plaque douloureuse. Une telle leucoplasie se transforme rapidement en tumeur maligne.

La *transformation maligne* n'est pas rare. Des discussions ont eu lieu pour savoir si le cancer était un accident ou un mode de terminaison de la leucoplasie. Pour certains, ce serait un accident parce que l'épithélioma naîtrait toujours au pourtour de la plaque. Pour d'autres ce serait le stade ultime de la leucoplasie. Cette manière paraît plus vraisemblable parce que l'anatomo-pathologie montre tous les intermédiaires entre la plaque et le cancer

La transformation commence par une kératinisation de la plaque accompagnée d'une élevure papillomateuse, circonscrite, lenticulaire souvent entourée d'un ourlet kératosique. L'induration s'étend en surface pendant quelques semaines avant de gagner la profondeur, ce qui fait que l'intervention hâtive est souvent efficace.

Plus rarement le développement se fait d'emblée en profondeur, au niveau d'une crevasse qui présente une induration profonde, ligneuse et circonscrite. Ici, l'intervention est rarement assez précoce.

Le *diagnostic différentiel* de la leucoplasie doit être fait avec tous les états blancs de la bouche et l'épithélioma de la muqueuse buccale. Il faut éliminer d'abord la sclérose superficielle. *La sclérose superficielle* a un aspect moins bleuté moins opaque, elle donne plutôt l'impression d'un vernis transparent tandis que la leucoplasie donne plutôt l'aspect d'un enduit. La sclérose est en général plus étendue et parcourue de sillons profonds.

Le lichen plan est très important à différencier. Il se présente sous forme de traînées blanches irrégulières formées de stries parallèles ou se coupant de façon à former un réseau qui présente aux points de jonction des éléments nodulaires d'où l'aspect classique de feuilles de fougère.

Le lichen plan siège plus particulièrement au pourtour de la dent de sagesse inférieure ; il s'accompagne souvent de lichen plus cutané.

La glossite exfoliatrice marginée, affection non syphilitique *mobile* caractérisée par des éléments en cocarde et des grandes plages à contour circiné géographique, située sur les bords de la langue.

La glosso-stomatite de Brocq, desquamation persistante se produisant surtout aux lèvres. La muqueuse est opaline et tuméfiée, surtout au niveau de l'interligne interdentaire.

La glossite des cachectiques, seules les parties blanches recouvertes d'un enduit pseudo-membraneux peuvent donner le change ; mais cet enduit se détache facilement et on note la présence de ganglion.

La transformation épithéliomateuse. — En présence de toute lésion douteuse, il faut faire avant tout traitement une biopsie qui fournit une réponse formelle dans les vingt-quatre heures.

Histologiquement on peut dire dans une leucoplasie que l'épithélium a pris un aspect corné. Au point de vue *épithélial*, la couche épithéliale est doublée ou triplée d'épaisseur. Les papilles ont disparu et des digitations épithéliales s'enfoncent dans le derme, d'où le nom d'hyperacanthose.

Au point de vue *conjonctif* le derme est atteint d'une panvascularité intense ; on y trouve de nombreuses fibres collagènes.

Les rapports entre les lésions conjonctives et épithéliales ont été diversement interprétés. Pour les uns, la sclérose est secondaire à la lésion épithéliale. Pour les autres, la sclérose est primitive.

En réalité, la leucoplasie étant un syndrome, il semble qu'il faille distinguer les leucoplasies de *causes externes* qui débuteraient par une hyperplasie de l'épithélium et les leucoplasies *de causes internes*, qui débuteraient par des lésions dermiques, la sclérose du derme entraînant la kératinisation de l'épithélium.

Quant à la présence de globes cornés, elle témoignerait de la tendance des leucoplasies à évoluer vers l'épithélioma. MILLIAN nie la présence de ces globes cornés. Existeraient-ils d'ailleurs qu'ils n'auraient pas de valeur pronostique. Il est des papillomes cornés qui ne sont pas voués à la dégénérescence et des leucoplasies sans globes cornés qui dégénèrent.

La présence de globes cornés n'est pas un signe de malignité. Seule l'association mitose atypique, effondrement de la basale et inflammation du chorion affirme la dégénérescence.

Lorsque l'on est sûr cliniquement et histologiquement que l'on est en présence d'une leucoplasie vraie qui n'est pas en voie de dégénérescence, reste à faire un diagnostic étiologique précis ; c'est la seule façon d'instituer un traitement rationnel. On doit d'abord penser à la syphilis ; on recherchera celle-ci par l'interrogatoire, l'examen clinique, les réactions sérologiques. Il faut discuter ensuite les *leucoplasies traumatiques*. Les *leucoplasies d'origine dentaire* ou prothétiques sont toujours en rapport avec le traumatisme qui leur a donné naissance ; il faut savoir que ce dernier a pu disparaître depuis peu de temps et que la leucoplasie continue à évoluer pour son propre compte.

Les leucoplasies tabagiques n'atteignent jamais les lèvres et la langue, elles restent confinées aux environs de la commissure sous forme d'un triangle à base antérieure et sommet postérieur situé le long de l'interligne dentaire. La leucoplasie tabagique est peu accentuée, opaline, légèrement quadrillée comparable sous bien des aspects au jaunissement des doigts par la cigarette ; c'est une sorte de tannage de la muqueuse comme le dit M. MILLIAN. Elle n'a rien de l'irrégularité de la leucoplasie syphilitique distribuée au hasard des lésions syphilitiques du derme.

Les leucoplasies professionnelles des souffleurs-verriers sont des arborescences autour du canal de Sténon, de teinte laiteuse ; l'épiderme est ridé, plissé, mais non ulcéré et la desquamation s'y fait par de véritables lamelles.

On pensera enfin aux leucoplasies électro-galvaniques en recherchant le polymétallisme buccal. On n'oubliera pas enfin que certaines affections : dyspepsies, carences, comme certains états locaux sont autant de causes favorisantes.

Traitement. — Il est fonction du diagnostic étiologique.

Le traitement *antisyphilitique* n'est de mise que si la leucoplasie est reconnue de nature syphilitique et s'il n'y a pas de crainte de dégénérescence maligne. Le traitement sera de longue durée car on ne peut en attendre un bénéfice immédiat et constant.

Que la leucoplasie soit syphilitique ou non, on supprimera toutes les irritations dentaires, prothétiques, électro-galvaniques, alimentaires, tabagiques, etc...

Localement, il faut calmer et ne pas irriter. Calmer par des collutoires salicylés, des bains de bouche à l'eau de Saint-Christeau, de la Bourboule, de Vichy. Eviter les caustiques (acide chromique, nitrate d'argent.) qui n'améliorent que momentanément et rendent la lésion douloureuse.

Au point de vue général on se trouvera bien de donner un traitement général arsenical. Liqueur de Fowler, par exemple. L'administration de vitamine A semble donner de bons résultats.

Localement, lorsque la lésion est étendue avec des symptômes fonctionnels accusés ; qu'elle reste irréductible malgré la suppression de l'agent causal, on peut employer la haute fréquence, l'électro-coagulation. Lortat-Jacob a vanté les mérites de la neige carbonique. Personnellement, la radiothérapie de contact nous a donné de bons résultats. Quant à la décortication chirurgicale de Morestin elle doit être réservée aux formes qui englobent la langue comme d'une véritable gangue, elle consiste en une exérèse complète de la plaque avec le derme sclérosé sous-jacent.

Ainsi, les moyens thérapeutiques à notre disposition sont multiples. Ceci n'est pas pour nous étonner étant donné le polymorphisme clinique des leucoplasies ; choisir le moyen thérapeutique rationnel en présence d'un syndrome comme une leucoplasie reste une question de bon sens clinique.

Le problème thérapeutique est le même chaque fois que l'on est en présence d'un syndrome, qu'il s'agisse de la pyorrhée ou des stomatites.

Il n'y a pas de panacée thérapeutique. Seule une thérapeutique raisonnée étagée sur un diagnostic précis qui aura mis en évidence les différents facteurs étiologiques nous permettra de choisir le ou les moyens thérapeutiques les plus appropriés.

Resumen

Estudio etiológico, anatomía patológica, clínica (sintomatológica).
Diagnostico diferencial.
Evolución y tratamienta.

Summary

Etiological study, pathological, anatomy, clinical (symptomatology).
Differential diagnosis.
Evolution and treatment.

UN CAS DE NÉVRALGIE SYMPTOMATIQUE

UN CASO DE NEURALGIA SINTOMATICA | A CASE OF SYMPTOMATIC NEURALGIA

Par le Dr CORBEIL,
Assistant de Stomatologie des Hôpitaux

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le 15 avril 1947, par M. Hourdin, Étudiant à l'École Dentaire de Paris).

616.833.154.6 0097

Dans cet amphithéâtre de l'Ecole Dentaire de Paris, où, en qualité d'élève de cinquième année, je me trouve habituellement assis sur ces bancs pour suivre les cours et les conférences de mes professeurs, je me sens assez ému, ce soir, d'être à cette place et devant eux pour présenter une observation clinique.

Je tiens, tout d'abord, à remercier mon maître, le Dr CORBEIL, de l'honneur qu'il m'a fait en me sollicitant pour venir présenter cette communication devant la Société d'Odontologie de Paris.

En rappelant cette courte observation, nous ne faisons qu'ajouter notre pierre à l'édifice important des algies symptomatiques d'origine périphérique si magistralement mises en lumière par le Dr LERICHE et son école.

Le 26 octobre 1946, le soldat L..., âgé de 21 ans, se présente dans le Service de Stomatologie de l'Hôpital Bégin après avoir fait le tour de presque tous les autres services.

Il vient nous voir sans grande conviction et plutôt pour compléter son périple hospitalier, n'ayant jamais eu « mal aux dents » !

Le malade, qui souffre, qui est frappé moralement, nous raconte, en vieil habitué, son histoire, qu'il connaît fort bien.

Il se plaint de douleurs très vives, irradiant à toute l'hémiface gauche, revêtant une intensité toute particulière au niveau du maxillaire inférieur gauche.

Ces douleurs s'accompagnent d'otalgies. L'intensité de ses souffrances est très vive, amenant le malade à vivre véritablement dans l'angoisse.

Se greffant sur un fond lancinant, ces douleurs surviennent par crises... mais leur fréquence est très variable. Leur durée est de une heure environ et suivie d'anxiété prolongée.

Ces accès s'accompagnent de troubles sympathiques vasomoteurs et secréteurs : rougeur et paleur alternées, et larmoiement.

N'assistant pas à un début de crise, nous ne pouvons voir si celui-ci s'accompagne de spasmes ou de contractions musculaires.

L'examen superficiel ne révèle aucune modification de forme ni de couleur.

La recherche de la sensibilité cutanée ne nous apprend rien : les points de Valex sont normaux, le signe de Vincent est absent

Le malade nous apparaît comme très intéressant.

Serions-nous en présence d'une névralgie faciale essentielle, du tic douloureux de Trousseau, rarement observé dans sa forme pure ?...

Evidemment, il manque bien quelques éléments au syndrome complet de la névralgie du trijumeau.

En particulier, il semble que le début de l'accès ne revête pas l'intensité terrible, en éclair, décrite par TROUSSEAU.

La crise, en outre, dépasse de beaucoup la minute réglementaire et il n'y a pas d'accalmie totale entre les accès, ceux-ci étant plutôt la forme paroxystique d'une douleur continue et sourde.

La cause provocatrice... le stimulus... également, n'est pas connu du malade.

Notons aussi, comme signes mineurs, que le sujet est un homme jeune (21 ans !) et que ses névralgies siègent à gauche, alors que le plus souvent la névralgie faciale essentielle survient chez les femmes ayant dépassé la quarantaine, et se manifeste plus volontiers à droite.

Nous allions passer à l'examen endobuccal, lorsque, poursuivant notre interrogatoire, nous apprenons que ces douleurs de l'hémiface gauche s'accompagnent de crises névralgiques irradiant à l'épaule gauche.

Un peu déçus par ce corollaire qui nous éloigne de la névralgie faciale essentielle, nous pratiquons l'examen endo buccal.

Le sujet présente une denture apparemment parfaite, aucune carie visible.

Toutefois, un examen méticuleux à la sonde fine, révèle une fissure dans le sillon intercuspidien de g6, et en explorant cette fissure, nous avons... j'allais dire le bonheur !... de déclencher l'accès, avec tous les signes notés plus haut... : troubles vasomoteurs, rougeur, larmoiement... et *douleur très vive irradiant à la région scapulaire gauche* !

Dès lors, la cause de cette névralgie étant trouvée, il ne nous

restait plus qu'à confirmer le bien-fondé du diagnostic, par la valeur du traitement.

Le sillon de g6 a été ouvert largement et nous avons été très surpris alors, de ne trouver qu'une simple dentinite, en réalité peu profonde.

Après application de NO3 Ag, nous obturons avec une simple pâte eugénol-oxyde de zinc, que nous laissons en place une dizaine de jours. Dès le lendemain, le malade est soulagé, les douleurs ont presque disparu et aucune crise n'est survenue.

Au fur et à mesure que les jours passent, le malade perd sa physionomie angoissée des jours précédents et reprend goût à la vie ! Dix jours plus tard le jeune soldat revient nous voir, transformé, et nous manifestant hautement sa satisfaction.

Nous remplaçons alors l'eugénate par une obturation définitive.

Nous avons revu ce malade à la fin du mois de janvier, trois mois après, il nous a déclaré n'avoir plus jamais souffert.

En somme, chez ce malade, nous avons eu affaire à une névralgie symptomatique d'origine dentaire, une simple dentinite déterminant des sympathalgies très violentes dans l'hémiface et l'épaule gauche.

Il s'agit-là, comme dans toutes les sympathalgies faciales, de troubles réflexes ayant pour point de départ une lésion irritative agissant sur le sympathique.

Ces troubles réflexes sont franchement du type sympathique ; ils se caractérisent par des douleurs continues ou par crises de plus ou moins longue durée ; des douleurs diffuses, dépassant la sphère du trijumeau, irradiant à l'hémicrane, à la nuque et jusqu'au membre supérieur du même côté. Ces douleurs se greffent toujours sur un *fond de douleur* continue, sourde.

Ces algies, si elles sont moins violentes que les autres névralgies, sont toutefois plus pénibles à supporter, car elles s'accompagnent d'anxiété et s'exagèrent avec les émotions.

Au moment des paroxysmes, nous constatons des troubles vaso-moteurs importants (rougeur et pâleur alternées) et des troubles sécrétoires (larmoiement, hydrorrhée nasale).

Ces troubles sympathiques, s'ils sont bien connus au niveau des membres, ont été moins décrits à la face, car il faut les rechercher soigneusement.

En reprenant le texte même du Professeur Dechaume, leur mécanisme est le suivant : « l'irritation partie de la périphérie par

le trijumeau, le nerf le plus reflexogène de l'organisme est réfléchie au niveau du mésocéphale sur les voies centrifuges, empruntant de préférence les conducteurs sympathiques, d'où une expansion reflexe vaso-motrice et secrétoire. »

C'est pourquoi il nous a semblé intéressant de vous rapporter, avec détails, cette observation.

En effet, malgré les recherches que nous avons faites dans la littérature, nous avons trouvé très peu d'observations montrant l'importance de tels phénomènes douloureux et sympathiques.

Le plus souvent, ce n'est pas une simple dentinite qui peut causer de tels troubles, mais plutôt une pulpite aiguë ou mieux une pulpite chronique.

Au cours de notre pratique journalière, nous avions pu trouver des sympathalgies d'origine dentaire, quelquefois difficilement décelables, mais jamais nous n'avions rencontré de tels cas simulant aussi parfaitement la grande névralgie faciale essentielle.

Ceci, pour conclure que l'exploration systématique et soigneuse de la totalité de la denture, doit être dans ces cas qui déroutent surtout le neurologiste, pratiquée avec une particulière minutie et que même les fissures des faces triturantes des molaires doivent être recherchées et traitées avant de pouvoir affirmer que l'on se trouve en présence d'une névralgie n'ayant aucun rapport avec le système dentaire.

Resumen

A proposito de un caso de neuralgia facial irradiandose en el hombro izquierdo, se descubre como punto de partida una carie no penetrante en el surco de la faz triturante de $\lfloor \overline{6} \rfloor$.

El diente tratado (conservada la pulpa) va á una cura definitiva.

Los autores insisten con razón sobre la desproporción entre los dolores y la causa original.

Summary

Concerning a case of facial neuralgia radiating to the left shoulder, the causal factor is found to be a non penetrating cavity in an occlusal groove of $\lfloor \overline{6} \rfloor$.

The tooth cared for (the pulp intact) brings permanente cure.

The authors justifiably insist on the disproportion existing between the pains and the original cause.

MORPHOLOGIE DU COMPLEXE MAXILLO-DENTAIRE

Quelques considérations générales

MORFOLOGIA DEL COMPLEJO MAXILO-DENTAL | MORPHOLOGY OF THE MAXILLO-DENTAL COMPLEX

Par le Dr A. L. PÉRIER *(Genève)*

Médecine et Hygiène (Genève), N° 91, 1er février 1947

611.314 019

Parmi les études de morphologie, localisées à un complexe fonctionnel défini, il en est peu qui égalent en intérêt celles qui ont été consacrées aux éléments maxillo-dentaires. Cet intérêt est justifié par une série de particularités très remarquables dont voici un sommaire exposé.

Tout d'abord, dans le plan de la philosophie biologique, les organes masticateurs jouent un rôle fort important en tant que constituants du splanchnocrâne dont on oppose la variation réductrice à l'évolution inverse du crâne cérébral. Quant aux dents elles-mêmes, elles se distinguent par une extrême variabilité d'un groupe zoologique à un autre et au contraire par une relative spécificité à l'intérieur du groupe lui-même. Voici, à ce sujet, une citation catégorique de Carl Vogt : « Il n'est aucun élément anatomique qui conserve avec autant de ténacité les caractères essentiels d'une espèce et qui fasse mieux voir les relations de parenté et d'affinité ou les différences entre les diverses formes. » Il est donc tout naturel qu'on en ait fait un très large usage pour la classification et la détermination en zoologie systématique.

Comme d'autre part, les dents et la mandibule ont une résistance considérable aux divers agents de destruction, on comprend que la paléontologie des vertébrés ait basé un grand nombre de ses hypothèses sur la morphologie maxillo-dentaire ; ainsi, l'existence des plus anciens mammifères connus, ceux du Trias, a été démontrée par la découverte de dents et de fragments de mandibules. Un caractère maxillo-dentaire peut suffir à lui seul pour déterminer un mammifère, par exemple la présence de dents jugales multiradiculées et l'articulation cranio-mandibulaire s'accomplissant avec le squamosal et non avec l'os carré comme chez les reptiles. Un fait de ce genre illustre tout particulièrement l'importance des particularités anatomiques de cette région.

Elle apparaît encore, bien entendu, dans les problèmes de la paléontologie humaine. La mandibule de Mauer, une des plus

anciennes pièces fossiles — elle daterait de l'interglaciaire Günz-Mindel — a été attribuée au genre Homo, non par ses caractères ostéologiques encore nettement pithécoïdes, mais bien par le type de sa denture. Quant à la découverte du Sinanthropus, elle débuta par l'exhumation de quelques molaires isolées ; sur une seule d'entre elles, DAVIDSON-BLACK put annoncer un type d'Hominien archaïque, ce que des trouvailles ultérieures vinrent bientôt confirmer.

Par leur extraordinaire polymorphisme, les dents fournissent aussi une précieuse documentation aux grands débats de la biologie générale. Dans les problèmes de l'adaptation, ce polymorphisme d'une incroyable étendue est tout particulièrement indiqué pour servir de base de discussion. A part de très nombreux cas où le système dentaire est admirablement adapté à l'alimentation et au genre de vie, il en est d'autres où se manifeste une fantaisie désordonnée aboutissant parfois à des formes monstrueuses non seulement inutiles mais même nuisibles ; on peut citer en exemple les énormes canines du babirussa, porc sauvage de Malaisie, les défenses à double courbure du mammouth, l'extravagante épée du narval et bien d'autres encore.

Ces formes, dites *hypertéliques* — au delà du but — donnent ample matière à réflexion aux naturalistes de tendance trop mécaniste.

Dans les spéculations transformistes, la morphologie dentaire est de très grande utilité. En particulier, on s'appuie beaucoup sur elle pour résoudre l'énigme compliquée de l'origine et des parentés des Primates. A ce propos, il est bon de rappeler, contrairement à une opinion très répandue, que les naturalistes sont fort loin d'être d'accord à ce sujet. Par exemple, beaucoup croient encore à un développement évolutif parallèle des Hominiens et des Simiens et non à une origine des premiers à partir des seconds. Des idées récemment émises voudraient même chercher l'ascendance de l'homme dans des formes de mammifères archaïques peu différenciées, à la base même de la classe.

Pour le mécanisme même de l'évolution, des observations odontographiques ont fourni des arguments explicatifs. Mais en tel domaine il convient d'être prudent dans les interprétations ; en voici un intéressant exemple. Certains auteurs ont considéré comme une preuve de l'hérédité des caractères acquis, le fait que, chez quelques Siréniens et Caviidés, les molaires du fœtus présentent une curieuse altération des surfaces d'occlusion ; ces altérations correspondraient à l'usure dentaire fonctionnelle des géniteurs, fixée par le germen et transmise aux descendants. Mais on a opposé à cette manière de voir des observations plus approfondies ; on a montré que, chez le Dugong par exemple, les molaires fœtales se développent tout d'abord selon le gabarit normal et que c'est seulement après un certain temps qu'apparaît la pseudo-abrasion. Il ne s'agit donc nullement d'un phénomène d'hérédité mais bien de l'apparition d'un caractère acquis secondairement

dans des conditions que l'on peut expliquer. En effet, les molaires du Dugong sont constituées par de la vasedentine, tissu parcouru par des canaux contenant des vaisseaux sanguins ; on doit donc admettre une lyse tissulaire localisée qui, à notre avis, doit avoir une signification évolutive en rapport avec la tendance régressive que montre la denture des Siréniens.

D'autre part, on peut aussi non sans bonnes raisons, refuser aux dents la possibilité de transmettre au germen des variations d'origine fonctionnelle ; le processus ontogénique que nous allons exposer paraît un argument suffisant.

La morphogénèse des organes dentaires est dirigée par l'enveloppe d'émail d'origine ectodermique ; mais tout se passe à l'intérieur des maxillaires, en plein milieu mésodermique et en dyschronie marquée avec celui-ci. C'est ainsi, par exemple, que la couronne de la première molaire permanente a atteint son gabarit normal en forme et grandeur, plusieurs années avant le moment de l'éruption. Le type anatomique caractéristique de l'espèce est donc réalisé dans un milieu qui est lui-même considérablement en retard en développement ontogénique.

Et pourtant, dans cette ambiance dysharmonique, sans aucun contact avec les influences extérieures, la dent acquiert toutes ses particularités spécifiques.

Or, sous quelle direction ces particularités peuvent-elles apparaître si ce n'est sous celle de l'hérédité ? Ainsi la dent, dépendant entièrement de facteurs germinaux, se développe selon ses lois propres, sans subir l'influence de la masse osseuse qui la contient. Au contraire, dans un stade ontogénique plus avancé, nous la verrons jouer le rôle directeur dans le modelage des régions alvéolaires et de tout le massif facial.

Un fait phylogénique important appuie d'une façon catégorique cette notion de la primauté de la denture dans la morphogénèse de la masse osseuse qui la supporte. Chez les Sélaciens archaïques, siluriens et dévoniens, apparaissent les premières dents dites « placoïdes » ; ce sont des productions dermiques formées d'un cône dentinaire avec cavum pulpaire et d'une enveloppe d'émail amorphe dit « ganoïne ». En profondeur ce cône se termine par une plaquette d'implantation, en os véritable avec systèmes de Havers. Comme ces poissons étaient à squelette cartilagineux, on peut dire que la première apparition de tissu osseux *s'est faite à la périphérie* et sous la domination des organes dentaires.

Cette indépendance — *très relative bien entendu* — de la dent vis-à-vis de son milieu ambiant, entraîne dans nos populations ultra-domestiquées des conséquences parfois fâcheuses. L'os n'étant plus suffisamment stimulé par les fonctions masticatrices, n'atteint souvent plus un gabarit correspondant à celui de la denture ; en d'autres termes, les maxillaires sont trop petits pour les dents qu'ils portent. C'est un état de choses très défavorable qui, par les malpositions et malocclusions produites, prédispose aux attaques

de la carie et des affections paradentaires et inhibe le développement normal des voies aériennes supérieures, cavum nasal et sinus maxillaires.

Dans nos ethnies, où le brassage racial est considérable, il intervient aussi l'action de l'hérédité qui peut assembler chez le même individu des caractères dentaires et maxillaires qui ne sont pas faits pour aller ensemble ; dans ces cas, on peut considérer le complexe maxillo-dentaire comme une mosaïque hétérogène où chacun des composants serait hérité d'un ancêtre distinct. Pour bien réaliser la possibilité d'un fait semblable, il faut se rappeler qu'une denture forme une entité morphologique homogène, dont tous les éléments sont harmoniques et doivent ainsi se transmettre en bloc.

Avec la mandibule de Mauer, nous avons vu que la dysharmonie dento-maxillaire peut aussi se manifester sur le plan évolutif. Il convient de revenir sur ce point pour signaler des vues nouvelles très hypothétiques mais très intéressantes. Jusqu'à maintenant la croyance en un type d'évolution humaine progressive, orthogénétique, ne permettait d'admettre qu'un passage d'une forme d'Hominien archaïque, plus ou moins pithécoïde, à l'Homo sapiens affiné somatiquement et psychiquement. Or, un certain nombre de découvertes en paléontologie humaine ont fournl des documents énigmatiques qui ont été l'origine de controverses passionnées. Les unes, comme celle de Mauer, ont montré sur le même sujet des éléments craniens et dentaires dont la discordance évolutive est éclatante.

D'autres comme les crânes néanderthaliens de Saccopastore et de Monte-Circeo sont en dysharmonie évolutive par le fait que le moins ancien des deux présente le plus de caractères inférieurs. D'autre part, plusieurs pièces osseuses classiques comme celles de Piltdown et de Denise, trouvées en milieu stratigraphique très ancien, ont un type qui paraît trop évolué pour leur âge géologique. Enfin, il faut encore citer le très curieux crâne de Broken-Hill qui pose une série de problèmes peu ordinaires. Il s'agit d'une tête osseuse que tous les auteurs s'accordent à considérer comme récente — au point de vue paléontologique bien entendu — et dont la ressemblance avec le type néanderthalien primitif est extraordinaire. D'autre part sa denture est de gabarit parfaitement humain ; elle porte de nombreuses caries, chose rarissime chez les sujets de type archaïque.

L'existence de ces diverses formes dyschroniques et dysharmoniques s'accorde assez mal avec les idées communément admises sur l'évolution des Hominiens. Aussi n'est-il pas étonnant que l'on ait cherché des explications nouvelles pour certains de ces faits. On est allé jusqu'à admettre la possibilité d'une évolution réversive. Ainsi le groupe des Néanderthaliens proviendrait d'une forme ancienne, elle-même déjà plus proche que ceux-là, du type Homo sapiens (Lebzelter).

Il y aurait donc ici ce que l'on pourrait appeler une involution théromorphe, soit un retour au type d'animalité. Quelque idée que l'on se fasse d'une telle hypothèse, il faut reconnaître qu'elle cadre fort bien avec les formes aberrantes de Mauer et de Broken-Hill et particulièrement avec ce que l'on sait des possibilités évolutives différentes des dentures et des maxillaires. Ce fait serait de nature à montrer que la « loi » de l'irréversibilité de l'évolution n'a qu'une valeur relative, ce que d'ailleurs les expériences des mutationnistes avaient déjà montré, hors du cadre de la paléontologie (Guyénot).

On a vu plus haut que les dentures ont en général une grande stabilité spécifique ; mais les phénomènes biologiques ne s'accommodent pas des lois absolues et l'examen attentif des particularités dentaires dans le cadre de l'espèce zoologique révèle une variabilité souvent très étendue pouvant bien entendu être interprétée dans le plan de l'évolution. L'étude en est particulièrement intéressante chez l'homme actuel où nous voyons coexister des ethnies dont les unes vivent encore comme celles du paléolithique supérieur tandis que les autres ont atteint un état de domestication qui, soit dit sans aucune boutade, dépasse de loin celui des animaux dits précisément « domestiques ». Alors que les premières ont, d'une façon générale, conservé les caractères dentaires archaïques, il se voit chez les autres une série de variations extrêmement intéressantes ; elles sont le plus souvent l'expression d'une tendance réductrice portant sur la forme, la grandeur et le nombre et sont accompagnées de modifications plus ou moins harmoniques des maxillaires osseux. Ainsi se dessinent, dans le cadre de l'Homo sapiens, des lignées aberrantes qui ont avec le type moyen suffisamment de différences pour que la zoologie systématique ait à en tenir compte.

La plupart de ces variations ont été l'objet d'études très approfondies qui ont fourni à la zoologie générale une documentation importante. Beaucoup d'auteurs, parfois très mal inspirés, ont considéré certaines d'entre elles comme des stigmates pathognomoniques, particulièrement pour l'hérédo-syphilis. C'est un domaine délicat dans lequel il ne faut pas se risquer sans s'être orienté à fond sur le caractère incriminé, et cela selon les méthodes strictes et rationnelles de l'anthropologie.

Une autre voie de recherches particulièrement intéressantes est la morphologie fonctionnelle du complexe maxillo-dentaire. C'est un problème en réalité très compliqué où, partant d'une connaissance précise de l'ensemble organique et de ses variations, on étudie toutes les modalités de leur travail, en s'attachant surtout aux divers aspects de l'occlusion entre les arcades et aux particularités de l'articulation temporo-maxillaire. Ces recherches ont été étendues aux groupes humains primitifs et aussi aux formes disparues. Cet ensemble de travaux a fourni une abondante documentation qui a rendu les plus grands services dans différentes directions.

Ici aussi, la comparaison entre ethnies domestiquées et groupes primitifs, a montré des différences considérables. On peut donc conclure que les organes masticateurs enregistrent d'une façon particulièrement fidèle, les effets de la domestication.

A ce propos, il faut constater à quel point les problèmes grandioses de la domestication sont sous-estimés dans tous les milieux qualifiés pour s'en occuper ; et pourtant, il s'agit là d'un thème fondamental de la solution duquel dépend l'avenir même des sociétés civilisées.

Micro-anatomie

Mais la considération des aspects macroscopiques est loin d'épuiser l'intérêt du sujet que nous esquissons ici. En effet, les tissus dentaires se distinguent par des caractères de micro-structure très particuliers et, de plus, ils montrent aussi dans la série des vertébrés un polymorphisme extraordinaire dont l'examen approfondi fournirait sans doute de très intéressants résultats. En voici un curieux exemple. On a décrit un type de dentine d'une structure très compliquée où une chambre pulpaire basale se continue dans le corps de la dent par une série de canaux équidistants, parallèles, dont chacun est le centre d'un système de dentine fibrillaire. Or, cette dentine si spécialisée se retrouve dans trois groupes zoologiques fort différents et sur des dents qui n'ont aucune analogie entre elles. Elle se voit chez la raie Myliobates dont les dents sont de type pavimenteux ; puis dans les dents rostrales, donc extra-buccales, du poisson-scie ; enfin chez le mammifère Oryctérope, un fourmilier atypique, pourvu de nombreuses dents et classé malgré cela dans l'ordre des édentés dont il diffère d'ailleurs par d'importants caractères. Des faits de ce genre sont vraiment énigmatiques et il serait désirable de pouvoir les interpréter. La structure de l'émail a aussi donné lieu à de nombreuses études d'anatomie comparée ; certains auteurs ont même décrit dans ce tissu des particularités qui seraient de nature à élucider le problème si controversé de l'origine et des parentés des Primates. En ce moment même, des études sont en cours ici à Genève pour trancher cette très importante question.

D'autre part, l'émail à structure prismatique est par lui-même un caractère pouvant servir à la classification zoologique. Il suffit de constater sa présence pour savoir que la dent considérée appartient à un mammifère et non à un vertébré d'une autre classe. Ce fait peut être fort utile aux paléontologues.

D'une façon générale on peut dire que les tissus durs de la dent, malgré les très nombreuses études qu'on leur a consacrées sont encore loin d'être suffisamment connus. C'est ainsi que des observations faites aussi à Genève, dès 1939, *ont montré que la structure de la dentine n'est pas du tout celle qu'admettent les vues classiques presque unanimement admises*, vues qui auraient déjà été présentées, en 1678, par le naturaliste hollandais van Leeu-

WENHOEK. Ces recherches dont l'intérêt est certain, tant au point de vue scientifique que pratique, se continuent encore et donneront prochainement lieu à d'autres publications.

Puisque nous venons d'écrire le mot « pratique », signalons en terminant qu'il est peu de disciplines où l'élément purement scientifique se confonde aussi complètement avec l'utilité. Dans tous les domaines de la pratique médico-dentaire, des observations d'anatomie anthropologique et d'histologie normale et pathologique, ont fourni une solide documentation de base pour le plus grand bien de la santé publique.

Resumen

Trabajo haciendo resaltar la importancia de los dientes en :

1° La Paleontología. Muchos de los animales desaparecidos no son reconocidos que por los dientes ;

2° Permite de hacer hipótesis relativas á la evolución en general y á la del hombre en particular.

El estudio microscopico de los dientes procura preciosas indicaciones para el diagnostico de ordenes y tambien de especies.

En la practica, esos estudios han procurado une solida documentación de base para el más grande bien de la salud pública.

Summary

A work bringing out the importance of teeth for : 1° Paleontology. Many extinct animals are known only by their teeth ;

2° To allow making hypotheses concerning evolution in general and the evolution of man in particular.

Microscopic study of the teeth contributes valuable indications for the diagnosis of orders and even of species.

Practically, these studies have contributed a solid basis of facts for the betterment of public health.

REVUE ANALYTIQUE

M. PARANT, Paris. — **Quelques observations sur les gingivites actuelles et leur rapport avec la question de l'acide ascorbique.** — (*Revue de Stomatologie*, juillet-août 1946).

L'acide ascorbique utilisé a agi non pas comme médication-vitamine, mais comme agent pharmacodynamique. Cette action a été d'autant plus favorable que les lésions étaient moins importantes.

Le produit utilisé était la Larascorbine en ampoules de 10.000 unités, c'est-à-dire 50 centigrammes, 6 injections intraveineuses ont semblé devoir être nécessaires.

Il ne semble pas que l'on puisse assimiler ces gingivites à des lésions scorbutiques. Le déséquilibre alimentaire subi par ces malades à leur retour d'Allemagne est probablement à l'origine de ces lésions qui ne sont apparues que plusieurs mois après le changement de régime.

Enfin, au point de vue pratique, il semble qu'au traitement général représenté par l'acide ascorbique doit être, bien entendu, associé un traitement local.

Dans les cas observés par l'auteur, il aurait certainement hâté la guérison, ainsi qu'il a été constaté sur les cas rebelles au traitement par la vitamine C. L. S.

MM. RICHARD, CERNÉA, DESCROZAILLES. — **Premiers résultats de la Pénicillothérapie au cours des stomatites.** — (*Revue de Stomatologie*, juillet-août 1946).

La pénicilline paraît devoir donner des résultats favorables sur les lésions inflammatoires.

Les auteurs insistent sur la rapidité des résultats obtenus.

Tous les cas traités n'ont pas été des succès. La bactériologie des gingivo-stomatites n'est pas connue.

Fleming essayant l'effet de la pénicilline sur des microbes variés a découvert qu'alors qu'elle a une action puissante sur certains microbes, elle n'a pas d'effet inhibiteur sur d'autres. Il a établi une liste des bactéries sensibles ou insensibles.

Peut-être peut-on voir là une explication aux alternatives de succès et d'échecs que l'on observe en clinique, étant bien entendu que les causes locales ont été éliminées. L. S.

MM. LATTÈS, VRASSE et TKATCHOFF. — **Etude des gingivo-stomatites ulcéreuses.** — (*Revue de Stomatologie*, juillet-août 1946).

Conclusions. — Les stomatites ulcéreuses observées d'avril 1944 à juillet 1946, dans l'armée et la population civile, dans toutes les classes de la société, permettent d'éliminer l'étiologie carentielle.

Il a été prouvé que la vitaminothérapie *per os*, même à forte dose, n'a jamais amené une quelconque amélioration de la stomatite.

En ce qui concerne l'étiologie toxi-infectieuse, fondée sur la possibilité d'une infection à point de départ intestinal, les auteurs n'ont aucune preuve à l'appui de cette thèse.

Ils pensent que la stomatite ulcéreuse est une maladie épidémique, infectieuse et contagieuse ; les examens bactériologiques ne peuvent, actuellement, affirmer cette hypothèse.

L'étude clinique de la maladie avec des formes graves au début, avec des formes légères font penser à la nature épidémique.

Les nombreux cas familiaux dont poser la notion de contagiosité.

Enfin les résultats favorables obtenus par un traitement anti-infectieux confirme l'hypothèse de maladie infectieuse.

A côté du traitement anti-infectieux général qui fait céder la douleur en vingt-quatre à quarante-huit heures, et guérit les lésions en une huitaine de jours, il importe d'instituer un traitement local, médical et, au besoin, chirurgical. L. S.

M. Jean SOLEIL. Lille. — **Insuffisance du traitement sulfamidé isolé pour le traitement des gingivo-stomatites ulcéreuses et importance des doses d'acide ascorbique.** — (*Revue de Stomatologie*, juillet-août 1946).

Si les sulfamides sont à retenir, ils ne doivent être employés qu'exceptionnellement pour des cas très graves ou des ulcérations rebelles aux traitement plus simples.

Acide ascorbique. — L'auteur conclut à la nécessité d'un traitement individuel des gingivo-stomatites ulcéreuses. Dans presque tous les cas, la reconstitution de la réserve de vitamine C est indispensable pour obtenir un résultat durable. La vitamine C n'agissant que par excès. L. S.

Dr P. L. MARONNEAUD, chargé de Cours à la Faculté de Médecine de Bordeaux. — **Lithiase salivaire et exérèse chirurgicale.** — (*L'Information Dentaire*, 5 janvier 1947.)

La nature infectieuse de la lithiase semble démontrée.

La sclérose glandulaire n'est ni inévitable, ni définitive.

La conduite à tenir, d'accord avec les classiques et MM. Bercher et Hainaut est ainsi déterminée :

Si la lithiase est canaliculaire, le processus se développe au niveau du plancher de la bouche ; si elle est glandulaire, les manifestations sont sus-hyoïdiennes et exo-buccales.

Dans le premier cas, les interventions seront limitées et conservatrices. Dans le second cas, les interventions radicales seront indiquées.

Ces interventions doivent, en principe, être faites à froid. Toutefois, les états inflammatoires suraigus, les formes récidivantes, les états de sclérose avancée avec hypertrophie, l'éventualité d'une néoplasie sont justiciables d'une intervention immédiate. L. S.

Dr P. MARONNEAUD, chargé de Cours à la Faculté de Médecine de Bordeaux. — **Sur un cas de pulpite odontolytique d'une dent caduque en voie d'élimination.** — Société d'Odontologie et de Stomatologie de Bordeaux, 9 juillet 1946).

Les polypes pulpaires ne sont pas rares. Deux formes sont décrites par Arkœvry : 1° *granulomateuse* ; 2° *sarcomateuse*.

Ces formes s'observent au cours des caries pénétrantes et frappent des pulpes dénudées, adultes mais jeunes.

Une forme décrite par Schweiger et Palazzi, *la pulpite granulomateuse hyperplasique interne*, se développe sur des pulpes non exposées.

Enfin, une forme atteint les dents en voie de rhyzalise, c'est le *polype odontolytique de la dent temporaire*.

Sur un cas observé par l'auteur, l'examen histologique révèle une structure épithélio-conjonctive.

Les cellules épithéliales pourraient provenir des débris épithéliaux de Malassez rencontrées par la marche ascendante du polype accompagnant la racine dans sa résorption. L. S.

Dr J. MERLE-BÉRAL. — **Présentation d'un céphalomètre.** — (Communication à la Société d'Orthopédie dento-faciale, mai 1946).

D'après les travaux et les appareils présentés par MM. le Dr de Névrezé, Beauregardt, et Chavellier, l'auteur a mis au point un céphalomètre permettant :

1° De suivre un traitement orthodontique à intervalles réguliers par un contrôle précis ;

2° De faciliter les manœuvres dans la pratique privée et de les rendre plus simples et plus rapides dans la pratique médico-sociale ;

3° De surveiller la construction des prothèses.

4° De repérer certaines incidences radiologiques peu courantes en facilitant le placement de la tête du patient par rapport au tube de R. X.

L. S.

René NECTOUX et R. CHERCHÈVE. — **L'hémoculture gingivale dans certaines formes d'uvéite accompagnées de pyorrhée alvéolaire.** (*Revue d'Odontologie, de Stomatologie et Maxillo-Faciale*, janvier 1947, p. 17).

Si le diagnostic clinique des uvéites n'offre pas de difficultés appréciables, le diagnostic étiologique est souvent incertain.

D'où des tâtonnements dans la thérapeutique. Lorsque les uvéites s'accompagnent de pyorrhée alvéolaire, il est prouvé par les faits que l'infection du périodonte peut être de même nature que celle qui a causé les troubles oculaires.

Il en résulte que l'hémoculture gingivale donnant des renseignements sur l'état des tissus péridentaires est susceptible de confirmer le diagnostic étiologique et en conséquence d'indiquer la méthode thérapeutique à employer.

L'intérêt de la méthode consiste en ce que la découverte d'un germe unique au niveau de la gencive autorise à penser qu'il est l'agent causal de la maladie. Dans la pratique, on retrouve en effet le même germe de temps à autre dans les urines, au niveau d'un autre foyer infectieux même à l'occasion d'une hémoculture générale.

Spécificité affirmée par intra-dermo-réaction de Guy Leroche et M^me^ Riloux (thèse de Paris 1937), guérison d'une septicémie avec cirrhose du foie par un traitement dentaire. Guttmann (*Presse Médicale*).

Technique de l'hémoculture gingivale. — Indiquée par R. Vincent et Pretet (*Paris médical*, juin 1933). Elle consiste en une ponction de la gencive au niveau d'une languette interdentaire au voisinage d'un foyer de pyorrhée. L'ensemencement se fait sur un tube de gélose ordinaire.

Le prélèvement doit être fait au niveau de la circulation capillaire, véritable lac sanguin péri-alvéolaire. La différence des deux milieux, circulation générale et circulation capillaire est démontrée par le fait qu'une hémoculture générale négative coïncide souvent avec une hémoculture gingivale positive.

Des précautions doivent être prises pour ne pas souiller l'ensemence avec des germes pris directement d'un foyer pyorrhéique suppurant, la superficie de la languette ponctionnée doit également être soigneusement stérilisée.

Le fait d'obtenir une culture polymicrobien ne doit induire à penser que la technique recommandée n'a pas été scrupuleusement observée.

L'hémoculture, permettant l'isolement d'un germe, conduit à la préparation d'un auto-vaccin.

L'auto-vaccination qui peut être parfaitement efficace au niveau de certains foyers infectieux comme dans certaines uvéites, peut au contraire agir incomplètement au niveau des foyers pyorrhéiques. L'infection secondaire de ces foyers par des bactéries provenant du milieu buccal explique ces échecs ou ces demi-succès.

Les auteurs terminent en rapportant deux guérisons d'uvéites traitées il y a sept ans et n'ayant présenté aucune récidive.

Le traitement a été fait au moyen d'une auto-vaccination à l'aide de microbes prélevés par le procédé de la ponction gingivale.

D'autres cas ont évolué moins heureusement, il faut penser qu'il s'agissait d'infections tuberculeuse ou syphilitique. L'échec du traitement permet au moins de confirmer le diagnostic étiologique.

En conclusion, chaque fois que des lésions oculaires sont accompagnées de lésions pyorrhéiques, l'hémoculture gingivale doit être systématiquement pratiquée.

L. S.

L. DE COSTER. — **L'orthodontie nouvelle. Contrôle de croissance de la face.** (*Revue de Stomatologie*, nº 4, 1947, page 193).

L'accroissement de la face se fait au même rythme que l'accroissement du squelette général au moment de la seconde dentition.

Les dents de lait sont remplacées :

a) Par une série de dents permanentes ;

b) Un certain nombre de dents permanentes non précédées de dents lactéales doivent trouver une place.

D'où l'importance de l'installation des molaires.

Il faut que le développement osseux soit en harmonie avec le travail d'éruption dentaire.

Les dents ne sont pas aussi sensibles au retard de développement que le tissu osseux.

Les retards du développement osseux peuvent être facilement constatés par l'étude de radiographies du poignet.

Dans les cas de malocclusions, 78 % présentent une maturation osseuse retardée par rapport à l'évolution dentaire.

8 % présentent le phénomène contraire.

Les 14 % restants où les deux phases de maturation coïncident concernent des cas de malposition artificielle ou accidentelle d'origine locale (extraction, absence congénitale de dents, etc...).

Si l'évolution osseuse est arrivée au stade de 5 ans, au moment où la dent de 6 ans doit évoluer, la molaire se trouve placée face triturante vers l'arrière. Par suite du manque de place elle se dirigera en position mésiale et en endognathie.

En avant, les dents définitives s'entassent au hasard des possibilités.

Contrairement à l'opinion d'Angle, ce n'est donc pas la dent de 6 ans qui est toujours normale, c'est elle, au contraire, qui est presque toujours en malposition.

Son emplacement est primordial au point que si nous pouvons la remettre en position normale, l'installation du système dentaire dans la face en formation doit se faire normalement. Un simple déplacement mécanique peut changer le cours du développement.

Traitement. — D'abord radiographie du poignet, celui-ci permettra de vérifier l'état d'évolution du système osseux.

Ensuite : Téléradiographie.

Le traitement consistera à remettre à sa place sous l'apophyse jugale la première molaire. Nous ferons donc reculer la première molaire. il en résultera :

1º De l'expansion ;

2º Un allongement de l'arcade ;

3º Un retard dans la prise de contact en occlusion avec la dent antagoniste ;

4º Un répit pour le système osseux qui pourra s'adapter et s'équilibrer dans les trois sens de l'espace.

L'auteur présente ensuite un appareillage qui lui est personnel, tendant à obtenir un automatisme facile à surveiller et permettant l'appareillage en série. L. S.

Dr P. TESSIER. — **Impressions d'Angleterre.** (*Revue d'Odontologie, de Stomatologie et Maxillo-Faciale*, janvier 1947, page 1).

Reportage d'une visite en Angleterre au cours de laquelle l'auteur est entré en contact avec quatre chirurgiens plastiques renommés et avec leurs équipes.

Il passe en revue l'équipement hospitalier en général. Puis il décrit la technique, insistant sur la perfection de l'anesthésie générale qui est l'objet de soins particulièrement attentifs. 95 % des opérations auxquelles il a assisté étaient faites sous A. G. La technique chirurgicale tend à être aussi « atraumatique » que possible. L'antisepsie du champ opératoire est

réalisée par le cetavlon (bromhydrate et cethytriethyléneanimonium), les champs sont collés.

Pas d'anesthésie locale traumatisante. Bistouri à lame interchangeable dont les lames ne servent qu'une fois. La pince hémostatique sert peu.

L'hémostase est assurée : 1° Au sérum chaud adrénaliné ;

2° Par hémo-aspiration continue et silencieuse. Pas de compresses gênantes.

Les pinces sont remplacées par les crochets de Gillées évitant le traumatisme de la peau.

Tout tissu traumatisé est excisé. Les aiguilles sont fines.

Le fil d'acier inoxydable très fin est de plus en plus employé.

Les pulvérisations de sulfamides sont remplacées par l'injection de quelques centimètres cubes de pénicilline.

Tous ces soins sont sanctionnés par d'excellents résultats opératoires.

La prothèse diffère de la prothèse française.

L'ostéosynthèse, la fixation externe sont employées plus souvent.

Les points d'appui dentaires le sont moins communément.

« Le secteur fonctionnel pur semble mieux partagé que le secteur cosmétique ».

Les grands procédés : greffer précocement ; remplacer tous les tissus détruits.

La greffe précoce est une greffe cutanée ; c'est un traitement d'urgence après traumatisme ou brûlure.

Grâce aux bactériostatiques (sulfamides, pénicilline), elles réussissent souvent même en milieu septique.

Tous les tissus soustraits doivent être remplacés, y compris le tissu cicatriciel.

L'auteur passe ensuite en revue les différentes greffes, puis il énonce les procédés autoplastiques : autoplastie par glissement, etc... Greffe cutanée libre de grande surface. L'emploi de la thrombine, plasma permet une adhérence immédiate des greffons à la surface réceptrice? La réfection des culs-de-sac buccaux est assurée par les « inlays grafts ». Le traitement précoce des brûlures a fait des progrès considérables. Les principes en sont :

1° Exciser tous les tissus brûlés ;

2° Greffer immédiatement.

L'auteur remercie en terminant les chirurgiens anglais pour la cordialité de leur accueil et pour leur enseignement. L. S.

M. Dechaume et Mme Chaput. — **Enostose mandibulaire. Guérison spontanée.** (*Revue de Stomatologie*, n° 4, 1947, p. 223).

Publication d'un cas clinique suivi pendant plus de 10 ans. Opération faite le 20 mars 1936. Dernier examen en décembre 1946. Il s'agissait d'une tuméfaction du maxillaire inférieur droit siégeant au niveau du bord basilaire à l'emplacement de la dent de six ans.

L'évolution se faisait lentement et sans douleur. La radiographie fait poser le diagnostic d'ostéome englobant la partie inférieure des racines de la dent de six ans incomplètement évoluée.

Suites opératoires sans incidents notables.

Les auteurs discutent le diagnostic, ils éliminent pour des raisons d'ordre histologique l'odontome et l'adamantinome ainsi que l'enchondrome.

L'ostéite d'origine dentaire ne peut être retenue, la dent étant saine.

Enfin, il s'agit d'une tumeur bénigne, la corticale est saine, l'évolution confirme la bénignité.

Au terme d'ostéome, avec Masson et Pritchard, les auteurs proposent de substituer le terme d'énostose (prolifération intra-osseuse) et d'ajouter le qualificatif de compacte, car il existe des enostoses spongieuses, et d'autres éburnées.

Relativement à la pathogénie, les auteurs sont hésitants, ils proposent plusieurs interprétations.

La résorption du tissu dentaire s'apparente à la rhizalyse des dents

temporaires. Il en diffère par la prolifération du tissu osseux qui comble la résorption dentaire.

Dans la littérature étrangère quatre cas sont relevés.

D'après Pritchard (trois cas) on doit distinguer :

L'ankylose simple avec hypercémentose ;

L'ankylose avec énostose.

La première forme se rencontre toujours sur une dent infectée.

La deuxième forme évolue sur les dents incluses ou incomplètement évoluées.

Le rôle de la péricoronarite serait prédominant. Les molaires inférieures y seraient plus exposées.

L'affection se déroulerait en trois phases :

1° Période d'ankylose. Coexistence d'une résorption radiculaire ou coronaire et de l'enostose. Evolution silencieuse, la dent est ankylosée. Extraction difficile ;

2° Période intermédiaire. — Les phénomènes de résorption dentaire s'accentuent, ils peuvent se compliquer d'infection par exposition de la pulpe ou par le ligament. Le tissu osseux néoformé tend à se séquestrer. L'extraction à cette période est facile.

3° Période terminale ou de réparation : spontanée ou après intervention.

Traitement. — Toujours procéder à l'ablation de la couronne à la période d'ankylose, se garder des opérations mutilantes. L. S.

R. VINCENT. — **La pyorrhée.** (*Revue de Stomatologie*, n° 4, 1947, page 216).

L'auteur donne la préférence au mot pyorrhée. Cette maladie se présente sous deux formes cliniques :

A. — Les manifestations inflammatoires prédominent (tumeur, chaleur, rougeur, suppuration) ;

B. — Pas de manifestations inflammatoires, gencives pâles, ischémiques, pas de gingivite, pas de culs de sac, pas de pus, pas de tartre, pas de symptômes fonctionnels, évolution très lente.

L'examen général a été pratiqué sur 2.000 malades.

Dans le premier cas, avec les phénomènes inflammatoires on note toujours un état infectieux aigu, subaigu, ou chronique, localisé ou non, mais toujours antécédent ou concomitant.

Dans le second cas on relève des troubles endocriniens ou au moins des troubles du métabolisme du calcium.

L'auteur attire au passage l'attention sur les lésions de voisinage dans le cas d'érosions cunéiformes. Ces lésions s'accompagneraient toujours de raréfactions alvéolaires de forme ischémique. L'état général de ces patients révèlerait « sans exception » une insuffisance hépatique dont l'importance serait proportionnée à celle des lésions dentaire et osseuse.

Les radiographies de pyorrhéiques donnent des images différentes suivant qu'elles appartiennent à une forme ou à l'autre.

Il existe donc en réalité deux maladies distinctes ayant pour point commun la destruction de l'os alvéolaire.

Il s'agit donc dans les deux cas de pathologie du tissu osseux.

Nous devons donc nous reporter aux acquisitions récentes en matière d'ostéopathie pour tenter d'expliquer le mécanisme des lésions qui nous intéressent.

L'auteur cite les travaux des Professeurs Leriche et Policard et en particulier deux lois qui ont été énoncées par le Prof. Leriche.

. . . . . .

2° Physiologiquement c'est l'hormone parathyroïdienne qui use continuellement l'os. Si l'usure dépasse la reconstruction, la raréfaction devient pathologique.

3° La parathormone n'est pas le seul agent de raréfaction de l'os. L'hyperhémie a le même effet, mais régionalement. Dès qu'il y a suractivité

circulatoire l'os se raréfie. Si l'hyperhémie dure, la raréfaction devient pathologique.

Il cite encore l'opinion de Kölliker.

« Dans les maladies généralisées du squelette, la résorption osseuse « intéresse avec prédilection les os de formation récente et ceux des régions « qui sont le siège de fonctions physiologiques continuelles comme la « mâchoire, d'insertions tendineuses et de fortes pressions ».

Appliquant ces données à la clinique, il conclut que la loi nº 3 règle la raréfaction alvéolaire dans le cas de manifestations hyperémiques prédominantes ; alors que la loi nº 2 doit être invoquée dans les cas de pyorrhée sèche (forme de Cruet).

L'opinion classique est que la pyorrhée s'installe de dehors en dedans, c'est-à-dire du milieu buccal vers la gencive.

L'auteur conclut à la marche inverse par voie hématogène. Les germes viennent d'un foyer infectieux loin, situé dans l'organisme concomitant ou précédent.

La pyorrhée n'est donc qu'un symptôme d'un état pathologique général.

L. S.

Dr W. Clyde Davis. — **Traitement par l'eau chaude et la vapeur d'eau des canaux radiculaires infectés.** — (*Dental Items of Interest*, décembre 1946).

Le principe est le même que celui qui est employé pour la stérilisation des instruments et des pansements en chirurgie générale, c'est-à-dire l'eau bouillante et la vapeur.

Il n'est pas nécessaire d'ajouter des désinfectants ou des drogues fortement caustiques.

L'auteur a abandonné les médicaments antiseptiques et base la stérilisation entièrement sur l'effet stérilisateur de la chaleur humide.

Il obtient ainsi des cultures négatives après application de son traitement.

Technique. — Pose de la digue, stérilisation du champ opératoire, ouverture de la chambre pulpaire, nettoyage mécanique.

Emplir la chambre pulpaire d'eau et appliquer le galvano-cautère assez chaud pour convertir l'eau en vapeur.

Nettoyer ensuite les canaux mécaniquement. A ce moment pratiquer un ensemencement avec le contenu des canaux.

Puis emplir les canaux d'eau et vaporiser cette eau avec le cautère électrique.

Elargir le canal, le remplir et vaporiser à nouveau.

Faire trois fois la même opération.

A la fin, faire chauffer le cautère jusqu'à la limite de tolérance du patient (deux ou trois fois).

Ce chauffage supplémentaire a pour objet de détruire les streptococci viridans siégeant vers les extrémités apicales des canaux, ces microbes ne supportent pas aisément une température supérieure à celle du corps humain. Dans le cas d'infection ayant franchi l'apex, il peut être nécessaire de pratiquer un drainage par la face vestibulaire du maxillaire.

Après les manœuvres décrites ci-dessus, faire un nouvel ensemencement pendant quatre jours.

Il peut être nécessaire de faire une deuxième séance de traitement.

Comme pansement, l'auteur utilise une pâte composée de poudre d'os, de lanoline et d'eau stérilisée. Cette pâte est laissée au moins quatre jours dans le canal.

L'obturation définitive est réalisée avec des pointes de gutta-percha.

L. S.

C. Adams, Athènes. — **Les réactions électro-chimiques des métaux dans la bouche.** — (*Stomatologia*, janvier-février, nº 1).

L'auteur cite deux cas personnels choisis parmi beaucoup d'autres. Dans le premier cas, un inlay placé sur une première molaire inférieure

droite venait en contact avec un bridge en or du maxillaire inférieur. L'inlay était fait d'un alliage or, argent, platine.

En peu de temps, l'inlay fut recouvert d'une couche d'or et ressemblait à un inlay d'or.

Dans le second cas, un inlay fait avec le même alliage, sans aucune présence d'autres travaux d'or dans la bouche, fut recouvert rapidement comme dans le premier cas d'une mince couche d'or, due à une action électrolytique locale.

Dans ces deux cas on ne relève pas de phénomènes pathologiques, mais ce danger ne doit pas être sous-estimé quoique probablement peu important, car :

1° La réaction alcaline de la salive favorise peu les actions chimico-électriques ;

2° L'intensité du courant électrique ainsi produit cesse presque complètement cinq secondes après le contact des métaux (Reinhardt et Salomon).

Dans tous les cas, nous devons éviter de créer en bouche un contact direct entre différents métaux qui, s'ils ne paraissent pas provoquer des symptômes nuisibles, peuvent avoir des actions dont l'importance est incontrôlable. L. S.

EDITORIAL. — **Nécessité de l'uniformité dans la nomenclature dentaire.** (*The Journal of the American Dental Association*, mai 1947, page 616).

Le Comité de nomenclature de l'American Dental Association vient d'adopter une méthode de désignation des dents.

Il existe actuellement au moins sept façons de désigner les dents en comptant celle recommandée par le Comité de nomenclature en 1933.

L'adoption de cette méthode unique arrive à un moment particulièrement propice.

Le nombre des établissements dentaires, notamment pour les soins des enfants va croissant. L'importance de la dentisterie est mieux comprise, et l'emploi des dents comme moyen d'identification est entré dans la pratique courante.

Mais la standardisation des désignations bien qu'importante n'est qu'un petit côté du vaste sujet qu'est la nomenclature.

Une nomenclature correcte est aussi essentielle pour les progrès de la dentisterie que pour le développement de toute autre science.

Le premier effort notable pour unifier les termes dentaires américains fut fait par Chapin A. Harris, en 1894. Son « dictionnaire de la science dentaire » fit autorité jusqu'au rapport de G. V. Black au Congrès Dentaire de Colombie en 1893. Ce rapport servit comme une base sur laquelle la nomenclature professionnelle actuelle fut établie.

En 1921, l'Association dentaire nationale institua un Comité permanent de nomenclature qui avec des changements de personnes servit fidèlement et bien pendant de nombreuses années.

Toutefois, le dernier rapport d'ensemble du Comité date de 1937. Depuis lors on n'enregistre que deux ou trois rapports de peu d'importance.

Malheureusement, les progrès dans la nomenclature dentaire n'ont pas suivi ceux de la technique ou de la recherche.

En vérité, il y a une tendance parmi quelques-uns des Auteurs les plus en vue à se désintéresser de certains termes et symboles qui ont été adoptés après une discrimination sérieuse par le Comité de Nomenclature. Les objections élevées contre certains termes sont basées sur l'intérêt personnel ou sur la susceptibilité des Auteurs.

Une autre difficulté vient de la tendance de certaines spécialités d'adopter des termes sans les soumettre à l'approbation du Comité de Nomenclature.

Il est évident que chaque spécialité doit s'efforcer de créer sa propre nomenclature ; mais il doit exister dans la profession une cour suprême qui doit juger en dernier ressort pour l'acceptation des termes scientifiques.

L. S.

COMITÉ DE NOMENCLATURE. — **Le Comité adopte une méthode officielle pour la désignation symbolique des dents.** (*Journal of the American Dental Association*, mai 1947, page 647).

Les demandes arrivées au Comité de nomenclature pour préconiser un procédé standardisé en vue de la désignation symbolique des dents, indiquent la nécessité d'une méthode officiellement reconnue par l'Association dentaire américaine.

Pour le moment, aucune uniformité ne s'est imposée à ce sujet. Les écoles dentaires, les différents corps militaires dentaires, l'Administration des Vétérans et autres institutions dispensant des soins dentaires emploient des méthodes qui diffèrent grandement.

En l'absence d'une méthode reconnue officiellement, les rapports de ces institutions sont inintelligibles sans l'aide de commentaires expliquant la méthode employée pour la désignation des dents.

Le Comité a officiellement adopté pour l'Association dentaire américaine la méthode illustrée par la figure jointe.

Cette méthode est basée sur les principes acceptés dans les descriptions anatomiques.

Dans la description des parties du corps, les anatomistes partent d'une position anatomique qui est acceptée et fixée.

Le corps humain est vu dans la station debout faisant face à l'observateur.

Si ce principe est utilisé en désignant les dents, une ligne verticale concrétise le plan médian et une horizontale symbolise le plan occlusal. Le territoire dentaire est ainsi divisé en quatre parties.

Les dents de la deuxième dentition (permanente) sont désignées numériquement de 1 à 8, en partant des incisives centrales, en relation avec les deux lignes symboliques.

Les dents de la première dentition (temporaires) sont désignées par les lettres de A à E.

Les chiffres et les lettres situés au-dessus de la ligne horizontale désignent les dents du maxillaire supérieur, au-dessous de la ligne horizontale, ils désignent les dents de la mandibule.

Les dents du côté droit ont la ligne verticale à leur droite, les dents de gauche ont la ligne verticale à leur gauche. Ainsi le symbole $\lceil\overline{3}$ indiquera une canine inférieure gauche.

Il est recommandé à tous les dentistes et institutions dispensant des soins dentaires d'utiliser cette méthode pour la désignation des dents dans leurs publications.

Droite															gauche
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
				E	D	C	B	A	A	B	C	D	E			

Plan recommandé par le Comité de Nomenclature pour la désignation symbolique des dents. L. S.

John Haddin BARR. — **Examen radiographique des caries, partie intégrante de la pratique générale.** (*Dental Magazine and Oral Topics*, décembre 1946).

Conclusions. — Essayer de maintenir une pratique conservatrice moderne sans le secours du diagnostic radiographique c'est tourner délibérément le dos au progrès scientifique d'un quart de siècle.

La radiographie interproximale n'implique pas forcément la dépense d'un capital investi dans l'acquisition d'une installation de Rayons X — (la possibilité de se faire honorer par les patients est habituellement à compter) — l'absence de facilités peut rarement être acceptée comme une raison valable pour l'omission de l'examen par les Rayons X.

Les patients et leurs parents peuvent facilement être convaincus de la valeur de cet examen, en liaison avec des conventions pour des rendez-vous périodiques pour de nouveaux examens dentaires ; il n'y aura pas dans les années à venir de pratique correcte sans de tels arrangements.

On doit prévoir que les revenus de l'examen radiographique interproximal doivent être escomptés dans ceux de tout service de la santé dentaire publique.

Nous devons tous à nos patients, et à nous-mêmes, de faire de l'examen radiographique interproximal une méthode usuelle pour le diagnostic des caries, cette méthode doit devenir une partie intégrante de notre pratique journalière. Peu de patients et aucun dentiste ne peuvent supporter de continuer sans cela. C'est un témoignage de la sincérité des intentions de chaque dentiste individuel.

S'il est sincère dans son idéal de service professionnel, il ne manquera pas de faire usage de toute aide à l'obtention d'un diagnostic raisonnable pour la détection précoce de lésions de carie. L. S.

B. G. BIBBY (Boston). — **L'emploi de la fluorine dans la prévention des caries dentaires.** (*Journal of the American Dental Association*, janvier 1947). (Voir du même auteur : I. **L'emploi de la fluorine dans la prévention des caries dentaires** ; II. **Les effets du fluorure de sodium, applications** ; dans le *Journal of the American Association*, mars 1944).

Il a été démontré que les solutions de fluorine apportent une réduction plus marquée de la solubilité de l'émail et de la dentine dans les acides organiques lorsque ceux-ci sont maintenus à un pH égal ou inférieur à 4.

Il est probable que la solubilité de l'émail et de la dentine peut être réduite par l'action d'ions autres que la fluorine. L. S.

Hilde FREY. — **Observations cliniques et microscopiques dans le traitement de l'infection de Vincent par la Pénicilline.** (*British Dental Journal*, 7 février 1947).

Cent trente-six cas de gingivite ulcéreuse ont été traités par la pénicilline sous forme de solution, de pastilles et des deux associées.

La guérison clinique fut obtenue en une à deux séances, la guérison bactériologique en trois séances environ.

Dans quarante et un cas le bacille fusiforme montra un changement typique. Au centre du bacille on nota une tuméfaction sphérique ou en forme de fuseau. Ce gonflement représentait deux ou trois fois l'épaisseur du bacille fusiforme usuel. Cette altération de forme doit être attribuée à l'influence de la pénicilline.

La pratique conduit à la conclusion que les pastilles contenant 500 unités de pénicilline sont suffisantes et que de plus grandes doses ne présentent pas d'avantages.

Les pastilles sont introduites dans le vestibule buccal entre la gencive et la joue et sont laissées en place pour se dissoudre lentement.

La dose agissante était de six pastilles de 500 unités par 24 heures. Les résultats ne furent pas plus satisfaisants avec l'emploi de 10 pastilles par 24 heures. L. S.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 3 juin 1947

La séance est ouverte à 20 h. 45 et le Président donne la parole à M. DUBOIS-PRÉVOST pour sa communication : *Calcification et Décalcification de la dent. — Médications et régimes récalcifiants.*

L'auteur passe en revue les conditions favorables et défavorables à la calcification.

Il rappelle les différentes théories relatives à l'adamanto-genèse et développe son point de vue personnel, estimant que l'étude de la calcification de l'émail doit se faire avec celle de l'ivoire, les deux processus étant inséparables.

Deux périodes sembleraient devoir les opposer (fœtale, post-natale), l'émail ayant acquis sa morphologie avant la naissance.

L'auteur rappelle les travaux de A. POLICART et s'en inspire pour interpréter les phénomènes de la calcification de la substance dentaire, émettant une hypothèse toute personnelle. Il en tire quelques conclusions thérapeutiques.

Le Dr SOLAS demande au conférencier ce qu'il pense de la question du fluor.

Certains auteurs préconisent non seulement son emploi sous forme de badigeonnages ou de dentifrices, mais encore ils recommandent l'usage habituel d'eaux de boisson fluorées.

Dans l'état actuel de nos connaissances et tenant compte des intoxications connues sous le nom de « Darmous », il semble raisonnable d'attendre avant d'instituer dans la pratique courante un tel régime.

M. MARREL fait quelques rappels de formules chimiques et le Dr LAURIAN clôture en disant que le fluor aurait, selon lui, un pouvoir catalytique.

La parole est ensuite donnée à M. DECOT, élève de cinquième année à l'Ecole Dentaire de Paris, qui lit une communication sur *Stomatites et Pénicilline*, faite en collaboration avec le Dr CORBEIL, Assistant de Stomatologie des Hôpitaux, et M. ROUX, Chirurgien-Dentiste.

Présentation de quatre cas de stomatites ulcéreuses graves (stomatite à allure épidémique, stomatite odontiasique, stomatite chronique, stomatite bismuthique) particulièrement rebelles aux thérapeutiques classiques instituées jusqu'alors.

Le traitement par la pénicilline (400.000 U. par jour pour les cas aigus, 500.000 U. pour les lésions chroniques et récidivantes). Ces doses en huit injections par vingt-quatre heures et administration pendant trois jours, nous a donné des guérisons sûres, complètes et spectaculaires.

La pénicilline reste le traitement de choix des stomatites graves malgré ses inconvénients (hospitalisation, nombre de piqûres fréquentes), mais nous espérons avoir sous peu la pénicilline-retard en solution huileuse, ou la pénicilline calcique, qui simplifieront la thérapeutique car une ou deux piqûres par jour suffiront à l'administration des doses importantes que nous devons employer.

A la suite de cet exposé, le Dr LAURIAN prend la parole pour s'étonner de la disparition d'un liseré bismuthique à la suite du traitement à la pénicilline. Le Dr CORBEIL lui répond que ce n'est pas le seul et qu'il a eu l'occasion d'en voir d'autres.

M. ROBERT met l'auteur en garde contre l'abus qu'on peut faire de la

pénicilline et rappelle qu'on a déjà remarqué quelques cas de pénicilline-résistance.

Le Président fait remarquer que le Dr RICHARD conseille justement pour éviter cette pénicilline-résistance, de ne pas cesser brusquement le traitement à la pénicilline, mais de le continuer au contraire pendant quelques jours après guérison, à doses dégressives.

L'ordre du jour appelle ensuite la communication de M. CECCONI sur : *Quelques considérations sur des perforations de la voûte du palais dues apparemment à des valves en caoutchouc sous des prothèses complètes.*

Le Dr GÉRARD-MAUREL argumente la communication et insiste sur l'opportunité du traitement chirurgical.

M. VILLAIN prend la parole pour rappeler le rôle nocif de la succion à valve et demande notre intervention auprès des Pouvoirs Publics pour la suppression des succions en caoutchouc, désir déjà manifesté par M. Georges VILLAIN, afin d'éviter le retour d'accidents analogues à ceux présentés à cette conférence.

M. PIERSON, après avoir rappelé les lois de Jores, précise que les lésions muqueuses apparaissent secondairement après des troubles osseux invisibles au début et dit que l'influence du terrain n'est pas aussi importante qu'on veut bien le dire.

M. DUBOIS-PRÉVOST conseille d'éviter le port de prothèse complète pendant la nuit.

M. MARGUERITE rappelle qu'à l'Ecole Dentaire de Paris, l'enseignement est donné dans le sens de la prohibition formelle de la succion en caoutchouc.

La séance est levée à 24 heures.

Le Secrétaire général : R. RIGOLET.

COMMISSION DE NOMENCLATURE

La Commission de Nomenclature s'est réunie a l'Ecole Dentaire de Paris, le lundi 2 juin 1947, à 21 heures.

L'Ecole Odontotechnique était représentée par Mme LIGER-TACAIL et M. TACAIL, assistés de Mlle S. BILLARD.

L'Ecole Dentaire de Paris, par MM. BEAUREGARDT, EISSENDECK Dr SOLAS, assistés de MM. ADRIAN, ANDRIEUX et COURTOIS J.

***

Après un exposé des buts à atteindre, il a été décidé de commencer les travaux tout d'abord sur le plan national et de limiter l'action au cadre professionnel.

Un recensement du vocabulaire odonto-stomatologique est décidé.

Tous les mots existants seront relevés avec l'indication de leurs racines, et celles du sens qui leur est habituellement attribué.

Enfin, un certain nombre de suggestions seront faites indiquant les néologismes qui sembleraient utiles.

En vue de faciliter ce travail préparatoire, la Commission est divisée en quatre Sous-Commissions : Dentisterie Opératoire, Chirurgie Dentaire, Prothèse, Orthodontie. Les autres branches : Céramique, Parodontose, etc..., étant rattachées à ces quatre divisions principales.

La prochaine réunion de la Commission de Nomenclature aura lieu dans les premiers jours de juillet. Tous les confrères s'intéressant aux questions de Nomenclature sont cordialement invités à se faire connaître. S'ils désirent participer aux travaux, ils sont priés de le faire savoir par écrit à M. le Dr SOLAS, 84, boulevard des Batignolles, Paris (XVIIe).

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE FRANCE

Séance du 22 avril 1947

J. Chatellier (Beyrouth). — *Dyspepsie, phénomènes paresthésiques et pelade d'origine dentaire.*

Médecin-Colonel Ginestet et Médecin-Capitaine Chemin. — *Autoplastie palatine par lambeau pédiculé retardé.*

Prof. Dechaume, Mme Chaput et M. Bureau. — *Réduction et contention de fracture mandibulaire par fixateur externe.*

Blessé atteint d'une fracture rétro-dentaire droite avec gros déplacement externe du fragment postérieur ; appareillage par fixateurs externes de l'armée américaine.

Les auteurs rappellent à ce propos les différentes méthodes de réduction et de contention de ces fractures et en soulignent la difficulté. Ils rapprochent de cette observation celle d'un blessé vu antérieurement et chez lequel subsiste une mobilité anormale au niveau d'un des traits de fracture et qui, d'après eux, aurait pu bénéficier de la mise en place de ce dispositif.

Cernéa et Bataille. — *Les altérations dentaires provoquées par la radio ou la curie-thérapie de la région cervicale.*

Travail important dans lequel les auteurs, s'appuyant sur 32 observations provenant en majorité de la Fondation Curie, étudient la séméiologie de ces altérations dentaires fort peu connues. De nombreux documents photographiques illustrent cette étude séméiologique. Les auteurs insistent sur :

1° L'évolution des lésions qui aboutit à une fracture cervicale de toutes les dents ;

2° Les dangers d'infection osseuse et par conséquent d'ostéo-radionécrose ;

3° Les conséquences prophylactiques et thérapeutiques envisagées du point de vue du radiologiste et de celui du stomatologiste ;

4° L'intérêt de ces altérations quant à la pathogénie de la carie, car, si l'irradiation directe des dents provoque des lésions, il est certain qu'une irradiation purement cervicale est capable de retentir tout autant sur le système dentaire.

S'appuyant sur les travaux expérimentaux déjà publiés, les auteurs proposent quelques hypothèses pathogéniques, insistent sur l'importance de la fourche carotidienne et donnent un projet d'orientation des expériences à entreprendre.

MM. Rouget et P. Hypeau. — *Granulome sublingual d'origine irritative.*

Tumeur lisse, volumineuse, aplatie de haut en bas, constituant comme une seconde langue. Ablation au bistouri électrique. L'origine irritative a été mise en évidence par la retrocession partielle de la tumeur après le meulage des incisives inférieures pratiqué quelque temps avant l'excision.

Prof. Dechaume et Mme Chaput. — *Granulome interne coronaire sur une incisive centrale supérieure droite.*

A propos d'un cas de granulome interne, les auteurs schématisent les signes de cette curieuse affection de la pulpe dentaire ; ils proposent le terme de pulpome pour la désigner. Elle peut atteindre les dentures temporaire et permanente, être isolée ou généralisée. Elle est marquée par une dystrophie pulpaire provoquant la lyse des tissus durs de la dent. La cause de cette lésion échappe complètement, malgré les documents histologiques, cliniques, radiologiques.

Dr Robert Vrasse.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT ODONTO-STOMATOLOGIQUE A L'HOPITAL

Séance du 22 mars 1947

Hôpital Cochin. — Service du Dr LATTES

Le Dr HENNION, Président de l'Association pour l'année 1947, ouvre la séance à 10 heures.

Dans une allocution toute amicale, il remercie les membres de l'avoir désigné pour cette présidence, rend hommage au Dr CERNÉA qui fut le grand animateur de l'Association et en présida les séances depuis sa création avec l'aimable autorité que d'aucuns lui connaissent.

Rappelant que sous le signe de l'amitié, l'Association fut créée, le Dr HENNION se félicite de voir réunis des confrères de disciplines différentes, mais animés du même goût de la recherche scientifique.

Aussitôt après, le Dr HENNION, selon la coutume des réunions de l'Association, donne la présidence effective de la séance au Dr LATTES, Chef du Service de Stomatologie de l'Hôpital Cochin.

Le Dr LATTES présente un malade atteint de Leontiasis ossea, et qui fut traité dans le service pour un accident inflammatoire en rapport avec son affection.

Présentation de radiographies.

Le Dr CERNÉA argumente la discussion en insistant sur la valeur histologique des examens permettant de mieux comprendre les manifestations très diverses de cette maladie : l'ostéite fibreuse.

Présentation d'un second malade par le Dr LATTES.

Il s'agit d'un jeune étudiant de 22 ans, atteint de troubles graves de l'articulé, — latéro-déviation importante —.

Le Dr LATTES demande quel traitement pourrait être proposé.

Les Drs LAMBERT, CERNÉA, LATTES, LEPOIVRE et M. H. LENTULO prennent part à la discussion.

Troisième malade présenté par le Dr CORBEIL, assistant du service.

Syphilome diffusant du maxillaire inférieur, chez un malade ignorant sa spécificité, apparaissant sous la forme d'une énorme tuméfaction angulo-maxillaire, remontant le long de la branche et s'étendant jusqu'à la région prémolaire.

Une discussion s'ouvre à propos des accidents consécutifs au traitement spécifique.

Les Drs LATTES, CERNÉA, CORBEIL, prennent part à la discussion.

SOCIÉTÉ ODONTO-STOMATOLOGIQUE DE LYON

Séance du 24 janvier 1947

Dr HOUPERT. — *Lobule intra-mandibulaire de la glande sous-maxillaire.*

L'auteur rapporte l'observation d'un lobule aberrant de la sous-maxillaire, dont l'intérêt réside, d'une part, dans la difficulté du diagnostic qui n'a été fait qu'après exerèse par voie exo-buccale, grâce à un examen histo-pathologique (les examens cliniques et radiographiques permettant seulement d'éliminer un certain nombre de processus pathologiques, mais non de fixer la nature de celui-ci) et d'autre part, dans la rareté d'un tel cas, dont l'auteur n'a pu trouver mention dans ses ressources bibliographiques.

Lieutenant-Colonel DUMALLE. — *Lobule aberrant d'une glande salivaire.*

Un cas presque semblable au précédent est présenté, mais sans pouvoir préciser ici d'une façon certaine s'il s'agissait d'un follicule de la glande sous-maxillaire ou de la parotide, la tumeur se trouvant sans liaison directe avec aucune des deux glandes.

Dr HUGUENET. — *Traitement des gangrènes pulpaires par la méthode de Buckley.*

Toute la thérapeutique par le formol est reprise point par point dans cet exposé, méthode dont les avantages et les inconvénients sont discutés et qui reste pour l'auteur une méthode de choix dans le traitement des gangrènes pulpaires.

E. GENELETTI. — *Deux cas de félures dentaires.*

Deux félures dentaires radiculaires sont présentées, la première d'origine inconnue, la seconde consécutive à un traumatisme remontant à une année, et qui illustrent à elles deux, toute la symptomatologie des félures pénétrantes si bien décrite par Chenet (douleurs à forme de névralgies, sinusite latente).

* * *

Séance du 21 février 1947

Dr DUCLOS et J. HESKIA. — *Un cas d'ostéome du maxillaire inférieur.*

Les auteurs présentent un cas de tumeur du maxillaire inférieur, de consistance dure. L'image radiographique montre une véritable organisation osseuse. Un diagnostic différentiel est établi, d'avec les tumeurs malignes d'une part, et les tumeurs liées au système dentaire, d'autre part. Après éxerèse, un examen histo-pathologique rendu très difficile par la dureté extrême des tissus, confirme le diagnostic d'ostéome.

E. GENELETTI. — *L'ozone dans le traitement des gangrènes pulpaires et complications péri-apicales.*

Après un rapide historique sur la découverte de l'ozone, les propriétés physiques, chimiques et surtout thérapeutiques du gaz sont exposées. L'auteur s'attachant ensuite aux techniques d'applications, et aux indications, estime que l'emploi de l'ozone seul, surtout en une séance unique, dans le traitement des gangrènes pulpaires, ne peut donner une garantie de guérison suffisante, mais que l'ozone trouve son indication véritable, comme auxiliaire utile et indispensable de la haute-fréquence.

P. FAVODON. — *La haute fréquence dans le traitement des gangrènes pulpaires et complications péri-apicales.*

Reprenant une à une les différentes propriétés des courants de haute fréquence, l'auteur essaye de nous montrer les mécanismes de la guérison au niveau de la région atteinte. Il expose ensuite les diverses techniques

d'applications, insistant sur le fait que la haute-fréquence n'est pas une méthode pour un praticien en « panne d'aseptie » et conclut par les magnifiques résultats que nous pouvons obtenir par cette méthode, ou plus exactement, les méthodes ozone-haute-fréquence associées.

J. BRUGIRARD. — *Le point de vue du praticien.*

L'auteur fait en quelque sorte une mise au point des méthodes dites classiques, montrant les difficultées de la pratique courante dans le traitement des racines, mettant en évidence et soulignant certains principes élémentaires, qui restent immuables indépendamment des méthodes employées.

* * *

Séance du vendredi 28 mars 1947

Dr PEYRUS. — *Considérations sur la restauration de la crête nasale par greffe cartilagineuse.*

L'auteur expose et discute les différentes techniques employées pour les restaurations de crêtes nasales. Cartilage costal et voie endo-nasale représentent pour lui les meilleures conditions de succès qu'il a obtenues et le Dr PEYRUS présente en conclusion une très belle série de photographies de malades opérés par lui.

Drs Ch. FREIDEL, LAIR et PERNOT. — *Un cas de prognathisme mandibulaire traité par la méthode de Lindemann.*

Un cas de prognathie mandibulaire vraie, chez une jeune fille de 20 ans. L'opération de Lindemann est pratiquée, suites opératoires simples, blocage inter-maxillaire d'un mois et le résultat obtenu, tant au point de vue fonctionnel qu'au point de vue esthétique se révèle parfait.

M. G. PERROT et Dr M. POTEL. — *Traitement par le Merfène des gangrènes pulpaires.*

Prenant suite dans l'étude sur le traitement des gangrènes pulpaires, les auteurs publient les résultats extrêmement intéressants et rapides qu'ils ont obtenus par le *Merfène*, sous forme de *Collu-Merfène*, ainsi que leurs expériences en cours sur la concentration du produit employé. La technique est la même que celle utilisée dans la méthode de Buckley, seul le produit chimique varie.

Dr DUCLOS. — *Traitement chirurgical des complications apicales de la gangrène pulpaire.*

C'est un véritable tableau de l'évolution des méthodes chirurgicales dans le traitement des complications apicales de la gangrène pulpaire, que nous présente l'auteur, de l'extraction pure et simple sans curettage, en passant par les extractions avec curettage, extractions suivies de réimplantation, opération de Claude Martin, pour aboutir à l'opération de Roy, méthodes qui tendent à devenir de plus en plus conservatrices, et qui perdent de plus en plus également de leurs indications devant les progrès de certaines méthodes modernes non chirurgicales, telles que la haute fréquence et l'ozone.

M. L. GRENIER. — *Conclusions générales sur le traitement des gangrènes pulpaires et de leurs complications périapicales.*

De toutes les différentes méthodes exposées ici au cours des dernières séances, sur la question du traitement des gangrènes pulpaires, et des complications périapicales, l'auteur va faire une synthèse d'où il tirera quelques grandes lois : nettoyage et alésage minutieux des canaux, ainsi que leur obturation complète après désinfection réalisée par l'une ou l'autre des méthodes exposées, ce qui demande toujours de la part de l'opérateur, dont le facteur personnel est des plus important, un peu de science et beaucoup de conscience.

E. GENELETTI.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

XXe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

C'est à Vichy que s'est tenu les 15, 16, 17 mai 1947, sous la présidence de M. le Dr DE NÉVREZÉ, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris, le *XXe Congrès de la Société Française d'Orthopédie dento-faciale.*

Ce Congrès a revêtu cette année un éclat d'autant plus particulier qu'il avait lieu dans une ville ne comportant pas de Faculté. La grande Station thermale a offert un accueil chaleureux et amical aux congressistes, et la Municipalité, ainsi que la Société Fermière ont tenu à recevoir les nombreux confrères présents, d'une façon digne de ce grand centre français.

Les congressistes étaient particulièrement nombreux et avaient tenu à amener leurs familles pour lesquelles Mme DE NÉVREZÉ avait organisé des excursions et des visites fort goûtées.

Nous avons relevé la présence d'un grand nombre de confrères vichyssois qui ont vivement apprécié la cordialité qui régnait au sein de la Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale.

Notons aussi avec plaisir que les jeunes praticiens sont venus nombreux assister aux travaux de la Société et que beaucoup de confrères étrangers n'ont pas hésité à faire souvent de longs déplacements pour renouer les liens d'amitié que la guerre avait interrompus. Nous avons eu le plaisir de retrouver nos anciens amis belges, suisses, hollandais, portugais et italiens.

Le Congrès a tenu ses assises dans la salle des Sciences Médicales de Vichy.

JEUDI 15 MAI 1947

Le Dr ROUBEAU, Président de la Société des Sciences de Vichy, souhaite la bienvenue aux congressistes.

Le Dr QUINTERO, Président de la Société Française d'Orthopédie dento-faciale, remercie le Dr ROUBEAU de ses paroles de bienvenue et de l'hospitalité de la Société des Sciences de Vichy.

Le Dr DE NÉVREZÉ, Président de Session, prend alors la parole pour saluer les membres français et étrangers et rappeler le souvenir de tous les disparus ; il insiste sur les sentiments qui unissent tous les membres à une époque où la société est particulièrement ébranlée par l'évolution sociale ; il fait le bilan des travaux de la S. F. O. D. F. et le compte de ce que nous avons tous pu apprendre, puis il indique le programme du Congrès.

Le Dr QUINTERO prend alors la présidence et donne la parole au Dr DE NÉVREZÉ sur :

Première question à l'ordre du jour

Dr de NÉVREZÉ. — **LA MORPHOLOGIE DENTAIRE DANS SES RAPPORTS AVEC LA MORPHOLOGIE GÉNÉRALE ET OCULAIRE.**

L'auteur rappelle que la morphologie a fait l'objet d'un travail en 1929 et qu'un recul suffisant permet de juger de son importance sur le terrain et les actes de notre spécialité.

Il rappelle les trois types morphologiques : Carbo, Phospho, Fluo Calciques déjà exprimés par NEBEL et VANNIER. L'auteur identifie chacun de ces types avec un type dentaire.

Le Dr DE NÉVREZÉ prend acte que de nombreux auteurs dont : IZARD, COOLS, JAQUELIN, BENNEJEANT ont adopté cette classification physio-pathologique avec quelquefois une terminologie qui leur est propre, mais se rapportant toujours aux trois types précédents. L'auteur s'oppose à la classification géométrique de WILLIAMS qui ne considère que les couronnes et non les racines dentaires.

Si les termes Carbo et Phospho-calciques ont été adoptés sans discussion, celui de Fluo-calcique s'est vu préférer le qualificatif d'élastophatique. Or, le Fluor a été remis à l'ordre du jour par les Américains qui le prescrivent aux doses homéopathiques de VANNIER.

Le Dr DE NÉVREZÉ rappelle le travail du Dr DECHAUME sur cette question. Les homéopathes prétendent que le Tréponème, par sa forme, agit de même façon que le Fluor ; donc par règle de similitude sont légitimés à baptiser le type élastopathique du nom de fluorique.

La difficulté de faire adopter les types de base réside dans celle qu'il y a d'établir un diagnostic dentaire et même général.

Les types dentaires sont rarement purs ; on les trouve le plus souvent associés deux par deux, surtout en types mixtes dystrophiés carbo-fluo calciques. *A priori*, d'après BENNEJEANT, les types dystrophiés subissent toujours une réduction de forme, une régression de type vers le protoconide, une réduction de nombre. Or, c'est justement ce qu'on observe sur les types fluo-calciques dits élastopathes qui présentent une réduction du volume des dents, une convergence des racines, une tendance à la régression des cuspides et des racines pour aboutir au type conoïde (dent reptilienne ou protocone de Beltrami (dent de sagesse en grain de blé, latérales en grains de riz chez les types fluo-calciques, élastopathes, etc...).

Ce diagnostic dentaire est corroboré par celui de l'élastopathie chez les types mixtes phospho, fluo et carbo-calciques. La preuve de la solidité de cette classification physio-pathologique est apportée par le diagnostic rétinographique donné par :

Dr JARDET, *de Vichy*.

L'auteur pratique la rétinographie et l'endo-rétinographie qui donne une image des tissus rétiniens dans toute leur épaisseur, document précis et impartial.

Le Dr JARDET projette une nombreuse série de rétinographies d'yeux normaux ne présentant aucune diminution de la vision ni aucune lésion pathologique. Tous ces malades ont été étudiés au point de vue dentaire par le Dr DE NÉVREZÉ et classés dans les trois groupes carbo, fluo, phospho calciques. Or, la rétinographie nous montre :

1° Les carbo-calciques frappent par leur aspect ordonné, la régularité de la pupille, circulaire ou ovale, aux bords bien délimités, la répartition uniforme des vaisseaux, la proportion bien équilibrée de leur diamètre, la densité régulière des tissus chorio-rétiniens ;

2° Les fluo-calciques, au contraire, sont désordonnés, la pupille est déformée, très ovale, à bords déchiquetés, la surface elle-même est décolorée par la diminution des fibres à myéline, laissant voir les troncs artériels et veineux, plonger très en arrière dans les cas les plus avancés ; les vaisseaux suivent des trajets sinueux, parfois vraiment anarchiques ; les proportions entre veines et artères ne sont plus respectées ; les veines se laissent dilater perdent leur transparence, leurs parois s'épaississent, elles prennent l'aspect de chapelets variqueux, Les artères se transforment, s'étranglent par place, se dilatent en aspect ampulaire. Les tissus chorio-rétiniens sont distendus.

3° Entre ces deux types, toutes les variétés peuvent se présenter ; ce sont les phospho-calciques.

Dès que l'on s'éloigne du type pur fondamental carbo-calcique, on est frappé par la constance absolue des altérations des veines, premier échelon de la longue échelle dystrophique dont le dernier serait le fluo-

calcique absolu au delà duquel nous pénétrons dans la pathologie. Or, l'examen de ces diversités d'aspect des rétinographies (l'auteur et le Dr DE NÉVGEZÉ l'on démontré maintes fois), permet de rattacher le type phospho-calcique à l'hérédo-tuberculeux et le fluo-calcique à l'hérédo-syphilitique. Les deux formes d'altérations peuvent se surajouter et se superposer à des degrés variables. Restent enfin les types mixtes dysmorphiques où, selon DE NÉVREZÉ, les hérédo-arthritiques. Les travaux du Dr DE NÉVREZÉ, vieux de trente ans, sont confirmés par la clinique, et les résultats thérapeutiques confirment ses résultats morphologiques. Les types oculaires confirment pleinement les types morphologiques dentaires du Dr DE NÉVREZÉ.

M. le Dr BELTRAMI, Professeur à la Faculté de Médecine de Marseille. — **ESSAI DE SYNTHÈSE DE TERMINOLOGIE EN MORPHOLOGIE DENTAIRE.**

La science est une : un champ très étendu exige la division du travail : d'où la Science divisée en Sciences et dans chacune la spécialisation qui a produit des résultats remarquables, mais a amené le compartimentage ; plusieurs disciplines étudient les mêmes sujets sans se connaître. La Zoologie, l'Anthropologie étudient comme l'Odontologie la Morphologie dentaire et ont une terminologie fondée sur la théorie américaine de la Trituberculie de COPE, GRÉGORY. L'auteur rappelle cette terminologie qui part du système dentaire des reptiles primitifs du carbonifère et du permien.

C'est le stade Haplodonte (*haplos* : simple).

Les dents les plus simples, analogues aux canines des reptiles actuels, des crocodiles. Au maxillaire supérieur on appelle cette dent ou tubercule primitif : le Protocone.

Le stade suivant est le stade Triconodonte, le Protocone est entouré mésialement d'un paracone et suivi mésialement d'un Métacone (à la mandibule, les mêmes cuspides portent le suffixe « ide »).

Puis vient le stade Trigonodonte : le Protocone devient palatin, le Paracone et le Métacone sont vestibulaires.

Le Protocone reste vestibulaire, le Paraconoïde et le Métaconoïde deviennent lingaux.

Enfin, le stade du Talon, un nouveau groupe apparaît. Au maxillaire le talon se nomme : l'Hypocone ; à la mandibule : le Talonide qui se subdivise en Hypoconide, Entoconide et Hypoconulide. Cette terminologie s'applique précisément aux molaires des primates donc de l'homme.

La première molaire inférieure à 5 cuspides est le propre des anthropomorphes et des hommes. C'est le gabarit du Dryopithèque :

La cuspide mésio-vestibulaire est le Protoconide.

La cuspide mésio-linguale est le Métaconide (le Paraconide a disparu).

La cuspide vestibulaire est l'Hypoconide.

La cuspide distolinguale est l'Entoconide.

La cuspide vestibulo-distale est l'Hypoconide.

On note le fameux Y caractéristique.

La deuxième molaire perd l'Hypoconide et devient une dent aux sillons en croix, signe le plus caractéristique de la dent humaine.

Au maxillaire supérieur la première molaire conserve le trigone à l'état presque pur, la cuspide mésio-palatine est le Protocone uni par la crête oblique à la cuspide disto-vestibulaire, le Métacone. Le Mésio-vestibulaire est le Paracone, enfin la cuspide disto-palatine est l'Hypocone.

Pour la deuxième molaire, l'Hypocone devient vestigial et même disparaît.

Cette terminologie fondée sur des arguments extrêmement sérieux est adoptée à peu près dans le monde entier.

Mais les anthropologistes ont aussi adopté la terminologie de MARTIN, de Zurich, basée sur les rapports des incisives supérieures et inférieures.

(Lorsque ces dernières sont en articulé bout à bout on dit qu'elles sont en Labidodontie (de labidos : tenailles) en articulé normal actuel on dit qu'elles sont en Psalidodontie (de psalidos : ciseaux) ; en Mordex apertus : Hiatodontie.

Si les incisives inférieures sont en arrière, elles sont dites en Opisthodontie.

Très en avant, elles sont en Prodontie.

Il y a pour l'auteur nécessité d'adopter cette terminologie courante en Zoologie, en Anthropologie et en Paléontologie.

Le Dr BENNEJEANT approuve longuement la communication du Dr BELTRAMI.

Dr BENNEJEANT. — **MORPHOLOGIE DENTAIRE DES ANTHROPOIDES A L'HOMME.**

L'observation de la morphologie dentaire durant l'Epoque Quaternaire évaluée environ à un million d'années permet de se rendre compte des variations, qui se sont produites au cours de ce laps de temps. Variations de faible étendue, car les caractères anatomiques dentaires sont relativement stables. Plus que les caractères osseux de la mandibule, puisqu'on arrive avec la mâchoire d'HEIDELBERG a un aspect simien, alors que la denture est celle de l'homme actuel.

Si nous avons entrevu une origine possible dans l'Oligocène, nous ne connaissons pas les antécesseurs et entre les fossiles Parapithecus-Propliopithecus et les Paranthopiens, il existe le Miocène et le Pliocène, qui à lui seul est évalué à 10 millions d'années soit dix fois la période d'observation, que nous avons envisagée.

L'Odontologie doit être à la base des études nouvelles sur les fossiles miocènes et pliocènes africains. Le Prof. ARAMBOURG a déjà donné de l'importance au Limnopithécus Pegeget du Miocène inférieur du Kénia, trouvé en 1933, par A. H. HOOPWOOD, sur le seul épanouissement du trigonide de la première molaire temporaire inférieure. C'est peut être aller un peu loin, mais la direction est bonne, car l'auteur croit que la morphologie comparée des molaires temporaires permettra le triage des fossiles rencontrés. Cynomorphes contractant de nouvelles formes dentaires lophodontes, Anthropoïdes de morphologie sectoriale, Anthropoïdes ayant dépassé la morphologie humaine.

Déjà on note des différences très minimes qui ont cependant leur valeur dans les différenciations de ces molaires. Trigonide surélevé sur la première molaire temporaire inférieure de l'homme de Néanderthal, du Sinanthrope, alors que chez l'homme actuel le talonide est sur le même plan.

Paraconide non encore effacé sur la seconde molaire du Sinanthrope ainsi que chez le Gorille. Ancien trigonide surélevé et absence de la fourche antérieure sur la première vraie molaire du Gorille. Détails que seul voit un anatomiste dentaire, mais qui peuvent éveiller l'attention des Anthropologistes.

Dr DUYZINCS (*d'Utrecht*). — **L'ORTHODONTIE, SCIENCE MÉDICALE BIOLOGIQUE ET DENTAIRE.**

De la très longue communication du Dr DUYZINCS on peut retenir essentiellement les rapports des malformations dentaires et des malformations squelettiques vertébrales et costales. Il montre l'intérêt de la thérapeutique de la région faciale dans ces rapports avec les anomalies du squelette et des appareils de la vie de nutrition. L'auteur fait un examen très développé de tous les grands facteurs étiologiques qui le conduisent à dire : « Il faut que l'Orthodontie connaisse exactement les relations de l'occlusion (avec tous ces changements dans le cours de son développement) et l'évolution équilibrée et harmonieuse des mâchoires et du visage.

La séance d'affaires de la Société réunit tous les membres qui adoptent à l'unanimité les divers comptes rendus.

VENDREDI 16 MAI

Dr COMTE (*de Genève*). — **DE LA PERMANENCE DES RÉSULTATS DES TRAITEMENTS ORTHODONTIQUES.**

Après avoir projeté des photos pour montrer des résultats obtenus au cours de sa longue carrière, l'auteur rappelle toutes les conditions de la prévention telle qu'elle avait été établie jusqu'à présent et précise :

1° Qu'il faut supprimer la cause de la malformation ou de la malposition ;

2° Il faut rétablir l'équilibre des forces en présence ;

3° Ramener les arcades à la normale ;

4° Obtenir une mastication efficiente et une respiration nasale normale ;

5° Assurer une bonne calcification des tissus osseux de soutien et une bonne reconstitution des ligaments et autres tissus mous ;

6° Etudier et connaître la constitution du patient ;

7° Supprimer l'effet nocif de l'évolution des dents de sagesse.

Après avoir développé chacune de ces proposition, l'auteur en conclut que toutes ces causes ne sont pas séparées mais s'intriquent, s'associent et souvent réagissent les unes sur les autres.

Une très intéressante discussion suit cette très belle communication du Dr COMTE à laquelle participent les Drs QUINTERO, CAUHÉPÉ, DE NÉVREZÉ, DE COSTER et MARONNEAU.

Deuxième question à l'ordre du jour

MM. BEAUREGARDT, BECK, Dr FONTANEL. — **RAPPORT SUR LES LATÉROPOSITIONS MANDIBULAIRES** (*Diagnostic, Etiologie, Pathogénie, Traitement*).

La L. M. est une anomalie qui, jusqu'à ce jour, a été peu étudiée. Aux relations anatomiques et physiologiques du complexe articulaire du squelette maxillo-mandibulaire, s'accordent des troubles concomitants. A ce titre, les anomalies doivent figurer dans la classification nosologique de la région faciale.

Pour exprimer, d'après les règles de la terminologie, l'anomalie particulière de l'articulation T. M., les termes de L. M. signifient que la mandibule, dans sa forme et son volume, est normale, les qualificatifs, à droite et à gauche, indiquent le sens de la déviation, par rapport à la ligne médiane.

Le diagnostic clinique de la L. M. est extrêmement simple. Sa réduction extemporanée rétablit l'équilibre des traits et des masses jugales. Aux malocclusions « invraisemblables » succèdent, en fonction des freins et des lignes inter-incisives, maxillaire et mandibulaire, des arcades dentaires et alvéolaires plus conformes à l'anatomie.

Pour reconnaître exactement les anomalies dentaires et alvéolaires, *il est obligatoire de réduire au préalable la L. M.*

En outre, pour conserver des documents des états pathologiques de la face et de la cavité buccale, sont indispensables :

Les *photographies*, face et profil, les *moulages* pris *avant* la réduction de la L. M.

1° Les *photographies*, face et profil, prises *après* la réduction de la L. M.

Un second jeu de moulages, montés en occlusion, succédant à la réduction de la L. M. est indispensable pour le diagnostic des anomalies alvéolodentaires et ultérieurement pour la construction des appareils.

Ces moulages sont orientés à l'aide d'une maquette de cire placée sur l'arcade maxillaire, qui a enregistré les rapports des arcades, au moment où les dents de l'arcade mandibulaire arrivent au contact de l'arcade maxillaire.

L'augmentation de la hauteur naso-mentonnière qui résulte de cet état est négligé sans cependant méconnaître les causes dentaires qui l'ont produite.

Les malocclusions peuvent se projeter dans les trois sens. Ce sont les malocclusions transversales qui sont les plus fréquentes et les plus marquées. Elles correspondent à la rupture des rapports des éléments dentaires qui, normalement, doivent équilibrer la mandibule dans le sens transversal.

Quatre formes de malocclusions dans lesquelles on peut classer toutes les modalités individuelles ont été retenues.

La L. M. se rencontre au cours de la deuxième enfance, mais plus fréquemment au cours de la troisième enfance (période de transition des dentures).

On peut confondre la latéro-position avec la latérognathie mandibulaire.

Avec les anomalies régionales antérieures des arcades.

Avec les déviations consécutives aux fractures.

Le signe essentiel de la L. M. c'est la possibilité de sa réduction extemporanée sans corrélation avec les groupes d'anomalies sus-nommées.

Enfin, la L. M. qui comporte un déplacement limité antérieur peut être compliquée d'antéposition mandibulaire, le clinicien doit dans ces cas de dyskinésie double, discerner les signes faciaux et dentaires qui leur sont particuliers.

De l'Etiologie et de la Pathogénie, il faut retenir que les L. M. apparaissent :

Quand sur des *terrains préparés* (élastopathie-syphilis) en raison d'une *conformation anatomique* très spéciale viennent agir :

Des *causes générales ou proximales* nombreuses, mais surtout des causes locales qui conditionnent d'ailleurs les formes les plus sévères d'une thérapeutique plus compliquée.

Le traitement de la L. M. et des anomalies alvéolo-dentaires comprend :

1° *Le traitement des causes générales* : Rôle du médecin pour prévenir et traiter les actions prédisposantes des causes *héréditaires* et parfois les intolérances à l'appareillage ;

2° Le traitement des causes proximales : Rôle du spécialiste O. R. L. pour prévenir ou traiter les troubles respiratoires oro-pharyngés ;

3° *Les causes locales* : Rôle du praticien :

a) Eduquer la mère de famille pour l'application des procédés de prévention particuliers à la première, deuxième et troisième enfance ;

b) Prévenir ou traiter les caries, supprimer les obstacles à l'éruption des dents, compenser les dents absentes (avulsion précoce, chute ou éruption précoce ou tardive) avec des appareils d'équilibration.

Le traitement orthopédique de la L. M. et des anomalies alvéolo-dentaires essentielles :

Pour la première forme : facile avec des appareils fixes ou amovibles ;

Pour la deuxième forme : facile avec les mêmes appareils complétés d'une butée latérale. ;

Pour la troisième forme : Subdivision A) : de préférence avec appareil à appui alvéolo-dentaire complété d'une butée médiane orthokinétique ;

Subdivision B) : A ces procédés, il faut ajouter les forces extra-buccales ayant pour appui le crâne ;

Pour la quatrième forme : Le traitement mécanique n'est qu'un essai théorique dont les directives répondent aux conditions mécaniques envisagées.

L'Enseignement de la Prévention de la L. M. et de ses anomalies essen-

tielles doit, comme pour toutes les autres dysmorphoses et dyskinésies mandibulaires devenir d'une pratique courante à tous les praticiens.

Le Dr DE NÉVREZÉ et M. MUZJ, de Rome, argumentent ce très important et intéressant rapport.

Dr MERLE-BÉRAL. — **LES BÉANCES D'OCCLUSION. ESSAI DE CLASSIFICATION PATHOGÉNIQUE.**

Après avoir donné une classification des béances, l'auteur estime que leur étiologie et leur pathogénie sont primordiales pour leur traitement. Il considère que les béances peuvent se produirent :

1° Par arrêt de développement :

a) Par arrêt de développement embryologique des maxillaires ;

b) Par arrêt du développement des maxillaires par intervention de causes extrinsèques ;

c) Par arrêt du développement des maxillaires par intervention de causes intrinsèques.

2° Par traumatismes ayant entraîné :

a) Des pertes de substances ;

b) Des consolidations vicieuses d'une partie ou de la totalité des maxillaires.

3° Par suite de malformations dento-maxillo-faciales dont les béances ne sont qu'un des éléments du cortège symptomatique ;

4° Par déviation d'un processus évolutif normal ;

5° Les béances thérapeutiques.

Après avoir développé toutes ces causes, l'auteur conclut :

1° Que les béances sont le résultat d'une dysharmonie entre les dents, les mâchoires et la structure cranio-faciale en général ;

2° Ce défaut d'harmonie résulte d'un trouble osseux qui entraîne un déséquilibre statique et dynamique à l'origine de la béance ;

3° La béance pure se rencontre moins souvent que la béance entraînant des dysmorphoses plus ou moins compliquées.

Suivant le mot de DE COSTER « elle semble constituer alors le symptôme final » ;

4° Certaines béances peuvent être rapportées à leur cause, d'autres ne sont que des épiphénomènes au cours des dystrophies généralisées d'Etiologie complexe et parfois encore obscure pour lesquelles nous ne pouvons mettre en avant que des hypothèses ;

5° La notion pathogénique amène le choix du traitement et règle le pronostic.

Les béances de causes extrinsèques étant plus facilement réductibles que celles de causes intrinsèques.

MM. TACAIL et AUTHIER argumentent cette communication.

Le Dr MARONNEAU demande que l'on fasse une distinction entre les infra-maxillaires et mandibulaires, celles-ci présentant une morphogénèse spéciale.

Le Dr DE NÉVREZÉ rappelle qu'il fut l'un des premiers à se pencher sur la pathogénie des béances et invite les jeunes à le suivre dans cette étude et dans le traitement de ces anomalies heureusement rares.

Troisième question à l'ordre du jour

Dr CAUHÉPÉ. — **RAPPORT SUR LES PHÉNOMÈNES BIOLOGIQUES EN ORTHODONTIE.**

L'incertitude du pronostic pèse lourdement sur l'orthodontie. Des cas, en apparence absolument semblables, traités de la même façon par le même praticien, évoluent de manières différentes : chez les uns, la réduction est facile et définitive, chez les autres, la récidive partielle ou totale survient, même après le port prolongé d'un appareil de contention.

L'auteur cherche la raison de ces faits d'observation courante dans les phénomènes biologiques.

1° L'hérédité. Les récents travaux sur la génétique ne laissent guère de doute sur la réalité de la transmission héréditaire de certaines formes osseuses que nous jugons anormales. L'hérédité détermine également la forme, la dimension et le nombre des dents. Enfin, la ségrégation des caractères permet qu'un individu reçoive les grandes dents d'un de ses parents et les petits maxillaires de l'autre, ou *vice-versa*.

2° Les variations. Il y a un très grand nombre de formes normales variant en deçà ou au delà de celles que nous considérons comme optima ;

3° La croissance. D'après les travaux de BROADBENT, KROGMAN, TODD, il semble que la face s'accroisse surtout en bas et en avant, tout se passe comme si une zone fertile, située en arrière des dernières dents évoluées repoussait sous et devant elle les régions déjà formées, qui ne subissent plus aucun remaniement ultérieur, sauf pour quelques détails d'origine périostée.

Les arcades dentaires, qui ne sont qu'une partie de la face, participent à ce processus. L'arcade alvéolaire se forme au moment de l'éruption des dents ; ensuite ces dernières ne bougent presque plus, les permanentes prennent exactement la place des temporaires correspondantes.

Les influences pathologiques peuvent arrêter la croissance. Fait capital, mis en lumière par TODD, cet arrêt de croissance ne se rattrape plus ; quand la croissance reprend, c'est au delà de la zone définitivement atrophiée.

Dans d'autres cas, étudiés par DE COSTER, la maturation osseuse ne suit pas le même rythme que l'évolution dentaire. Il en résulte comme précédemment l'éruption trop mésiale des dents de 6 ans, mais cette anomalie peut être rattrapée au fur et à mesure que la différenciation osseuse se produit.

Ces considérations conduisent aux conclusions suivantes :

1° Au point de vue pathogénique, les déformations apparaissent comme des dysharmonies entre les systèmes dentaires et osseux, d'origine embryonnaire différente et subissant de façon distincte les diverses influences héréditaires ou pathologiques ;

2° Au point de vue diagnostic, beaucoup d'anomalies semblent dues à la mésio-position des dents de 6 ans et de celles qui sont en avant d'elles. Il en résulte une plus petite distance entre deux dents symétriques, faisant croire à une endognathie qui n'existe pas ;

3° Au point de vue thérapeutique, il faut réviser les notions classiques. L'expérience des orthopédistes généraux et l'étude des déformations du pied de chinoise conduisent à penser que les forces mécaniques peuvent dévier la croissance, mais ne permettent ni de la freiner ni de la produire. Par conséquent la thérapeutique orthodontique mécanique n'est susceptible de corriger les déformations maxillo-dentaires qu'à la condition d'agir pendant la croissance et dans le même sens qu'elle.

Quand du fait de l'âge ou des contingences pathologiques, la croissance est terminée, il faut considérer que la base apicale n'est plus modifiable et y proportionner le nombre des dents à laisser sur les arcades. Après une ou

deux extractions judicieusement décidées la thérapeutique mécanique pourra encore amener en position fonctionnellement et esthétiquement correcte les autres dents.

Ces notions constituent l'essentiel de la « nouvelle philosophie orthodontique » soutenue en Amérique par TWEED ;

4° Au point de vue pronostic, le pourcentage des résultats définitivement stables est augmenté par la confrontation du diagnostic morphologique, du diagnostic pathogénique et des possibilités de la thérapeutique mécanique qui permet de mieux adapter le traitement à chaque cas particulier.

M. BESOMBES retient de cette remarquable communication du Dr CAUHÉPÉ qu'il faut surtout donner de l'importance à la prévention des anomalies tant au point de vue biologique que mécanique, et que ce sont-là des considérations dont la Sécurité Sociale doit faire son profit.

Mme MULLER et M. MONTEIL. — **L'APPAREIL D'ACIER TACAIL DANS SES APPLICATIONS.**

Les auteurs font part des difficultés auxquelles ils se sont heurtés pour obtenir, en acier inoxydable, l'appareillage or mis au point par TACAIL, en 1927. Dérivé de l'arc rond et rigide d'Angle, cet arc a l'avantage d'être plat et souple. Il permet ainsi, et plus particulièrement lorsqu'il est muni de dispositifs d'avancement fixés sur les dents baguées, d'opérer une véritable pression du bloc incisif. C'est ce que les auteurs nous démontrent par deux observations qu'illustrent de façon éloquente les qualités évidentes de l'appareillage acier TACAIL.

Mme MULLER et M. OMEYER. — **HYPERTROPHIE CONGÉNITALE GINGIVALE (Etude morphologique).**

Les auteurs décrivent une forme congénitale assez rare de l'hypertrophie gingivale chez deux jeunes patientes de leur clientèle orthodontique. Ils en étudient la morphologie, l'histologie ; ils y ajoutent le résultat des examens généraux qui ont été pratiqués : métabolisme, B. W., formule sanguine, etc..., qui permettent d'isoler les phénomènes infectieux surajoutés et d'instituer un traitement général et local rationnel. La réduction des malformations maxillaires suivra le traitement de l'affection gingivale.

Prennent part à la discussion : Drs CADENAT et DE NÉVREZÉ.

Dr BOUYSSOU. — **LE MYTHE DE L'INGRESSION DENTAIRE PAR SURÉLÉVATION LOCALE DE L'ARTICULÉ.**

L'auteur estime que l'ingression dentaire par la seule action musculaire n'existe probablement pas. Sur un os quelconque, une pression discontinue provoque une résorption limitée au temps que dure cette pression. Son interruption est suivie au contraire d'une néoformation osseuse, il y a stimulation de l'ostéogénèse. Lorsque l'occlusion traumatique est constituée il se produit une dégénérescence hyaline du ligament, avec ostéoclasie marginale de l'alvéole, la densité des travées osseuses restant la même.

Par contre, des pressions continues provoquent une résorption ostéoclassique progressive.

L'ingression d'une dent dans le sens axial ne peut être produite que part une pression continue (faible ou forte).

L'auteur présente ensuite un cas de supragnathie mandibulaire antérieure avec supraclusion et hauteur sous-naso-gnathion augmentée. Appareillage par arc lingual réfléchi de DE COSTER. Résultat excellent.

A la fin de cette journée, les Congressistes se rendent nombreux à la visite de l'Etablissement thermal, organisée par la Compagnie Fermière de Vichy.

Le soir, un banquet réunissait tous les confrères et leur famille qui, dans une athmosphère extrêmement cordiale, applaudirent les discours du Président de session, le Dr DE NÉVREZÉ, du premier adjoint de la Municipalité de Vichy, du Dr ROUSSEAU, président de la Société des Sciences de Vichy, de M. le Directeur de l'Etablissement thermal, ainsi que des représentants de chaque pays étranger.

SAMEDI 17 MAI

Dr de COSTER (*de Bruxelles*). — **TENDANCES MODERNES EN ORTHODONTIE. — CONTROLE DE CROISSANCE DE LA FACE.**

L'auteur tire les conséquences des travaux de SKALOUD et de MATIEGKA sur le rapprochement de l'âge radiographique du poignet de l'âge d'éruption des dents permanentes.

78 % des cas de malformations sont dus à un âge osseux en retard sur l'âge dentaire. Le reste des cas est dû soit à des anomalies présentant une concordance d'âge osseux et d'âge dentaire, mais de causes purement locales, soit à des cas où la situation est inversée, âge osseux plus avancé que l'âge dentaire.

Comme les lésions morphologiques de ces cas sont différentes on peut en conclure que les malformations dentaires sont dues au défaut de corrélation dans le temps ou l'espace du métabolisme général et du développement dentaire local.

TODD et ses collaborateurs ont montré que la croissance de la face marche de pair avec celle du squelette mais que, par contre, la croissance dentaire suit un rythme indépendant.

Des divergences peuvent donc se produire par accélération ou retard de l'une ou de l'autre. Un coup de frein donné à la croissance générale influe moins sur les dents que sur le squelette. Par exemple, lorsqu'une denture de dix ans évolue chez un sujet dont l'âge osseux est inférieur à dix ans, le contenant ne peut plus contenir le contenu, il n'y a plus la place suffisante d'où production de troubles d'orientation et fonctionnels des organes dentaires, d'autant plus que normalement les germes des dents permanentes sont déjà très à l'étroit dans leurs logettes osseuses, et qu'un ordre minutieux préside à leur émergence. C'est la radio du poignet qui nous permet de dire qu'il y a un défaut de corrélation dans le temps qui a provoqué un défaut de corrélation dans l'espace.

BROADBENT, TODD, BRASH, FRANCISET nous montrent que : 1° la croissance des os de la face se fait de la même façon que celle du squelette en général ; 2° que cette croissance se fait par bonds avec augmentation de volume et phase d'ajustement ; 3° qu'une phase dépassée ne recommence pas ; 4° qu'il peut y avoir cependant des phénomènes de compensation dans la phase suivante mais régie par leurs propres lois ; 5° que chaque partie du squelette possède un rythme de croissance particulier.

Nous avons dans la face deux sortes de forces responsables du déploiement normal de l'ensemble : 1° la croissance osseuse d'origine centrale sur laquelle nos moyens orthodontiques n'ont aucune action, sauf dans la phase d'ajustement qui suit, si toutefois la croissance générale n'est pas terminée ; 2° les mouvements de croissance des dents, elles-mêmes conditionnées par la situation osseuse de leur base. Ces mouvements étant d'essence mécanique nous pouvons alors intervenir avec nos moyens orthodontiques.

Ces deux sortes de forces doivent collaborer ; la croissance formant le matériel osseux, les dents produisant l'action modelante.

L'auteur nous décrit ensuite l'évolution de la première molaire (pierre angulaire de tout l'édifice dentaire qui marque la limite de l'arcade nouvelle) dans une base apicale trop petite par suite d'un arrêt de croissance osseuse. Cette dent, dans son mouvement mésial, est propulsée par sa propre croissance due à l'allongement de ses racines et bouscule tout devant

elle dans un maxillaire bourré de dents. Elle est elle-même coincée en arrière par la 7 en évolution. La fausse entrée en scène de cette première molaire est vraiment tragique.

Que peut-on faire alors ? Agrandir la base apicale, car la théorie de l'occlusion d'Angle a fait faillite, l'occlusion seule ne pouvant pas produire d'os. Il y a des cas où nous pouvons élargir cette base apicale, où nous pouvons renverser le courant. Les résultats téléradiographiques de cet agrandissement montrent qu'on influe aussi sur les fosses nasales et sur la face.

Mais il faut intervenir avant le premier trouble, avant que la première molaire ne mette le désordre dans toute la série des dents qui se trouvent devant elle. Nous pouvons alors attendre que la poussée de croissance subséquente vienne mettre de l'ordre dans la situation. Si nous intervenons à temps pour maintenir ou remettre cette dent en place nous aurons fait un grand pas permettant le bon alignement des dents antérieures. Dès 1939, l'auteur préconisait ce mouvement distal de la 6 pour tâcher de profiter de l'ostéogénèse au mieux de la formation de la face. A la première lésion clinique par mésialisation de la 6 nous opposons le premier pas de la correction qui nous permettra d'attendre avec calme la suite de l'évolution.

Nous pourrons alors activer la fonction pour avantager le modelage. Si les dents antérieures à la 6 ne reviennent pas à leur fonction normale après la remise en place de cette dernière nous devons la ramener et agir chaque fois qu'il se présentera un obstacle difficile à franchir.

Pour bien suivre le redressement en cours il faut vérifier la situation des forces internes par la radio du poignet et les réseaux. Ce n'est plus alors le redressement des dents mais le redressement des forces et du mécanisme d'installation du système dentaire dans les masses faciales. C'est le contrôle de la croissance de la face.

Prennent part à la discussion très intéressante qui suit cette magistrale communication : Mme Muller, MM. Tacail, Gugny, Merle-Béral Maronneau, de Névrezé.

Dr Dreyfus (*de Lausanne*). — I. **LES ADJUVANTS EN ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE.** — II. **L'ÉRUPTION DES DENTS PERMANENTES.**

I. — Depuis dix années, l'auteur administre l'extrait complet de thyroïde afin de favoriser l'évolution difficile des dents permanentes au cours des traitements orthodontiques.

Ce sont les résultats obtenus qu'il nous rapporte ici.

L'étude du métabolisme du calcium a conduit l'auteur à la conception de la « croissance » et lui a fait remarquer l'importance du phosphore. La carence en phosphore arrêtant la croissance, il n'est pas téméraire d'imaginer qu'un apport de cet élément puisse la favoriser.

Le Dr Dreyfus étudie le sel de soude de l'acide α oxybenzylphosphineux dans lequel le phosphore n'est pas entièrement oxydé. Ce sel agit comme catalyseur, il permet des réactions chimiques qui, en son absence, ne se produiraient pas dans certains cas de carence. C'est un stimulant et un produit de soutien.

L'auteur présente dix cas traités dont deux échecs absolus, deux demi succès, un succès sous caution, et cinq succès absolus.

II. — Pour l'auteur, le fait primaire est la formation de la racine et c'est la « pousse » de la permanente qui provoque par action mécanique ou autre... la résorption de la dent de lait.

Le Dr Dreyfus établit cette affirmation : 1° sur le fait que l'extraction précoce d'une ou plusieurs lactéales n'empêche absolument pas l'évolution des permanentes de remplacement ; 2° des dents de lait persistantes n'entravent pas la formation des permanentes de remplacement qu'on trouve soit en mauvaise position, soit incluses ; 3° une dent qui évolue normalement provoque la résorption des racines de la dent correspondante et parfois des racines des dents voisines ; 4° l'auteur remarque que la compression d'une

dent permanente sur la racine d'une permanente voisine n'en provoque pas la résorption au cours de l'évolution normale. Il n'en est pas de même au cours d'un traitement orthodontique dans le déplacement hâtif et non physiologique d'une dent.

L'auteur est obligé de constater que les tissus d'une dent de lait quoique morphologiquement et chimiquement semblables à celui d'une dent adulte réagissent différemment de celui-ci.

Il envisage diverses hypothèses pour expliquer cette différence mais reste dans le domaine spéculatif.

Prennent part à la discussion le Dr DE NÉVREZÉ et M. GUGNY.

Dr Roger VILLAIN. — **TECHNIQUES ASSOCIÉES EN ORTHODONTIE.**

Le cas assez complexe d'un garçon de 14 ans nous est présenté ; il s'agit d'une endognathie bi-maxillaire avec prognathie alvéolaire supérieure très marquée, rétrognathie mandibulaire, avec une supraposition des incisives inférieures. Or, pour réduire la dysmorphose très marquée de la mandibule, on avait agi en même temps dans le sens postéro-antérieur et le sens vertical avec un appareil fixe comprenant un arc principal portant un arc secondaire agissant sur des bagues avec potence placées sur les quatre incisives et avec un appareil amovible placé évidemment au maxillaire supérieur et comprenant un plan de mastication rétro-incisif. Devant le bon résultat en un an, l'auteur voudrait donner ce cas en exemple à tous ceux qui n'ont pas encore admis l'usage éclectique des différentes méthodes en orthodontie et ils sont encore nombreux en Europe, malgré les mises au point très nettes d'auteurs comme M. IZARD. Tout antagonisme entre les différentes méthodes de traitement doit être banni et l'absolutisme dans l'utilisation d'une seule et unique technique doit être sévèrement combattu. Entre autres désavantages, ce principe a tendance à orienter notre diagnostic toujours vers une même dysmorphose, c'est-à-dire à restreindre le champ de notre examen pour nous conduire à un diagnostic erroné.

M. DECELLE. — **MÉTHODE GNATHOSTATIQUE SIMPLIFIÉE.**

V. DECELLE a présenté une méthode gnathostatique, qui nous permet d'obtenir graphiquement l'arcade du sujet à examiner, avec sur celle-ci, la projection de la ligne médiane, du plan orbitaire et du plan nasion. Ceci nous permet de prédéterminer le point incisif, qui se trouve à une épaisseur de lèvre inférieure du point nasion. Après avoir prédéterminé l'arcade selon la méthode de Comte, nous pourrons superposer l'arcade ainsi normalisée sur celle du sujet à examiner et avoir le schéma lésionel et le schéma des mouvements correcteurs à effectuer pour le traitement.

L'appareil est un sagittomètre de DE NÉVREZÉ sur lequel l'auteur a ajouté deux repaires orbitaires et un repaire nasian, une plaque recouverte de cire vient prendre l'empreinte des dents. L'appareil est utilisé avec un socle, petite tablette munie de trois pieds et portant une équerre. Le dessus de la tablette représente le plan de Francfort, l'équerre permet de reporter le point nasian sur le plan. Le mode d'emploi nous semble un peu compliqué pour être décrit dans un aussi bref résumé.*

Qualrième question à l'ordre du jour

LES ORTHODONTISTES ET LA SÉCURITÉ SOCIALE

MM. FICHOT et SOULET. — **LES ACTES D'ORTHODONTIE ET LA S. S. DANS LE PUY-DE-DOME.**

RAPPORTS DE LA COMMISSION D'ÉTUDES

M. BEAUREGARDT rend compte des travaux de la Commission d'Etudes instituée au cours du précédent Congrès, sous la présidence de M. le Professeur DECHAUME, à Paris.

C'est grâce à la compétence et au dévouement de ses membres que M. BEAUREGARDT est heureux de présenter aux Sociétaires de la S. F. O. D. les conclusions de leurs volumineux rapports sur chacun des sujets mis à l'étude.

1° *Formation des Etudiants.* — Rapporteur : M. BEAUREGARDT.

Le programme officiel des candidats chirurgiens-dentistes comprend l'O. D. F. au même titre que la dentisterie conservatrice et chirurgicale et la Prothèse.

Des épreuves de Faculté sanctionnent cet enseignement au troisième examen dans les termes suivants :

« Une observation de malade spécifiant dans tous les détails la restauration prothétique et le traitement orthodontique à exécuter. En conséquence, il importe que les établissements se conforment à ce programme. »

La Société adopte les vœux suivants :

a) Dans le cadre des deux années de scolarité, l'enseignement de l'O. D. F. devrait comprendre trois étapes : instruction préparatoire élémentaire et complémentaire dont chacune serait sanctionnée par des épreuves théoriques et pratiques. (Dans ces conditions, un élève peut suivre le traitement d'un enfant pendant 21 mois). Un programme détaillé par la Commission est à la disposition des Etablissements d'Enseignement qui en feraient la demande.

b) Pour que l'Enseignement soit effectif, les Facultés devront exiger la présence obligatoire des étudiants au cours, leçons, démonstrations pratiques et l'exécution des travaux fondamentaux. Les notes obtenues pour chacune des épreuves seraient inscrites sur le Carnet universitaire aux fins d'épreuves de Faculté. En cas d'insuffisance, les Etablissements ne pourraient présenter leurs candidats.

L'Enseignement devrait être assuré par des Professeurs et Chefs de clinique nommés par concours, le Jury comprenant :

Un professeur, ou chef de clinique, suivant les postes mis au concours appartenant à une autre Faculté.

Pour les examens de faculté, les candidats seraient soumis :

1° A une épreuve sur titres (notes portées au carnet universitaire) ;

2° Une épreuve clinique obligatoire d'O. D. F. devant jury, comprenant un professeur enseignant dans une autre Faculté.

Au cours de la discussion, MM. MONTEIL, BEAUREGARDT, LISKENNE et d'autres Membres soutiennent que l'enseignement de l'O. D. F. devrait être pratiqué en trois années scolaires. Le Dr QUINTERO, de Lyon, signale que c'est chose faite à l'Ecole Dentaire de Lyon. Les Drs SOLEIL et CADENAT estiment que les étudiants chirurgiens-dentistes doivent être surtout orientés vers le diagnostic et proposent :

1° Deux années de cours théoriques et de travaux pratiques élémentaires ;

2° Une année de post-graduate d'O. D. F. (après obtention du titre).

PERFECTIONNEMENT DES PRATICIENS

Rapporteur : M. GASTINEL

Devant le nombre croissant des praticiens désirant se perfectionner en O. D. F., le rapporteur propose :

1° Que les Etablissements d'Enseignement s'efforcent de créer parallèlement à l'enseignement scolaire de l'O. D. F., un cours de perfectionnement pour les praticiens ;

2° Que ces Etablissements envisagent, pour ceux qui sont éloignés, des cours périodiques dont la durée et la fréquence dépendraient du nombre

de candidats. (Par exemple une ou deux fois l'an, avant ou après des manifestations scientifiques).

Ces propositions ont été adoptées à l'unanimité.

La Commission reprendra l'étude d'un « Centre de Diagnostic » annexé aux Etablissements d'enseignement pour faciliter aux praticiens la pratique de l'O. D. F.

LA TERMINOLOGIE EN ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

Rapporteur : M. EISSENDECK

La terminologie du Dr IZARD qui avait été adoptée en 1925 par la Société d'Orthopédie dento-faciale doit être adaptée aux conceptions nouvelles sans être remaniée quant au fond.

Le rapporteur propose :

a) *Pour la classification des anomalies* :

1° Le terme de dysmorphose pour les anomalies à l'état statique. Le radical morphose, précédé du préfixe dys, indiquant le sens de projection de l'anomalie, sert à désigner les anomalies sans spécifier les éléments dentaires, alvéolaires ou osseux.

2° Le terme de *dyskinésie* pour les anomalies cinématiques. En aucun cas, ces termes ne doivent être utilisés pour le diagnostic des anomalies.

b) *Pour la description des anomalies régionales* :

1° Le rapporteur signale que les anomalies cinématiques de l'articulation temporo-mandibulaire (dyskinésie) seraient précisées par l'emploi du radical « *condylie* » mais retient le radical « *position* » pour désigner ces anomalies qui ne sont pas encore devenues classiques. Ce sont les antépositions mandibulaires, etc... ;

2° Le terme « *Maxillaire* » et de « *Mandibulaire* » au lieu de supérieur et inférieur, ou de haut et de bas, pour qualifier les arcades ;

3° Les termes de « *région antérieure* » pour le groupe incisives, de *région moyenne* pour le groupe canines-prémolaires, de *région postérieure* pour le groupe molaires.

Ces termes plus courts et plus conformes aux conceptions embryologiques anatomo-pathologiques et thérapeutiques.

c) *Pour la description des anomalies locales* :

1° Le radical « *alvéolie* » pour remplacer celui de « gnathie » alvéolaire.

Pour désigner la position anormale des dents :

— Le radical « *topie* » plus court que le terme « position » déjà employé pour la mandibule.

— Les préfixes : « *inverso* » définissant l'inversion de la racine et de la couronne ;

« *Mono-margino* » définissant la position vestibulaire ou linguale d'un bord marginal ;

« *Bimargino* » définissant la position vestibulaire et linguale des bords marginaux ;

« *Integro ou pan* » définissant la position vestibulaire, linguale, et mésiale ou distale de toute la dent. Ces derniers termes remplaceraient les qualificatifs de version, gression, rotation, jusqu'alors en usage mais faux et seulement justifiés pour les mouvements correcteurs.

Ces propositions ont été adoptées à l'unanimité.

M. BERGÉ propose le terme de « dontie ».

Le Dr QUINTERO, qui a déjà utilisé le terme topie, lui donne droit de cité.

Le Dr Soleil rappelle la terminologie préconisée par la Commission Internationale.

M. Blondel propose le préfixe grec « Pan » qui, mis aux voix, a été adopté.

Le Dr Quintero approuve cette proposition.

DES ACTES OPÉRATOIRES. — DE LA PRÉVENTION DE L'ORTHOPÉDIE PRÉCOCE ET TARDIVE

Rapporteur : M. Paul Liskenne

A. — Après étude des diverses classifications qui ont été publiées, le rapporteur présente un tableau synoptique des troubles anatomo-pathologiques analytiques, c'est-à-dire particuliers à chaque sens de la région faciale, en distinguant :

1° Les dysmorphoses et les dyskinésies mandibulaires (condylo-mandibulaires) ;

2° Les anomalies régionales simples (coronaires) ;

3° Les anomalies régionales associées (coronaires, alvéolaires et osseuses) ;

4° Les dystopies (malposition individuelles).

Les anomalies atypiques ne sont pas mentionnées pour simplifier, mais doivent précéder les dysmorphoses et dyskinésies.

B. — Les actes préparatoires de la prévention de l'O. D. F. précoce et de l'O. D. F. tardive sont divisés en sept catégories :

Première catégorie. — Examens d'O. D. F. :

a) Examen primitif (diagnostic) sans traitement) ;

b) Examens suivants (diagnostic) suivis de traitement ;

c) Examen primitif avec prises d'empreintes et moulages en occlusion. En cas de dyskinésie, deuxième jeu d'empreintes et montage en occlusion après réduction de la dyskinésie ;

d) Examen supplémentaire avec Orthopédiste consultant ;

e) Examen de l'Orthopédiste consultant.

Deuxième catégorie. — Actes de Prévention :

A toutes périodes de la croissance, y compris l'adolescence :

a) Tous les éléments cliniques et diagnostic suivis d'appareils d'équilibration et de réglages ;

b) Myothérapie.

Troisième catégorie. — Actes d'Orthopédie précoces : 2e et 3e enfance :

1re période, jusqu'à 10 ans, physiologique.

2e période, de 10 à 12 ans, physiologique.

Tous les éléments, diagnostic, suivis d'appareils, de tous appuis craniens, alvéolo-dentaires, dento-alvéolaires et dentaires. Réglages.

Quatrième catégorie. — *Orthopédie tardive* (Adolescence) :

1re période, prépubère, 12 à 14 ans ;

2e période, postpubère, 14 à 16 ans ;

3e période, postpubère, à partir de 16 ans.

Tous les éléments cliniques, diagnostic de traitement, réglages.

Cinquième catégorie. — *Contention.*

Sixième catégorie. — Actes opérations de 4e catégorie, période post-pubère en liaison avec les actes opératoires de chirurgie maxillo-faciale.

Septième catégorie. — Les actes particuliers pour les traitements orthopédique ou chirurgical (agénésies, dents surnuméraires et intra-alvéolaires, etc... ; les incidents, les complications imprévisibles, classification des actes opératoires ont été adoptés.

ADMINISTRATION ENTRE PRATICIENS ET SÉCURITÉ SOCIALE (Responsabilités techniques et formalités).

Rapporteur : Me MONTEIL

Depuis la création des Assurances sociales, devenues Sécurité sociale, les prestations ont été étendues mais il est indispensable que les responsabilités des praticiens et des contrôleurs soient précisées, et que les formalités soient complétées tout en étant très simples.

Le rapport a fait l'objet d'une très longue discussion

Tous les avis ont été recueillis et seront étudiés par la Commission aux fins de communication aux commissions multipartites éventuelles.

PUBLICATION DES COMPTES RENDUS DES CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE.

Rapporteur : Mme MULLER

Le volume de la S. F. O. D. F. constitue un document précieux pour les praticiens français et étrangers spécialisés et non-spécialisés. Entre autres propositions, retenons celle-ci. A l'heure actuelle, l'édition de ces travaux est fort onéreuse pour les membres de la Société, ce serait justice d'assimiler ses travaux à ceux de la « Recherche scientifique » pour que des subventions soient allouées à la Société dans l'intérêt de la Santé publique et du renom de la pensée française.

Nombre de praticiens ignorent les Congrès de la S. F. O. D. F. et seraient heureux d'apprendre par la presse professionnelle qu'ils peuvent se procurer les comptes rendus.

Les Sociétaires approuvent entièrement les propositions du rapporteur et s'en remettent à la compétence et au dévouement des collègues qui s'occupent de la publication des communications du Congrès.

INSTRUMENTATION ET FOURNITURES EN ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

Rapporteur : M. PRUVOST

Depuis 1939, étudiants et praticiens ne peuvent se procurer les instruments et les fournitures indispensables.

A cet effet, le rapporteur présente deux listes dans lesquelles sont classés, par ordre d'importance, les instruments et fournitures, qui seront présentés au Syndicat des Négociants en fournitures dentaires, pour les engager à les faire fabriquer en quantité et qualité suffisantes.

Avant de clore le XXe Congrès, le Dr DE NÉVREZÉ, Président, exprime sa gratitude aux éminents collègues étrangers, à tous les Congressistes, aux Dames étrangères et françaises qui, peur leur présence et leur participation, ont donné un éclat tout particulier à la session. Il remercie les Sociétaires pour leurs interventions pertinentes, interprète leur reconnaissance envers les Membres de la Commission qui se sont dépensés si généreusement dans l'intérêt de tous les praticiens et du renom de la Société d'O. D. F., les invitant à poursuivre leurs travaux, et en terminant, félicite Mme TAGAIL d'avoir été désignée, par tous les Sociétaires à la présidence de la prochaine session, qui se tiendra en 1948, à Paris, pendant l'Ascension.

G. GUGNY, *Secrétaire-Adjoint.*

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE (F. D. N.)

Assemblée générale du 29 avril 1947

La séance est ouverte sous la présidence de M. H. VILLAIN, Président.

Après lecture et adoption du procès-verbal de l'Assemblée générale du 7 février 1946, le Président donne lecture de la correspondance et entre autres la communication d'une lettre de M. ROWLETT, Président de la Fédération Dentaire Internationale, invitant les membres de la F. D. I. à se réunir, du 4 au 8 août, au Congrès qui se tiendra à Boston et où le prix « Georges VILLAIN » sera décerné pour la première fois.

Le Président relate l'action de la F. D. N. au cours des manifestations tant en France qu'à l'étranger pendant l'année 1946 et propose au Comité Exécutif de la F. D. I. que le Prix « Georges VILLAIN » soit remis au Dr BRODIE, Doyen de l'Ecole Dentaire de l'Illinois et auteur de nombreuses communications d'orthodontie.

Le Dr DÉLIBÉROS est nommé représentant de la F. D. N. à la F. D. I., en remplacement du Dr ROY, décédé. M. FONTANEL expose la situation financière et demande une augmentation de cotisation, dont le principe est accepté, sur la base de 300 francs par an.

Sur le vœu émis par M. ROWLETT de reconstituer la F. D. I. en demandant à chaque membre une cotisation de 2 shillings, une discussion s'ouvre pour aboutir à diverses conclusions, à savoir : 1° que l'Ordre demande à tous les confrères de France de verser 50 francs à la F. D. I. pour que la France soit représentée à l'Etranger ; ou 2° demander une subvention à l'Ordre.

En résumé, le principe de collaborer à la F. D. I. est accepté. L'Assemblée désigne ses délégués qui sont : MM. DÉLIBÉROS, FONTANEL, FOURQUET, QUINTERO et H. VILLAIN.

La manifestation de sympathie en faveur de M. BLATTER aura lieu en juillet et le Comité Inter-Ecoles y participera.

Renouvellement du COMITÉ EXÉCUTIF. — Les membres suivants sont élus : H. VILLAIN, Dr DÉLIBÉROS, WALLIS-DAVY, Dr SOLAS, HOUSSET. — M. CORNIOU, M. VABOIS, A. BOUCHER, PELLETIER-DUTEMPLE, R. ROLLAND. — P. DUBOIS, FOURQUET, Dr FRISON. — M. BRENOT, Dr DREYFUS, R. RIMMEL, P. FONTANEL, Dr AUDY. — LERICHE, BERTHET-BOREL, YON. — GRENIER, DUCLOS. — BUDIN.

La réunion du Comité Exécutif faisant suite à cette séance nomme son Bureau pour 1947 :

Président : M. Henri VILLAIN.

Vice-Présidents : MM. FRISON, WALLIS-DAVY.

Secrétaire général : M. Robert ROLLAND.

Secrétaire général adjoint : M. YON.

Trésorier : M. FONTANEL.

La séance est levée à 23 heures.

Le Secrétaire Général : R. ROLLAND

HOMMAGE A ANTOINE BLATTER

Président d'Honneur de la Fédération Dentaire Nationale

La manifestation de reconnaissance en faveur d'Antoine BLATTER aura lieu à l'Ecole Dentaire de Paris, le mardi 8 juillet, à 21 heures.

Les souscripteurs sont instamment priés d'assister à cette réunion.

Pour la Fédération Dentaire Nationale :

Le Trésorier : P. FONTANEL, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris (9e).

Le Président : H. VILLAIN.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

(25e Section - ODONTOLOGIE)

Congrès de Biarritz, 18 au 23 septembre 1947

Communiqué :

Le Congrès de Biarritz annoncé pour les dates du 22 au 27 septembre, devant se tenir au Lycée de cette ville, sera — en raison du baccalauréat dont la session s'ouvre le 25 septembre — avancé de quelques jours.

L'ouverture du Congrès aura lieu le **jeudi 18 septembre 1947** et la séance de clôture, le **mardi 23 septembre**.

Le Comité exécutif et le Président de la Section d'Odontologie prient les confrères qui ont l'intention d'assister à cette manifestation scientifique, d'envoyer leur adhésion de principe à M. WALLIS-DAVY, Secrétaire Général, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris (9e).

ASSOCIATION DES CHIRURGIENS-DENTISTES INDÉPENDANTS

L'Association des Chirurgiens-Dentistes Indépendants s'est réunie le mardi 17 juin 1947, avec l'ordre du jour suivant :

1° Lecture du compte rendu de la dernière séance et de la correspondance ;

2° Admission des nouveaux Membres ;

3° Compte rendu et commentaires sur le IVe Congrès ;

4° Communication par M. Pierre BUDIN, Chirurgien-Dentiste. — *Dent de sagesse enclavée avec kyste de la branche montante* ;

5° Conférence de M. le Dr DE LA FUYE, Ancien Chef des Travaux d'Oto-Rhino-Laryngologie à l'Hôtel-Dieu. — *L'acupuncture en Stomatologie.*

6° Questions diverses.

BULLETIN
de l'Association Générale des Dentistes de France

LES HONORAIRES DES DENTISTES NE SONT PAS DES PRIX DE VENTE

Nos aïeux qui, en 1789, abolirent au nom de la Liberté les corporations avec leurs privilèges et leurs règlements très stricts, doivent frémir d'indignation si leur parvient de l'au-delà l'écho des circulaires, arrêtés, décrets et ordonnances dont les différents ministères assaillent nos professions dites jusqu'ici libérales.

La dernière offensive — qui actuellement suit son cours — a été déclenchée par l'Economie Nationale.

Nous avons publié il y a deux mois (*Odontologie*, nº d'avril 1947, p. 214) la lettre du 25 février 1947 adressée à la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires, accompagnée des commentaires du Dr Douriez, se félicitant qu'elle ne s'appliquât pas aux honoraires médicaux, la Confédération des Syndicats Médicaux n'ayant pas publié comme les dentistes un tarif national.

Mais la quiétude du Dr Douriez n'aura pas duré longtemps ; en effet, le délai du 15 avril imparti par le Ministre n'ayant amené comme solution qu'une protestation du Secrétaire général de la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires, les ministres de l'Economie Nationale et du Travail se sont jumelés pour élaborer la circulaire (Nº 120 53 1947) du 16 avril 1947, soumettant les honoraires et tarifs dentaires et *médicaux* à la législation sur les prix, appliquant aux dépassements les mesures prévues par la réglementation sur le contrôle des prix (tribunaux correctionnels) et prescrivant aux Caisses d'Assurances Sociales de dénoncer aux autorités judiciaires les infractions relevées contre les praticiens.

Mais le bien provient quelquefois de l'excès du mal et ces prétentions des Pouvoirs Publics engendrèrent des réactions des professions médicales telles, qu'une convocation du Président de la Commission Nationale d'Homologation des Tarifs réunit le 20 mai, à la Direction de la Sécurité Sociale, le Docteur Cibrie, Secrétaire général de la Confédération des Syndicats Médicaux, Mme Jay, Présidente de l'Union des Syndicats de Sages-Femmes, les Docteurs Jodin, Poumailloux et Mouthon, MM. Maurice Vincent, Secrétaire général, et Pichenez, de la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires.

Avant d'aborder l'ordre du jour fixé, le Dr Cibrie *lut* la déclaration suivante :

« M. le Ministre de l'Economie Nationale par une extension que nous « estimons illégale du texte de l'ordonnance du 30 juin 1945 sur la légis- « lation des prix, estime pouvoir fixer en tous cas, et même en matière de « Sécurité Sociale les honoraires des médecins, chirurgiens-dentistes et « sages-femmes.

« Il déclare, en outre, que sont justiciables de la juridiction correc- « tionnelle en vertu de l'ordonnance du 30 juin 1945, tous dépassements « des prix ainsi fixés.

« M. le Ministre du Travail et de la Sécurité Sociale par une circulaire « Nº 120 en date du 16 avril 1947 non seulement fait sienne la thèse ci- « dessus, mais dans le dernier paragraphe de sa circulaire, invite les Caisses « d'Assurances Sociales à la délation, en vue de déclencher la juridiction « réservée jusqu'à ce jour au « Marché Noir ».

« Nous défendrons ailleurs et par tous les moyens l'honneur de notre « profession si outrageusement visée.

« Ici, nous avons à constater, si cette interprétation est maintenue, « l'inutilité des travaux de la Commission Nationale Tripartite.

« Il nous paraît, étant donné les attitudes prises par les deux ministres « de l'Economie Nationale et de la Sécurité Sociale, que nous ne pouvons « siéger aujourd'hui dans une Commission dont les décisions peuvent être « annihilées par un simple arrêté de M. le Ministre de l'Economie Nationale.

« Nous avons le regret de nous retirer et ne pourrons, sauf autorisation « de nos Syndicats, reprendre place à la Commission que du jour, où un « texte légal, clair et précis, sera promulgué modifiant l'interprétation de « M. le Ministre de l'Economie Nationale en ce qui touche l'application de « l'ordonnance du 30 juin 1945 aux honoraires des professions libérales et « spécialement des médecins, des chirurgiens-dentistes, sages-femmes, et « spécifiant en conséquence que les sanctions prévues à ladite ordonnance « ne sont pas applicables en l'espèce. »

Tous se retirent sans aborder l'ordre du jour.

L'Assemblée Générale de la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires, tenue les 31 mai et 1er juin 1947, à Paris, 60, boulevard de la Tour-Maubourg, a approuvé unanimement cette attitude, et voilà, à l'heure où nous écrivons ces lignes, où en sont les pourparlers :

Les conséquences peuvent se résumer en ceci : au cas où une Caisse Départementale ou Régionale de Sécurité Sociale porterait plainte aux Tribunaux contre un praticien pour non application de l'ordonnance 1483 du 30 juin 1945, il y aurait lieu d'aviser immédiatement les Organismes professionnels (Syndicats, Association Générale des Dentistes de France, etc.) et de prévenir le Directeur de la Caisse Régionale ou Départementale que si les poursuites judiciaires sont maintenues, l'ordre va être lancé de cesser toute collaboration avec les Caisses.

Dans ce cas, il n'est nullement question de priver des soins et traitements nécessaires les assurés sociaux, mais on ne devra plus remplir ni signer aucune feuille officielle ; il y aura lieu de remettre uniquement à l'assuré un reçu timbré de la somme totale versée par lui sans aucun détail.

Dr A. Audy.

Communiqué :

CHIRURGIENS-DENTISTES du DÉPARTEMENT DE LA SEINE, si vous restez à **PARIS** pendant les mois de : **JUILLET-AOUT**, veuillez communiquer votre nom et votre adresse au *Conseil Départemental de la Seine de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes*, 174, *rue de Rivoli, à Paris* (1er).

Pour ceux qui seront absents pendant les mêmes mois, n'oubliez pas de laisser chez votre concierge ou aux « abonnés absents » la liste des Confrères de votre arrondissement chez lesquels vos malades peuvent aller en cas d'urgence.

L'été dernier la presse s'est faite l'écho de plaintes émanant de malades qui n'avaient pu se faire soigner, en particulier entre le 10 et le 20 août.

Il y a certes, assez de Dentistes à Paris à cette date pour assurer les soins à la population, mais ils ne sont pas connus.

Si vous ne voulez pas qu'un tour de garde obligatoire vous soit imposé, répondez d'urgence à cet appel.

LA BOITE AUX LETTRES

S. L... (Yonne) :

J'ai utilisé longtemps pour mes anesthésies locales des ampoules auto-injectables pour « Carpule ».

Ne trouvant plus ces ampoules chez les fournisseurs habituels, j'ai dû revenir aux ampoules ordinaires, mais je constate depuis, dans mes anesthésies non suivies d'extractions, par exemple, des légers incidents douloureux post-opératoires qui m'étaient épargnés avec l'ampoule « Carpule ».

La cause en serait-elle due à la formule différente de la solution anesthésique actuelle ?

Pouvez-vous me conseiller à ce sujet ?

Réponse :

Mon cher Confrère,

La question des ampoules bouchées avec des tampons de caoutchouc, comme était la « Carpule » mais dont il existait également des modèles français, marque bien le recul — espérons-le, momentané — des perfectionnements scientifiques.

L'obligation, avec l'ampoule de verre, de transvaser le liquide dans le corps de la seringue est une cause de souillure.

La plus mauvaise façon de remplir une seringue est de tenir l'ampoule en haut.

Le barbotage de l'air qui traverse toute la hauteur de la colonne liquide apporte au maximum les germes ambiants.

Une petite amélioration consiste à pomper le liquide, l'ampoule reposant sur une table, l'aiguille tournée vers le bas. L'air rentrant dans l'ampoule ne traverse pas la solution, les germes se déposent à la surface ; si l'on se garde d'aspirer les dernières gouttes on peut espérer avoir ainsi le minimum de chances de souillures.

Pour terminer, rappelons les expériences faites dans le laboratoire des Frères LUMIÈRE, à Lyon, avec des opérateurs masqués et gantés, des seringues stérilisées à l'autoclave, des ampoules désinfectées extérieurement.

Sur cinq injections, quatre en moyenne étaient infectées par les germes de l'air ambiant.

En conclusion, une ampoule qui évite le transvasement du liquipe présente une amélioration incontestable sur la pratique ancienne. — L. S.

C. K. J... (Nogent).

Nous ne croyons pas qu'il existe de *ciment de scellement à prise lente* à utiliser pendant les périodes chaudes d'été. Nous vous rappelons que le refroidissement des plaques de mélange, instruments et flacons de liquides ralentit très sensiblement la prise du ciment.

Nous pouvons vous conseiller à cet effet un moyen très facile qui consiste à projeter sur le ciment *convenablement mélangé* un jet de chlorure d'Ethyle à renouveler au fur et à mesure de son évaporation. La réaction de prise en est complètement arrêtée aussi longtemps que le mélange garde une température voisine du zéro. Le chlorure d'Ethyle étant insoluble dans le mélange, l'opération ne change en rien les propriétés de celui-ci. Une *précaution essentielle* est de ne pas pousser la réfrigération jusqu'au point de provoquer le givrage qui se produit par la condensation de l'humidité de l'air sur le ciment et en changerait les caractéristiques : ce phénomène étant surtout à craindre les jours d'orage. — H. L.

VARIA

DES ORIGINES DE LA PÉNICILLINE (1)

En 1897, un jeune médecin français en découvre le principe

Il est assez curieux de constater une fois de plus que c'est l'esprit français qui a entrevu cette possibilité cinquante ans avant la réalisation thérapeutique anglaise.

En effet, d'après un article paru dans le bulletin du *Lyon-Médical*, sous la signature du Dr LYONNET, il résulte que le 17 décembre 1897, devant la Faculté de Médecine de Lyon, un élève de l'Ecole de Santé militaire, Ernest DUCHESNE, soutenait sa thèse de doctorat en médecine, qui avait pour titre : « Contribution à l'étude de la concurrence vitale chez les micro-organismes. *Antagonisme entre les moisissures et les microbes* ».

Nous extrayons de l'article du Dr LYONNET les conclusions IV, V et VI du Dr DUCHESNE. La Ve est particulièrement intéressante et mérite qu'il lui soit donné toute la publicité désirable. Ce jeune médecin, sous l'inspiration du Professeur agrégé ROUX, avait pressenti ce que les moisissures pouvaient avoir de valeur antibiotiques.

IV. — « Les moisissures, cependant, peuvent parfois voir la lutte contre les microbes tourner à leur profit, lorsque le milieu de culture leur est par sa réaction plus nettement favorable qu'aux bactéries, qu'elles ne s'y trouvent pas absolument submergées et qu'elles sont enfin initialement en proportion vraiment très prépondérante. »

V. — « Il semble, d'autre part, résulter de quelques-unes de nos expériences, malheureusement trop peu nombreuses et qu'il importera de répéter à nouveau et de contrôler, que certaines moisissures *(Penicillium glaucum)* inoculées à un animal en même temps que des cultures très virulentes de quelques microbes pathogènes (B. coli et B. typhosus d'Eberth), sont capables d'atténuer dans de très notables proportions la virulence de ces cultures bactériennes. »

VI. — « On peut donc espérer qu'en poursuivant l'étude des faits de concurrence biologique entre moisissures et microbes, étude seulement ébauchée avec nous et à laquelle nous n'avons d'autre prétention que d'avoir apporté ici une modeste contribution, on arrivera peut-être à la découverte d'autres faits directement utiles et applicables à l'hygiène prophylactique et à la thérapeutique. »

C'était en somme prévoir la pénicilline et ses sœurs.

Le Docteur Ernest DUCHESNE est décédé le 30 avril 1913, à Amélie-les-Bains, avec le grade de Médecin-major de 2e classe.

(1) *La Lettre Médicale*, N° 95, avril 1947.

Les dents artificielles mises au ban par un Acte de 1770. — (Extrait du *Dental Magazine and Oral Topics*, numéro de juillet 1946).

Un article de la *Comète du Surrey* nous apprend qu'en Angleterre, en 1770, les dents artificielles étaient proscrites par un Acte du Parlement au même titre que les chaussures à talons hauts, les faux cheveux, les parfums, fards et cosmétiques.

Les sanctions prévues en cas d'inobservation de cet Acte étaient les mêmes que celles atteignant les pratiques de sorcellerie.

En outre, s'il pouvait être démontré qu'un sujet mâle de Sa Majesté avait été attiré dans les liens matrimoniaux par l'usage de l'un quelconque de ces artifices, le mariage pouvait être déclaré nul. C. J.

Des douzaines de dents cariées à Tristan da Cunha. — (*Dental Magazine and Oral Topics*, mars 1946).

Le Dr et Mme E. J. S. Woolley sont de retour en Angleterre après avoir passé plus de deux ans à Tristan da Cunha, île isolée dans l'Océan Atlantique Sud.

Questionnée sur l'état des dents des indigènes qui eurent à un certain moment la réputation de posséder les dents les plus parfaites au monde, Mme Wooley répondit, au grand étonnement de son interlocuteur :

« Ce sont des dents normales et mon mari eut à extraire des douzaines de dents cariées. »

Les denrées d'importation sont maintenant consommées en quantités considérables et l'on en conclut qu'elles sont les responsables de cette dégénérescence. C. J.

AVIS

Assurances Automobiles

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos Membres que nous avons obtenu d'une excellente Compagnie d'Assurances des conditions **très intéressantes** pour les Membres du Groupement de l'**Ecole Dentaire de Paris et de l'Association Générale des Dentistes de France** qui ont à souscrire une police automobile :

1° Réduction importante sur le Tarif Syndical dès la première année ;

2° Bonification supplémentaire les années suivantes s'il n'y a pas de sinistre.

Assurances Week-End et Vacances

Tarification spéciale et très réduite pour ceux qui n'utilisent leur voiture que pour la promenade et circulent seulement les samedis, dimanches et lundis, les veilles, jours et lendemains de fêtes légales et pendant un mois de vacances.

Assurances Individuelles

Une police Individuelle-Accidents conçue spécialement pour les Chirurgiens-Dentistes, garantit des indemnités importantes qui, en cas de mutilation de la main ou du pouce par exemple atteignent 100 % du capital assuré.

* * *

Les Membres, désirant profiter de ces avantages, peuvent s'adresser au Bureau du Journal, soit directement, soit par lettre.

REMINÉRALISATION - RECALCIFICATION
OPOCALCIUM
IRRADIÉ — Cachets - Comprimés - Granulés — SIMPLE

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'ENSEIGNEMENT ODONTOLOGIQUE A L'UNIVERSITÉ DE SAO-PAULO

LA ENSENANZA ODONTOLOGIA A LA UNIVERSIDAD DE SAO-PAULO | ODONTOLOGICAL EDUCATION AT THE UNIVERSITY OF SAO PAULO

Par le Prof. PAULINO GUIMARAES Junior

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le 1er juillet 1947)

616.314 (07)

Je suis très heureux de vous adresser la parole. C'est un honneur que je dois personnellement à votre courtoisie, une occasion aussi de vous rendre par un vif remerciement la visite que fait depuis plus d'un siècle la science française au Brésil.

Le rattachement de mon pays à la culture française ne provient pas d'un programme pédagogique, d'une décision officielle. Son origine est un intérêt spontané, qui a précédé l'autorisation même d'y importer et lire des livres étrangers. Nous en retrouvons des marques expressives dans la période coloniale, mais c'est surtout après l'établissement de la Cour Royale du Portugal à Rio de Janeiro en 1808 que l'influence de votre littérature, de votre art et de votre science prend son éclosion parmi nous.

Le livre a été l'instrument silencieux et efficace de l'assimilation brésilienne de votre culture. A lui le mérite principal de cette absorption de vos idées et de cet attachement à votre manière, qu'il ne serait point excessif de classer comme un fait singulier dans l'Histoire, digne d'être sérieusement approfondi. Un peuple retenu dans une tradition médiévale naît à la vie indépendante et se livre à une lecture passionnée afin de remplir dans le Monde un rôle qui ne peut s'exprimer seulement par le caractère. Les résultats donnent la mesure aussi bien de votre force que de nos possibilités spirituelles. Nous osons croire qu'un jour vous y trouverez un motif légitime d'orgueil.

Vous n'avez, pourtant, pas été présent au Brésil exclusivement par vos livres. Depuis un certain nombre d'années, une équipe de

Professeurs français se renouvelle dans nos Universités. Je me plais à rappeler que, de cette façon, bon nombre d'excellents économistes, historiens, anthropologues et autres hommes de sciences venant de France sont aujourd'hui respectés chez nous pour leur remarquable spécialité en questions brésiliennes. Ils renouent au service d'un plan avisé des contacts lointains et brillants.

Au commencement du siècle dernier, arrivait à Rio de Janeiro, avec la mission diplomatique du Duc de Luxembourg, un jeune botaniste, Auguste DE SAINT-HILAIRE. La science lui doit beaucoup, nous lui devons tout particulièrement la magistrale « Flora Brasiliae Meridionalis ». le récit de ses voyages à travers plusieurs de nos provinces et une histoire des pionniers de São Paulo.

Vers la même époque, des peintres et architectes français, tels LEBRETON, GRANDJEAN DE MONTIGNY, DÉBRET et les TAUNAY, se rendaient au Brésil pour y fonder une école de beaux-arts, bâtir, sculpter ou peindre. Leur œuvre est considérée comme un trésor artistique brésilien. Le fait n'est point isolé et mainte autre institution culturelle de mon pays doit sa création à des Français.

AGASSIZ, ARAGO, MOUCHEZ sont autant d'autres noms illustres qui nous rapprochent. Pourrais-je manquer de nommer Georges DUMAS, lequel, pendant plus de trente ans et jusqu'à ses derniers jours encore, prenait à charge de faire sentir que les rapports entre la France et le Brésil sont aussi bien question d'esprit que de cœur.

En ce qui concerne notre spécialité, de même que dans le domaine de la médecine et de la pharmacie, votre influence au Brésil a été pendant longtemps prédominante, sinon exclusive. Il y a lieu de parler d'une école française. Dans nos cours, FAUCHARD est proclamé comme étant le père de l'Odontologie, ce qui représente pour la France d'en être le berceau.

Deux facteurs soutenaient la préférence pour votre école. Tout d'abord précisons que les Brésiliens trouvaient dans vos textes et revues spécialisées un matériel abondant et de qualité supérieure. D'autre part, le français, qu'un Brésilien n'était excusé d'ignorer, semblait, par sa clarté, sa précision et sa richesse, le langage scientifique idéal.

En parvenant aux cours supérieurs, l'étudiant brésilien a déjà dans son bagage quatre années d'apprentissage scolaire du français, auquel il faut ajouter l'apport résultant de sa curiosité littéraire et des facilités que lui procure l'Alliance Française. Il est donc en mesure de puiser dans vos auteurs sans recourir à des traductions.

Ainsi arrive-t-il que la collection de Godon est familière à tout chirurgien-dentiste brésilien. Autant dire que les enseignements et les opinions de Maurice ROY, Léon FREY, RUPPE ou VILLAIN sont pour lui des références journalières. De même, le *Traité de Stomatologie* de GAILLARD et NOGUÉ, et cet autre texte non moins répandu de *La Pratique Stomatologique*.

Gérard MAUREL tient une place de choix parmi les auteurs de

chirurgie. Son traité de Chirurgie Maxillo-Faciale ne nous est point inconnu.

Je ne me sentirais pas le droit d'omettre les noms de MALASSEZ et de son disciple GALIPPE, auquel nous devons le grand service de nous avoir révélé l'œuvre du maître sur « Les débris épithéliaux paradentaires ».

C'est à n'en plus finir.

Les auteurs américains même, leurs théories et leurs techniques, nous sont parvenus au moyen de traductions françaises, dans lesquelles nous retrouvions le plaisir de l'exposé habituel.

Sans doute, l'apport des Etats-Unis complète depuis une vingtaine d'années celui de l'école française. Son importance est telle que je ne pourrais négliger d'en faire mention.

Quoique les résultats d'ordre technique, notamment ceux qui se rapportent à la prothèse et à la dentisterie opératoire, constituent la plus forte contribution américaine, nous avons aussi recueilli aux Etats-Unis des enseignements scientifiques de haute valeur, quelques-uns originairement américains, d'autres plutôt naturalisés, selon le cas de KRONFELD, l'ex-assistant de l'Institut Dentaire de l'Université de Vienne devenu Professeur au Chicago College of Dental Surgery.

Néanmoins, je me sens fort de déclarer que le succès américain, tout juste et brillant qu'il soit, ne porte point ombrage au mérite de l'école française ; du concours des deux influences, il en résulte une culture odontologique polymorphe désirable et utile.

Vous nous demanderez, peut-être, quelle est la situation de l'odontologie au Brésil. Permettez-moi, en ma qualité de professeur de l'Université de Sâo-Paulo, de vous fournir quelques indications au sujet de l'enseignement et de la profession dentaires dans cette province, dans cet Etat, comme nous le disons.

Lorsque les Instituts d'enseignement supérieur de Sâo-Paulo ont été réunis, il y a treize ans, pour l'établissement de l'Université, celle-ci absorba l'Ecole groupant les cours autonomes d'Odontologie et de Pharmacie, laquelle rendait de bons services depuis 1898, comme entité non officielle.

Il s'ensuivit l'avantage qui peut provenir d'un enseignement maintenu par le gouvernement, surtout dans un pays neuf, comme le Brésil, où les ressources privées s'éparpillent en de nombreuses directions.

En finissant le cours d'humanités, l'étudiant qui se décide pour la carrière de l'odontologie, est soumis à un concours, les candidats se comptant d'ordinaire au double du nombre des places vacantes ; le collège des professeurs, auquel incombe la détermination du nombre de ces places, suit le critère qualitatif.

Celui-ci n'est, évidemment, atteint qu'en tenant compte du rapport entre le nombre d'élèves et la capacité des laboratoires et des cliniques de l'école.

Ce n'est pas de cette façon qu'un enseignement efficace peut avoir lieu, les possibilités de travaux pratiques individuels étant rigoureusement prévues.

En limitant l'admission des élèves, nous ne nous croyons pas excusés de les distribuer par groupe, les classes se multipliant de façon que chaque étudiant puisse s'exercer à un degré intensif.

Grâce à la sélection initiale et à la méthode adoptée, une moyenne de 35 à 40 élèves finissent le cours d'un ensemble de 50 admis chaque année.

Du point de vue pédagogique, ces chiffres sembleront assez honorables, mais il faut convenir que pour les besoins de la communauté, ils ne se justifient que dans des conditions très provisionnelles. Nous sommes bien loin, comme vous le voyez, du problème si bien étudié par Roland Weil, dans son livre « *Le Chômage de la Jeunesse intellectuelle diplômée* ».

Un certain nombre de dentistes arrivent des autres Etats brésiliens et de la capitale du pays. Le total disponible en l'Etat de Sâo-Paulo n'est, pourtant, pas très supérieur à 5.000 pour une population de 10 millions d'habitants.

En partant du principe de la proportionnalité entre le nombre d'élèves et la capacité de l'école, la seule solution que nous puissions envisager à la Faculté serait l'accroissement de ses installations. Il y a un projet à l'étude et nous comptons sur le grand intérêt que portent les jeunes Brésiliens à l'odontologie.

Pour le moment, notre Faculté, dont l'organisation universitaire date seulement de 1934, n'a d'autre finalité que la formation professionnelle au moyen d'un enseignement aussi objectif que possible.

Pour les travaux, notre choix se porte sur le matériel qui nous parvient de France, des Etats-Unis et de Russie, d'où nous avons reçu dernièrement une certaine contribution. L'examen des éléments utilisables a lieu, aussi bien en ce qui a trait à la technique qu'à la science elle-même.

Les matières qui constituent notre *curriculum* sont les suivantes : Anatomie, Histologie, Physiologie, Microbiologie, Métallurgie et Chimie appliquées, Technique Odontologique, Pathologie, Thérapeutique, Clinique, Prothèse, Odontopédiatrie, Orthodontie, Prothèse et Chirurgie bucco-maxillo-faciale, Radiologie, Odontologie légale et Hygiène.

Pour ne pas trop abuser de votre patience, je ne vous donnerai qu'un léger aperçu de l'orientation suivie dans quelques-unes de ces matières.

En Pathologie, par exemple, le programme se divise en deux parties : Pathologie générale et Pathologie spéciale. Sont comprises dans celle-là des notions sur l'infection, l'immunité, l'étiologie, l'anatomie pathologique générale, etc. ; notions qui se transmettent, soit en des classes de théorie, soit en des classes pratiques. Celles-ci ont lieu d'habitude avec des projections de dispositifs en

stock et de préparations faites au laboratoire de la chaire au moyen de pièces fournies par les cliniques.

Après les projections, on procède à l'examen individuel au microscope, en prenant soin de ne point forcer les impressions.

Dans la mesure du possible, l'étude se fait d'une manière plutôt objective qu'académique, en vue de constituer une base pour la clinique, ce qui marque une orientation dans le sens d'une pathologie plutôt fondamentale que clinique.

En ce qui concerne la chaire de Physiologie, que nous jugeons aussi nécessaire que l'Histologie et l'Anatomie pour une bonne formation professionnelle, l'enseignement est orienté dans un sens général et aussi vers la Physiologie bucco-dentaire.

Une autre chaire qui se fait remarquer est celle de Métallurgie et Chimie appliquées, du fait de son organisation avec un équipement efficace et de l'activité qui s'y déploie. L'on ne craint pas de trop alourdir l'enseignement par des détails sur le choix, l'emploi et la manipulation des matériaux dentaires.

Ces matériaux sont étudiés du point de vue chimique et tout particulièrement de leurs propriétés physiques, puisque celles-ci ont un si grand effet sur les résultats finals. L'étude ainsi conçue des matériaux dentaires suppose des connaissances générales de deux sciences au moins : la Physique et la Chimie. La Métallographie vient à propos lors de la discussion sur les métaux et les alliages. La Céramique n'est pas considérée à la légère. Son inclusion parmi les matières du *curriculum* est une nécessité que suggère l'évolution de la prothèse, chaque fois plus exigeante.

SKINNER nous paraît très judicieux en disant : « Quelle sorte de pont un ingénieur pourrait construire s'il ne savait rien sur les propriétés chimiques et physiques des matériaux employés ? Même si le pont était construit, il constituerait un danger permanent pour ceux à l'usage desquels il serait destiné. Il est à croire que la distribution des matériaux se ferait d'une façon empirique : de grandes masses en des points subissant des petits efforts et du matériel insuffisant ou non convenable aux points de grandes résistances et tensions. Ces principes appliqués aux structures, s'appliquent « *mutatis mutandi* » à la restauration dentaire ».

Une restauration dentaire ne saurait manquer ni de résistance ni d'élasticité et doit être assez dure pour ne pas dépérir sous l'effet de la mastication, sans pourtant donner lieu à l'abrasion des dents saines, ne point se prêter à la corrosion, etc... Certaines conditions du travail mènent l'ingénieur et le dentiste aux mêmes soucis. Ne poussons, cependant, pas trop loin l'analogie, de peur que l'on ne fasse abstraction des considérations d'ordre chimique et physiologique si importantes dans la spécialité dentaire.

Quoi qu'il en soit, il est indispensable que le dentiste soit pourvu de connaissances lui permettant un jugement critique dans le choix des matériaux.

S'il est bien vrai que, par la nature de son travail, le dentiste

se voit hors d'état de soumettre ses matériaux à des tests de laboratoire, il ne doit, pourtant, pas être réduit à une attitude passive en face d'une propagande trop souvent intelligente. Pour neutraliser celle-ci, ce n'est pas assez d'insister sur les dommages que la réputation individuelle et la prospérité professionnelle subissent à plus ou moins longue échéance. Le problème implique une question sérieuse de sens de la responsabilité, qu'il ne convient pas de faire dépendre d'une expérience personnelle tardive. La Faculté ne remplirait pas son rôle en lâchant les élèves sans qu'ils aient atteint un jugement sûr à ce sujet. Il serait d'ailleurs insuffisant d'obtenir un contrôle rigoureux de l'industrie et du commerce des matériaux. L'efficacité d'une inspection officielle s'arrêterait partout où il fut nécessaire de faire le choix du matériel adéquat dans un cas concret. La qualité n'est pas le seul élément en cause.

La Clinique comme matière est répartie en deux chaires occupant une période de deux ans.

Dans le programme de la première figure en bonne partie la clinique propédeutique.

La Clinique, selon son interprétation la plus commune, fait le sujet de la deuxième chaire, dont je suis chargé.

Ce cours est donné en des conférences hebdomadaires et en des classes quotidiennes sous la direction du professeur ou des assistants. Ces classes auprès du patient se complètent par le traitement propre à chaque cas, de façon que les élèves, divisés en groupes de quatre puissent suivre les détails de la technique appliquée « *in vivo* ».

Pour les travaux pratiques de Clinique, les élèves doivent totaliser une présence effective et active de trente heures par semaine.

Nous attachons un grand intérêt à la colleboration entre élèves et professeur. C'est ainsi que le dernier quart d'heure des classes théoriques de soixante minutes est réservé à un débat très franc sur le sujet exposé. En outre, une conférence a lieu tous les quinze jours.

Un soin tout spécial est donné à l'étude des canaux radiculaires avec l'appréciation des différentes méthodes thérapeutiques : électro-coagulation ; électro-stérilisation, trop appelées ionisation ; ozonothérapie ; agents chimiques, antibiotiques et chirurgie. Tous les cas de canaux radiculaires donnent lieu à des tests, pour lesquels nous nous servons du laboratoire de la chaire Microbiologie. Dans la section de paradentose, où nous cherchons à faire usage des plus diverses méthodes chirurgicales, nous avons le souci de rétablir l'équilibre occlusal, auquel nous attachons une très grande importance sous le point de vue du traitement local. Le travail à cet effet relève du Département de Prothèse Clinique, qui fonctionne comme une annexe de la chaire. Il va de soi que la seconde chaire de Clinique travaille en rapport intime avec le Laboratoire d'Anatomie-Pathologique et avec la chaire de Radiologie.

En faisant entrer la Faculté de Sâo-Paulo dans le cadre universitaire, il y a eu la pensée d'élever le niveau de l'enseignement. Nous sommes encore dans nos premiers efforts. Par votre expérience et autorité, vous êtes en mesure d'en faire une critique très constructive. Vos remarques seraient accueillies comme signe d'un intérêt favorable.

Resumen

La cultura francesa se instaló espontánea en el Brasil de una manera particularmente marcada despues de 1808 (Establicimiento de la Corte Real de Portugal á Rio de Janeiro).

El pueblo brasileño deseoso de adquirir una cultura más moderna se dirigio á los autores franceses y esto fuera de toda presión oficial.

Al lado de los libros, sabios franceses fueron en persona á profesar y ejercer sus talentos.

A. de Saint-Hilaire, Botanico ; Lebreton, Grandjean de Montigny, Debret, Taunay, arquitectos y pintores. ; Agassiz, Arago, Nouchez ; Desde P. Fauchard, les autores franceses han sido los libros de cabecera profesionales (colección de cirurgia maxilo-facial de G. Maurel, Galippe, Malassez, etc...).

Los mismos autores americanos del norte vienen frecuentemente al Brasil por los analisis franceses.

Actualemente la cultura odontologica es mixta tomando tanto de Europa como de los Estados Unidos.

En la universidal de Sao-Paulo la enseñanza odontologica está bajo la ejida del gobierno, el recrutamiento de alumnos es hacho al concurso.

Se cuenta alrrededor de 1 practicante por 5.000 habitantes.

Esperando la apertura de laboratorios destinados á las investigaciónes cientificas, la enseñanza es esencialmente practica.

Dos ramas son el objeto de atenciones particulares, la patologia bucal y la metalotecnica.

Una colaboración intima es sostenida entre el cuerpo de enseñanza y estudiantes.

M. Guimaraes está encargado de la catedra de patologia en sus aplicaciones clinicas.

El tratamiento de canales dentales es controlado en el laboratorio de microbiologia.

La parodontosis es igualmente el objecto de una enseñanza sistematica.

Summary

French culture spontaneously settled in Brazil in a particularly marked manner after 1808 (The settling of the Royal Court of Portugal at Rio de Janeiro).

The Brazilian people wishing to acquire a more modern culture sought the help of French authors, and this without official pressure.

Apart from books, French experts went to teach and practise their profession in person :

A. de Saint Hilaire, Botanist ; Lebreton, Grandjean de Montigny, Debret, Taunay, architects and painters ; Agassiz, Arago, Nouchez ; Since P. Fauchard, French authors have been the professional constant reference books (Collection du Chirurgien-Dentiste, Collection du Traité de Stomatologie, Maxillo-facial Surgery of G. Maurel, Galippe, Malassez, etc...).

North american authors have often been introduced into Brazil through their French analysis.

Odontological culture is at present a mixture deriving both from Europe and from the United States.

At the University of Sao Paulo odontological teachings are placed under the auspices of the government the students body is enrolled after competitive examination.

This is about one practitioner for 5.000 inhabitants.

Until laboratories for scientific research are opened, teaching is essentially practical.

Two branches are the objects of particular attention, pathology and metallurgical technique.

A close collaboration is kept between the teaching staff and the student body.

Mr. Guimaraes is in charge of the department of pathology in its clinical applications. The control of the root canal treatments is done in the microbiological laboratories.

Paradontosis is also the object of systematic instruction.

UN CAS DE DENT DE SAGESSE SUPÉRIEURE ENCLAVÉE EN ECTOPIE

A propos de la communication de M. CECCONI, *Aide de Chirurgie à l'Ecole Dentaire de Paris* (1).

A PROPOSITO DE LA COMUNICACION DEL Sr. M. CECCONI SOBRE UN CASO DE LA MUELA SUPERIOR DEL JUICIO ENCLAVADA EN ECTOPIA

CONCERNING THE PAPER OF M. CECCONI ON A CASE OF IMPACTED THIRD MOLAR IN ECTOPY

Par le Dr G. BELTRAMI,
Professeur à la Faculté de Médecine de Marseille.

616.314.8

Comme le dit fort bien M. CECCONI, ceci constitue une anomalie rare mais NON exceptionnelle.

Sans une statistique de cas nombreux et précis, il semble cependant, d'après l'examen des pièces d'une collection personnelle, que cette anomalie se présente aussi fréquemment chez les femmes que chez les hommes, à droite qu'à gauche. Si, bien souvent, les deuxièmes molaires sont infectées, elles sont quelquefois saines et intactes.

La pathogénie pourrait être un trouble dans l'évolution du germe de M^3 dont la couronne fait une disto-version, une culbute.

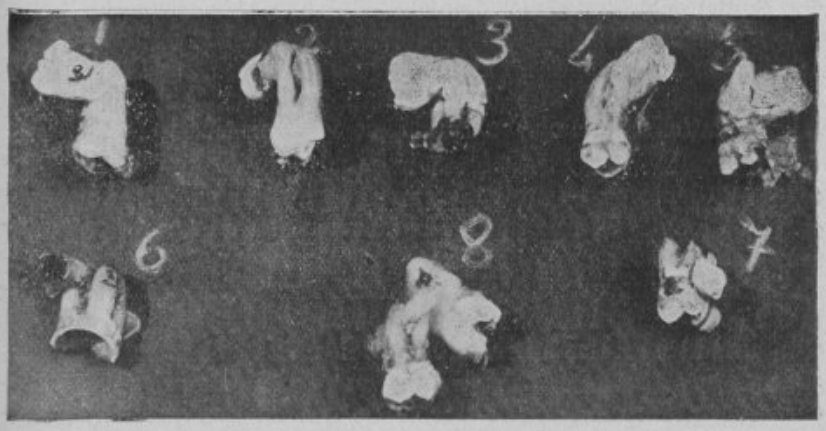
La formation des racines des dents est gouvernée par la gaine de Hertwig, terminaison de l'organe de l'émail ; la couronne édifiée, la racine est formée à son tour par transformation de la papille dentaire sous l'excitation et la direction modelante de cette gaine épithéliale. Normalement, le germe de la dent de sagesse supérieure est haut placé, à la hauteur des apex radiculaires de M^2, la dent, pendant sa formation, doit progresser parallèlement à celle-ci, cependant, non pas tout à fait perpendiculairement, mais légèrement en vestibulo-version, comme l'exige la courbe de torsion anatomique et l'articulé physiologique chez les Humains. Qu'un obstacle quelconque exagère ce mouvement normal et les racines de M^3 se formant suivant l'axe de la couronne ne se développeront plus perpendiculairement au plan occlusal, mais mésialement, où elles rencontreront soit la racine du métacone de M^2 ou s'insére-

(1) *L'Odontologie* de mai 1947, p. 240.

ront entre les racines vestibulaires et la racine palatine ou même l'apex de cette racine, s'y accolant et s'y souderont. L'anomalie sera créée.

Quelle est la nature du tissu qui les unit ?

En l'absence (à ma connaissance) de coupes histologiques on ne peut faire que des hypothèses. M^3 étant incluse, il ne saurait être question d'hypercémentose. Il ne pourrait s'agir que d'une coalescence par cément primaire ou par transformation ostéo-fibreuse du tissu environnant. Quoi qu'il en soit, l'union est intime et résistante et l'on arrive fréquemment à l'extraction de M^3 en agissant sur M^2.



L'évolution de la dent de sagesse supérieure est totalement différente de celle de la dent de sagesse inférieure. En dehors des cas d'hétérotopie éloignée, la dent M_3 ne se présente jamais en disto-version. A la mandibule, dès sa formation, la couronne évolue en mésio-version et à mesure que sa racine se développe la couronne glissant sur le plan incliné de la face distale de M_2 se redressera pour prendre sa place fonctionnelle. Si ce mouvement ne peut se produire elle restera enclavée mais elle ne culbutera jamais en disto-version.

L'évolution des molaires et leur mise en place est extrêmement obscure. Même alors qu'elle se présente pour ainsi dire à l'état schématique chez les Eléphants, les Lamantins et les Phacochères, elle reste « mystérieuse » — *a fortiori* chez les Primates où le raccourcissement extrême des mâchoires transforme le remplacement horizontal en vertical.

La théorie de MAGITOT qui faisait dériver les germes des trois molaires du même cordon épithélial, n'est plus admise actuellement. (BOLK, MEYER, CHRUCHILL, KRONFELD, etc...). Les mono-

physaires appartiennent à la dentition lactéale (malgré les ultimes réserves de BOLK pour M^2 et M^3) et ont une origine directe individuelle.

J'ai choisi, dans ma collection personnelle, quelques cas particuliers. Quatre à droite et quatre à gauche. (Fig., p. 349).

Je veux cependant donner un bref résumé de l'observation clinique N° 8, qui comporte un enseignement pratique, car on a frisé l'erreur de diagnostic qui aurait pu jeter dans des thérapeutiques extrêmement graves. Il s'agissait d'une dame d'une cinquantaine d'années, mère de famille, adressée en consultation par son dentiste (de par ailleurs excellent à tous points de vue), pour des douleurs névralgiques faciales. Ces douleurs siégaient principalement à gauche à la région génienne haute, à caractère nettement névralgique, entraînant l'abaissement antalgique de la paupière supérieure et un certain degré de photophobie. Aucune réaction à l'alimentation chaude ou froide, ni à la mastication.

A l'hémi-maxillaire supérieur gauche un bridge de G^3 à G^6, ces deux dents et G^7 étaient dépulpées, les canaux soigneusement et totalement obturés sans aucune réaction aux apex, gencive saine et normalement colorée, aucun œdème. La palpation ne décèle rien d'anormal, les dents sont solidement implantées, aucune mobilité. Percussion indolore, seulement très légère réaction sur G^7 ; arcade dentaire inférieure parfaite. La première idée fut : dent de sagesse supérieure incluse, mais cette dame — très pondérée et intelligente, en la parole de qui on pouvait faire foi — assure catégoriquement que cette dent lui a été extraite quelque temps auparavant. Une radio intra-buccale ne montre aucune dent de sagesse incluse, le dentiste traitant confirme l'extraction et confie la fiche de soins parfaitement tenue, où cette avulsion est signalée à une date précise. Nouvel examen, très méticuleux, de toute la denture, du sinus maxillaire à l'articulation temporo-mandibulaire, sans résultat, mais, pensant au cas de LAPERSONNE, je réclame une nouvelle radio, plus haute, jusqu'au plancher de l'orbite. Cette fois on aperçoit nettement, très haut placée, une quatrième molaire accolée à l'apex de la racine palatine de la deuxième molaire. Intervention, extraction de G^7 et, avec une grande difficulté exigeant beaucoup d'attente et de patience, de la dent incluse, non soudée.

Disparition immédiate des névralgies. Guérison normale. Dix ans ont passé et pour cette dame israélite, quels ans !!!, cependant les douleurs n'ont jamais plus reparu.

A l'examen des pièces on constate que M^3 a ouvert le canal pulpaire radiculaire de la racine palatine de M^2, ce qui explique les douleurs névralgiques très vives.

Cette observation porte pour tous des leçons très graves. D'abord le danger des radios incomplètes ou mal prises, qui peuvent aiguiller ou enferrer dans un faux diagnostic ; ensuite, qu'aussi paradoxaux que puissent paraître les dires d'un patient, il faut toujours écouter et contrôler.

Il est indéniable que l'Humanité passe actuellement par une phase révolutionnaire à tous points de vue et qu'à celui qui nous intéresse, la Révolution alimentaire entraîne une perturbation dans l'évolution dentaire se traduisant par un nombre de plus en plus grand de dents en malposition, ou même incluses.

Resumen

La A. recuerda la manera de desarrollo y evolución de la muela superior del juicio.

La unión de la segunda y tercera muela es intima y parece debida á una coalición por cemento primario.

Los trastornos de la evolución de la muela inferior del juicio, son diferentes en unión probable con el empequeñecimiento evolutivo de la mandibula.

El Dr. Beltrami presenta para terminar un caso personal, de una cuarta molar superior insupsonable (radio insuficiento) que fúe señalada gracias á un examen más completo.

En dicho examen, se apercibió que la tercera muela extraida anteriormente habia roto el canal de la raiz de la segunda muela causando á la paciente neuralgias rebeldes.

Summary

The author recalls the developmental process and the evolution of the upper third molar.

The union of the second and third molars is intimate and seems due to a coalescence of primary cementum.

The disturbances in the evolution of the lower third molar are not the same and the differences are probably due to the shortening of the mandible during growth.

Dr. Beltrami in closing ,mentions one of his case where an unsuspected upper fourth (inadequate radiogram) was discovered thanks to a more thorough examination.

On examination it was found that the previously extracted third molar had damaged the root canal of the second molar thus causing a persistent neuralgia.

PÉNICILLINE ET STOMATITES

ESTOMATITIS Y PENICILINA | **STOMATITIS AND PENICILLIN**

Par le Dr CORBEIL,
Assistant de Stomatologie des Hôpitaux.

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le 3 juin 1947, par Y. DECOT, *étudiant à l'Ecole Dentaire de Paris).*

615.373

Les traitements par la pénicilline restant à l'ordre du jour, nous avons cru intéressant de rapporter quelques cas de stomatites graves typiques afin de pouvoir préciser, dans nos conclusions, les résultats obtenus avec un mode d'administration particulier et les doses qui nous ont permis d'obtenir des guérisons rapides, sans récidives.

C'est pourquoi nous présenterons, successivement, parmi les nombreuses stomatites qui ont été traitées dans le service :

1° Une stomatite à allure épidémique, telle que celles qui ont été décrites depuis la libération ;

2° Une stomatite odontiasique ;

3° Une stomatite chronique ;

4° Une stomatite médicamenteuse, en l'occurrence une stomatite bismuthique.

OBSERVATION N° 1. — Le 28 janvier 1947, M. F..., 21 ans, se présente à la consultation pour une stomatite dont il souffre depuis plusieurs mois, avec périodes successives d'amélioration et d'aggravation.

Cette stomatite, baptisée « scorbut » par les différents médecins consultés jusqu'alors, a été l'objet de divers traitements (cautérisations locales, sulfamides), et notamment administration *per os* de vitamine C. Tous les traitements essayés ont échoué et le malade vient consulter parce qu'il se trouve justement à une phase aiguë de sa stomatite...

A l'examen général, le malade présente un état fébrile (température entre 37°8-39°), un malaise général, des courbatures. Les douleurs occasionnées par sa stomatite sont très vives, entraînant de fréquentes insomnies ; ces douleurs sont accrues par la mastication, le malade ne s'alimente que d'une façon insuffisante, et l'amaigrissement depuis plusieurs semaines est important, l'adénopathie est bilatérale.

L'examen endo-buccal, gêné par un pseudo trismus antalgique attire notre attention sur une stomatite ulcéro-nécrotique. La totalité de la muqueuse buccale est touchée, avec prédominance des

lésions et maximum de gravité sur la muqueuse gingivale de l'hémi-maxillaire inférieur gauche, sur la muqueuse jugale au niveau de la ligne d'occlusion, et sur la fibro muqueuse palatine, en arrière du bloc incisif.

Ce sont des ulcérations larges, recouvertes d'un enduit sénieux, saignant au moindre contact, très douloureuses à l'examen, se détachant sur une muqueuse rouge vif, œdématiée. Les languettes inter-dentaires sont amputées et remplacées par des amas de débris sphacélés.

La langue est saburrhale, les signes fonctionnels importants, sialhorrée, fétidité de l'haleine, légère disphagie, mastication et déglutition entravées.

L'état de la denture est mauvais ; l'hygiène buccale presque nulle par suite des douleurs qui empêchent tout brossage.

Systématiquement, nous avons envisagé la possibilité d'une dent de sagesse. La radiographie confirme son existence, mais elle n'est pas en évolution.

Nous sommes donc en présence d'une stomatite ulcéreuse grave, avec tout son cortège, à savoir : intoxication par les produits sceptiques de déglutition, et mauvais état général par suite des difficultés qu'éprouve le malade pour s'alimenter.

Devant de tels symptômes, nous décidons d'hospitaliser le malade et d'instituer, à côté du traitement local, un traitement général à la pénicilline.

Localement : écouvillonnage à l'eau oxygénée et nous prescrivons des bains de bouche alternés au Dakin et au chloral.

Général : Nous faisons 400.000 unités de pénicilline ce jour même, à raison de 50.000 unités toutes les 3 heures, et nous mettons le malade au régime lacto-végétarien.

Le 29 janvier 1947, c'est-à-dire le lendemain, le malade souffre beaucoup moins, il a enfin passé une nuit de sommeil. L'état général est meilleur ; mais la muqueuse n'est pas nettoyée, l'haleine n'est plus fétide.

Nous renouvelons le traitement local et prescrivons encore 400.000 unités de pénicilline.

Le 30 janvier 1947, l'amélioration est considérable, le malade ne souffre plus. Les ulcérations jugales sont en voie de cicatrisation. Les ulcérations palatines et gingivales se détergent. L'état général est satisfaisant : plus de fièvre, plus de fatigue, plus de courbatures.

Nous prescrivons à nouveau 400.000 unités de pénicilline.

Le 31 janvier 1947, la muqueuse est propre, les ulcérations palatines et gingivales sont en bonne voie de cicatrisation.

Nous ne jugeons plus nécessaire de continuer la pénicilline et terminons notre traitement par des cautérisations à l'acide chromique et des attouchements de gonacrine, et prescrivons du Nicobion à raison de 10 comprimés par jour pendant 10 jours.

Le malade est au grand régime.

Le 5 février, M. F... est complètement guéri et peut quitter l'hôpital. Le malade a été suivi et n'a pas eu de récidives jusqu'à ce jour.

En Conclusion. — Il nous a suffi, dans ce cas, où la stomatite était particulièrement grave et tenace, de 1.200.000 unités de pénicilline administrées pendant 3 jours, à raison de 400.000 unités par jour, pour obtenir, dans ce laps de temps, une guérison totale des lésions ulcéreuses.

Observation N° 2. — Il s'agit d'un jeune soldat de 21 ans, atteint de stomatite odontiasique ulcéreuse grave, réveillée par une alvéolite consécutive à l'extraction de la première grosse molaire inférieure gauche ; stomatite entretenue par une hygiène buccale défectueuse et la présence d'épines irritatives nombreuses siégeant uniquement aux deux hémi-maxillaires gauches (racines de g5 ; G4 ; G7. gangrènes pulpaires sur G6 et g7).

L'état général du malade est particulièrement mauvais : la souffrance continue et vive depuis 5 jours, la fièvre à 38°, l'insomnie, l'alimentation presque nulle donnent à notre malade un facies terreux, des traits tirés ; les yeux sont rouges et larmoyants. L'amaigrissement notable. Les ganglions sous-maxillaires grossis et très douloureux.

L'examen endo-buccal met en évidence des ulcérations de la muqueuse buccale : la plus importante siège dans le triangle rétro-molaire gauche à la face distale d'une dent de sagesse complètement évoluée : c'est une ulcération large, profonde, aux bords irréguliers, festonnés, recouverte d'un enduit diphtéroïde qui se détache facilement avec le porte coton et montre le fond grisâtre, mamelonné qui saigne facilement.

Les mêmes ulcérations se retrouvent au niveau des languettes interdentaires, qui sont amputées à leur base. Elles siègent sur les deux faces des languettes et s'étendent à tout l'hemi-maxillaire gauche jusqu'à la canine du côté opposé. Au maxillaire supérieur les ulcérations se retrouvent, mais à un degré moindre.

Les signes fonctionnels sont très importants : la mastication est impossible. La déglutition entravée, les douleurs surtout, auxquelles s'ajoutent une sialorrhée abondante et une fétidité particulièrement intense retiennent notre attention.

L'intensité des signes généraux et fonctionnels, l'importance des ulcérations, les irritations dentaires trop nombreuses nous ont conduit à hospitaliser le malade et à instituer un traitement à la pénicilline.

400.000 unités le premier jour, et nous mettons le malade au régime lacto-végétarien.

Le 24 avril (lendemain), nous voyons notre soldat :

— L'état général est absolument transformé ;

— Plus de douleurs, sauf au niveau de la dent de sagesse inférieure gauche. L'ulcération rétro-molaire se déterge ;

— Les ulcérations du groupe incisif, sauf celles plus profondes entre g1 et g2 sont apparemment guéries ;

— Au maxillaire supérieur la gencive est propre et rose ;
— Plus de ganglions, ni de douleurs à la palpation ;
— Pas de fétidité de l'haleine ;
— Le malade s'alimente sans grande difficulté.

Nous continuons 400.000 unités de pénicilline.

Le surlendemain 25 avril :

— Les ulcérations ont partout disparu, sauf l'ulcération rétro-molaire, d'ailleurs en bonne voie de cicatrisation ;
— Et malgré l'alvéolite, nous commençons le traitement local par l'extraction de la racine de g5 sous anesthésie locale.;
— Aujourd'hui, le malade s'alimente normalement.

Nous faisons encore 200.000 unités de pénicilline de complément.

Le 26 avril : Notre soldat est complètement guéri. Nous continuons le traitement local par extraction de la deuxième molaire inférieure sous anesthésie tronculaire. Nous conseillons : bains de bouche fréquents et lavages de la plaie au Dakin.

Pas de pénicilline. Le malade est au grand régime.

Les 28, 29 et 30 avril, nous terminons notre traitement local par les extractions des deux molaires supérieures gauches et de la première prémolaire.

Il n'y a pas eu d'alvéolite, pas le moindre accident post-opératoire.

Le 1er mai, le soldat peut quitter l'hôpital.

En Conclusion. — 800.000 unités de pénicilline, complétées, par ce que nous avions des interventions à faire, par 200.000 unités ont amené, en *trois jours*, la guérison complète de la stomatite et de l'alvéolite qui lui avait donné naissance. Les interventions chirurgicales ont pu être faites normalement à partir du deuxième jour et n'ont pas entraîné la moindre complication.

Observation N° 3. — M. R..., 24 ans, ancien déporté, ouvrier dans une fabrique de parfums, présente depuis six mois une stomatite chronique ulcéreuse, entretenue par les poussières de rouges à lèvres. Cette stomatite est rebelle à tous les traitements institués jusqu'ici.

Au mois de décembre dernier, il va voir son dentiste qui, pendant deux mois, pratique un traitement par cautérisations aux acides ; prescrit des comprimés de Scorbutol et lui recommande des soins d'hygiène buccale rigoureux : brossage bi-quotidien avec brosse dure au Spyrogyl.

Mais ces brûlures, violentes et continues, au niveau de ses gencives ne diminuant pas, M. R... se présente dans le service le 20 février 1947.

L'état général est bien conservé, cependant il a maigri de plusieurs kilos et se plaint d'une digestion pénible.

A l'examen endo-buccal, on remarque une muqueuse généralement hyperhémiée, les languettes sont partout détruites, les lésions siègent aux deux maxillaires avec prédominance des lé-

sions typiques et ulcéreuses au groupe incisif maxillaire supérieur et inférieur. Toutes les dents sont mobiles, de larges clapiers entourent toutes les dents qui apparaissent déchaussées. Il semble que la résorption osseuse alvéolaire soit prononcée.

Le diagnostic de stomatite chronique ulcéreuse avec polyalvéolyse est fait dès ce moment et un traitement par l'Adiazine est prescrit. D'autre part, on continue les cautérisations aux acides et les écouvillonages à l'eau oxygénée.

Ce traitement est continué jusqu'au 28 avril, c'est-à-dire pendant deux mois.

Mais les ulcérations persistent, les douleurs restent vives. Devant ces échecs on décide d'hospitaliser le malade et d'instituer un traitement à la pénicilline.

On ordonne : 500.000 unités par jour pendant deux jours et régime lacto-végétarien.

Le 30 avril, c'est-à-dire le surlendemain, nous revoyons M. R... Toutes les ulcérations ont disparu, la muqueuse est rose, les douleurs ont cessé. Les dents branlantes se sont légèrement consolidées.

Le malade est revu régulièrement par la suite. Pas de récidive.

En conclusion, dans cette allure de stomatite particulièrement rebelle, sur laquelle est venue se greffer une destruction importante des procès alvéolaires, notre thérapeutique a été plus violente, 1 million d'unités en 48 heures. Le résultat, en ce qui concerne la muqueuse, a été des plus heureux ; reste à savoir si la polyalvéolyse n'est pas définitivement installée, l'avenir seul nous renseignera.

Observation N° 4. — Le 25 avril dernier, Mme L..., 27 ans, employée aux P. T. T., se présente à la consultation pour une stomatite bismuthique ulcéreuse.

L'interrogatoire nous apprend qu'en février 1947, Mme L... contracte la syphilis. Après analyse du sang montrant un B. W. positif, on institue, dès le 21 février, un traitement d'attaque arsénico-bismuthique (novao et bivatol). Le traitement se poursuit sans aucune manifestation jusqu'au 27 mars, date à laquelle une érythrodermie se déclare, alors que la première série du traitement touche à sa fin (15e injection de novao, 10e de bivatol).

Devant cette érythrodermie, qui intéresse les membres inférieurs dans leur totalité et les membres supérieurs depuis le pli du coude jusqu'aux extrémités, le médecin traitant suspend le traitement spécifique. Mais pensant alors que cette manifestation pouvait être un accident cutané de syphilis secondaire, il reprend le traitement spécifique bismuthique et administre quatre injections de bivatol à deux jours d'intervalle.

Quinze jours après une stomatite se déclare, empêchant toute mastication par la sensibilité muqueuse et le pseudo-trismus qu'elle provoque.

Cette stomatite se montre rebelle au traitement à base de gonacrine et de bains de bouche bicarbonatés qui a été institué.

C'est à ce moment que Mme L... nous est confiée. Elle est fortement déprimée, le visage pâle, les yeux cernés, s'alimente peu. Le pouls est normal, il n'y a pas de température.

L'examen endo-buccal met en évidence une stomatite bismuthique classique, avec liseré ardoisé caractéristique, bordant le collet des dents : c'est un liseré uniforme, continu, large, qui du côté vestibulaire pointe dans les espaces interdentaires. Cette pigmentation se retrouve à la face interne des joues, au niveau du plan d'occlusion, surtout en regard des molaires, sous forme de taches de même teinte, très accentuées, accompagnées de lésions congestives et ulcéreuses particulièrement importantes au niveau du cul-de-sac rétro-molaire et de la face vestibulaire des dents de sagesse inférieures ; ce sont des ulcérations larges, ovalaires, au fond anfractueux ecchymotique, saignant facilement. L'examen au porte coton est très douloureux. La langue est touchée, elle aussi, et présente avec plusieurs ulcérations, sur ses bords latéraux et sur sa face inférieure, ces mêmes placards ardoisés qui se prolongent par un fin pointillé jusqu'à la pointe.

Devant l'échec des thérapeutiques instituées, nous décidons d'hospitaliser la malade et nous ordonnons :

400.000 unités oxford de pénicilline pendant trois jours, soit 1.200.000 unités ;

Et nous mettons la malade au régime lacto-végétarien.

Le 26 *avril*. Dès le lendemain une amélioration très nette se manifeste, le pseudo-trismus antalgique a considérablement diminué. La sensibilité gingivale est moins marquée. Mme L... a pu s'alimenter.

Le 28 *avril* (3 jours après) : Le liséré gingival et surtout les taches linguales sont considérablement atténuées. Les ulcérations des languettes gingivales sont cicatrisées, sauf celles plus importantes au niveau de g7, g8 et d7, d8 ; aux membres, la desquamation s'est accélérée. L'érythrodermie, presque disparue aux bras, commence à s'améliorer aux jambes.

L'état général du malade est bien meilleur. L'asthénie a disparu. Les urines sont normales.

Nous ordonnons 200.000 unités de complément.

Le 30 *avril*, nous revoyons notre malade. L'amélioration s'accentue. Les taches linguales et jugales ont disparues. Le liséré ardoisé s'est estompé. Les ulcérations rétro-molaires se détergent.

Le 6 *mai*, la pigmentation muqueuse et le liséré gingival au niveau des dents antérieures ont disparu ; celui-ci persiste, mais s'estompe considérablement au niveau des molaires inférieures. Une petite ulcération s'accroche à la face vestibulaire de d8. On y fait une cautérisation à l'acide trichloroacétique.

En résumé, dans cette stomatite médicamenteuse, à allure particulièrement grave et doublée d'une érythrodermie, il nous a fallu 1.400.000 unités de pénicilline pour obtenir un résultat satisfaisant sur les muqueuses. Non seulement le traitement a agi sur la stomatite, mais le liséré a disparu et l'érythrodermie

est guérie. Si la guérison a été moins spectaculaire, en effet il a fallu 9 jours pour l'obtenir complète, il n'en reste pas moins vrai qu'elle a dépassé nos espérances, car nous pensions, jusqu'à ce jour, que le tatouage bismuthique était indélébile. En plus, nous avons guéri l'érythrodermie, lésion particulièrement rebelle.

En conclusion, et forts d'une expérience qui remonte maintenant à un peu plus d'une année, nous pouvons dire, que pour les stomatites graves, le traitement de choix reste la pénicilline malgré tous ses inconvénients (hospitalisation, nombre de piqûres fréquentes).

Mais nous ne désespérons pas d'avoir sous peu la pénicilline retard en solution huileuse, ou la pénicilline calcique qui simplifieront la thérapeutique, car une ou deux piqûres par jour suffiront à l'administration de doses importantes que nous devons employer. En effet, il faut, et les récents travaux américains l'ont confirmé, un minimum de 400.000 unités par jour comme traitement d'attaque des formes aiguës, et 500.000 unités par jour pour les formes chroniques ou particulièrement récidivantes ; ces injections étant répétées trois jours de suite plus un ou deux jours de traitement de complément, à raison de 100.000 ou 200.000 unités par jour.

Il est bien entendu que toutes ces doses doivent être réparties en huit injections par 24 heures.

Nous complétons toujours cette thérapeutique par une thérapeutique digestive : soit absorption de solution de Bourget, ferments lactiques, et nous instituons toujours un régime lacto-végétarien pendant la durée de l'hospitalisation, pour lutter contre les phénomènes pyophagiques.

Ces diverses médications nous ont, jusqu'à ce jour, donné des guérisons sûres et spectaculaires.

Resumen

Presentación de cuatro casos de estomatitis ulcerosas graves (estomatitis de aspecto epidemico, estomatitis odontiasico, estomatitis cronica, estomatitis bismutica) particularmente rebeldes a la terapeuticas clasicas institudas en tales casos.

El tratamiento por la penicilina (400.000 U por día para los casos agudos 500.000 U para las lesiones cronicas y reincidentes, esas dosis en ocho injecciones en veinte y cuatro horas y administradas durante tres dias) nos á dado curas seguras, completas y espectaculares.

La penicilina es el tratamiento á escojer en las estomatitis graves, apesar de los inconvenientes (hospitalisación, número de injecciones frecuentes) pero nosotros esperamos tener dentro de poco la penicilina á acción lenta en solución aceitosa ó la penicilina-calsica en soluciónes, que simplificarán la terapeutica pues una ó dos injecciones por día serán suficientes á la administración de dosis importantes que debemos emplear.

Summary

Presentation of four cases of severe ulcerative stomatitis (stomatitis of epidemic nature, odontiasis stomatitis, chronic stomatitis, bismuth stomatitis), particularly resistant to classical therapeutic methods used until now.

The treatment with penicillin (400.000 U daily for acute cases, 500.000 U for chronic and recuring lesions ; these doses in eight injections every 24 hours and given for three days) has given us sure cures, complete and spectacular.

Penicillin remains the choice treatment in severe stomatitis in spite of its inconvenients (hospitalization, numerous injections) but we hope to soon have delayed action penicillin in oil solution or calcic penicillin, which would simplify the treatment as one or two injections a day would be enough to administer the large doses that we must use.

PRÉSENTATION DU PIVOT R.

de M. G. RUETZ, de Bienne (Suisse)

PRESENTACION DEL EJE R. — (DIENTE DE ESPIGA) DEL Sr. RUETZ

PRESENTATION OF THE R. DOWEL BY M. G. RUETZ

Par M. HENRI VILLAIN (1)
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris

Traduit de l'allemand par M. ADRIAN, Chef de Laboratoire à l'E. D. P.

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le 15 avril 1947)

616.314×611

Le nombre considérable des différents systèmes et des différentes méthodes de construction des dents à pivot est une preuve de leur importance, mais aussi des difficultés d'exécution qu'elles présentent. C'est à la suite de patientes et longues recherches que le Dr RUETZ, de Bienne (Suisse), a finalement présenté son « Pivot R ».

Après avoir passé en revue tous les anciens modes de pivots, il a proposé son nouvel ancrage qui ne réclame du praticien aucun procédé technique nouveau. Bien au contraire, le praticien trouvera dans l'utilisation du pivot R la possibilité de réduire au maximum les difficultés habituelles ; le patient saura lui aussi l'apprécier.

Le pivot R, dans sa forme perfectionnée actuelle, rassemble évidemment tous les avantages et qualités des systèmes à pivot classiques, ceci au point de vue esthétique, hygiénique et mécanique.

DESCRIPTION GÉNÉRALE. — *a)* Le pivot proprement dit est un pas de vis cylindrique parcouru dans sa longueur par une gouttière. Il se présente sous trois dimensions : 9, 10 et 11 m/m de longueur, correspondant à 1,6, 1,7, et 1,8 m/m de diamètre. Construit en acier inoxydable de haute qualité, le pivot peut être vissé, selon les besoins, plus ou moins profondément dans la racine, sans aucun risque d'éclatement, comme dans le cas du pivot conique. La gouttière permet à l'air et à l'excédent de ciment de s'échapper lors du vissage.

Surmontant le pivot proprement dit, la tête du pivot a la forme de deux pyramides tronquées à base commune, et séparées l'une de l'autre par une incision en forme de coin se rétrécissant de haut en bas. Dans sa partie supérieure, les deux pyramides se rapprochent l'une de l'autre par deux griffes qui ne laissent libre qu'un étroit passage : ceci forme en quelque sorte deux bras opposés dont l'un est plus court que l'autre (fig. 1) ;

b) Sur la tête du pivot vient s'ajuster une capsule en laiton, en or platiné ou en platine ;

(1) Cette présentation fut suivie de la projection d'un film très instructif, démontrant la technique de l'emploi du « Pivot R ».

c) Un fil de renfort en acier inoxydable, d'une épaisseur de 0,3 m/m sera placé transversalement dans la capsule préalablement percée dans son tiers inférieur. Pour poser la couronne, il suffira d'amener le fil de renfort entre les deux griffes, à la base de l'incision de la tête du pivot. Il sera bloqué, à cet endroit, par la masse de scellement.

Nous trouverons, correspondant aux trois dimensions déjà citées, trois dimensions de capsules (fig. 2).

Enfin, à ces trois dimensions correspondront encore trois numéros de forets pour l'alésage du canal (fig. 3).

Il sera nécessaire, lors de la prise d'empreinte, de rendre de dépouille la partie inférieure de la tête du pivot qui a été construite de façon telle que, dans certaines conditions — pour un articulé bas par exemple — le pivot puisse être enfoncé plus profondément dans la racine ou de façon à permettre la meilleure préparation du moignon radiculaire (fig. 4 et 5).

Le rapport entre la longueur du pivot et celle du foret d'alésage, répond à certaines conditions d'hygiène : le foret pénètre en effet plus profondément (de 1 m/m) dans le canal radiculaire, afin de permettre le dépôt d'une petite quantité de pâte antiseptique à l'extrémité du pivot.

Il est conseillé, d'autre part, de ne remplir que la moitié du canal avec un ciment très liquide. Le pivot, grâce à son pas de vis, est ancré solidement dans la racine, et le ciment de scellement n'a pour but que la fermeture hermétique du système. Le dévissage du pivot, qui serait compris si le canal était bourré de ciment à l'oxyphosphate, serait encore possible, à la rigueur, si l'on prenait la précaution d'inclure dans ce ciment de l'iodoforme ou une matière antiseptique analogue.

Indications. — Le pivot R peut être universellement employé dès que se justifie l'établissement d'une dent à pivot, mais le pivot R est particulièrement indiqué dans les cas anormaux et difficiles où des directions radiculaires divergentes nécessitent une correction de position. La tête de pivot, en forme de pyramide tronquée, nous offre, en effet, une certaine marge pour l'introduction de la couronne une fois terminée.

Le pivot radiculaire R peut également servir de pivot de reconstitution, ainsi que d'ancrage pour dent à pivot provisoire.

Enfin, le champ d'indication du pivot s'étend encore à tous les cas de racines anormales ou défectueuses.

Qu'il s'agisse de dents à pivot isolées, ou de dents piliers de bridges, l'emploi du pivot radiculaire R s'impose lorsqu'on veut conserver la possibilité de refaire ultérieurement une révision ou un nouveau traitement radiculaire. En sectionnant le fil d'armature à sa sortie de la capsule, après avoir retiré celle-ci, il est facile de mettre à nu le moignon radiculaire en dévissant le pivot.

Le champ d'indication du pivot radiculaire R s'étend aussi à la région prémolaire et molaire. On obtient des résultats particulièrement favorables dans les cas de piliers de bridges conver-

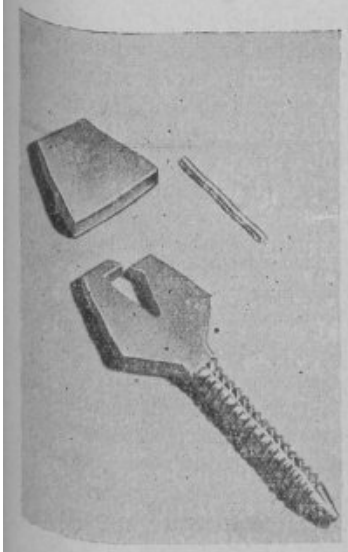


Fig. 1

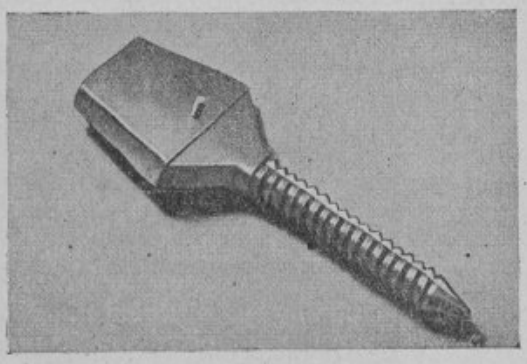


Fig. 4

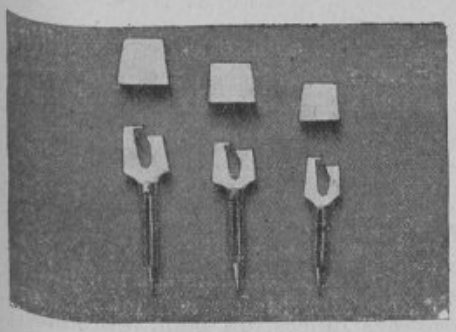


Fig. 2

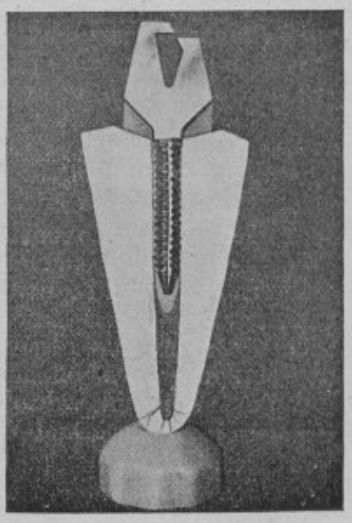


Fig. 5

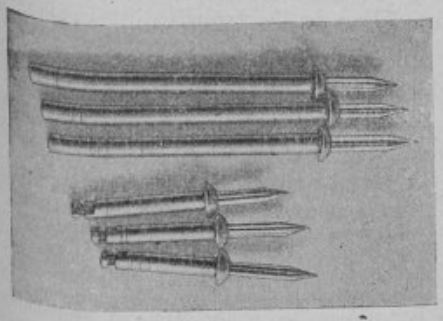


Fig. 3

gents ou divergents. Des bridges complets, y compris les éléments intermédiaires avec pivot radiculaire raccourci, ou en combinaison avec toute autre coiffe, représentent finalement le champ d'indication le plus étendu et certainement le plus intéressant de ce système.

Nous trouverons, dans la figure 6 ci-dessous, l'exemple d'une combinaison du pivot R avec inlay de surface, ou avec plateau et bague de Richmond (dans le cas d'un moignon défectueux).

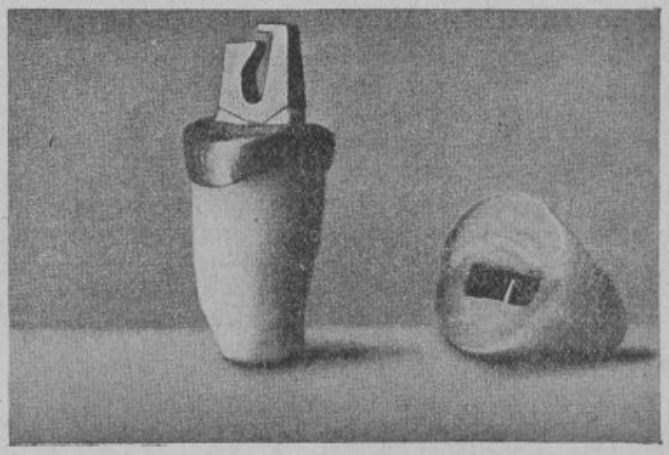


Fig. 6

EMPLOI DU PIVOT R POUR LES BRIDGES. — Les avantages que nous offre l'emploi du pivot R sont importants :

a) La construction de ces bridges est totalement indépendante de la direction des racines-piliers ;

b) Chaque dent peut être remplacée individuellement dans le cas d'une réparation nécessaire ;

c) Après le retrait des couronnes piliers, on peut reprendre, si nécessaire, le traitement des racines ;

d) Possibilité de prolonger à volonté les bridges ; il suffit, en principe, d'enlever la couronne-pilier de l'extrémité intéressée : le bridge reste donc ainsi intact en bouche.

Tels sont les avantages principaux que nous offre ce nouveau système.

Resumen

El eje presentado por el Sr. G. Ruetz conviene a todos les casos y especialmente aquellos cuyas raices estan en posición anormal.

Este eje puede servir igualmente de apoyo para reedificaciones importantes.

La facilidad para desmontarlo permite ver eventualmente el tratamiento de las raices.

Summary

The dowel presented by G. Ruetz is applicable to all cases and especially in cases where the root is in abnormal position.

It can also serve as abutment for important restorations.

It can be easily removed and this allows for eventual checking of root canal treatments.

RÉCUPÉRATION DE L'ARGENT FIN DES DÉTRITUS D'AMALGAME

RECUPERACION DE LA PLATA FINA EN LOS RESIDUOS DE AMALGAMA | RECUPERATION OF PURE SILVER IN AMALGAM RESIDUE

Par M. P. MARREL,
Chirurgien-Dentiste.

(*Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le 6 mai 1947*)

669.791.6

La conférence que je viens vous présenter a pour but de vous montrer par quels procédés de laboratoire on peut arriver à séparer rapidement l'argent métal et, accessoirement le mercure, des détritus d'amalgame utilisés en art dentaire.

Il est tout d'abord nécessaire de rappeler que la poudre d'alliage que nous utilisons est constituée en général par un mélange des éléments suivants :

Prenons un exemple d'un alliage renfermant 65 % en poids d'argent, 30 % d'étain et, les 5 % restants sont représentés par du cuivre, du zinc et fréquemment du cadmium.

Dans les détritus d'amalgames nous retrouverons donc tous les éléments précédents mais, en plus, le mercure ayant servi à la confection du dit amalgame.

Nous allons maintenant examiner par quels processus chimiques nous aboutirons à la séparation de l'argent fin et accessoirement du mercure.

Le matériel de laboratoire peut être assez simplifié ; la description très succinte en sera faite au cours de l'exposé. Prenons une fiole d'attaque forme poire en Pyrex de 250 cm3 de capacité, dans laquelle nous versons 100 cm3 d'acide azotique pur marquant 36° B ; par petites portions de 5 gr. nous ajouterons peu à peu 50 gr. de débris d'amalgames. La réaction est très vive au début puis, se ralentit peu à peu ; elle se traduit par un dégagement de vapeurs nitreuses, mélange de peroxyde d'azote (NO_2) et d'oxyde azotique (NO) ; c'est pourquoi il faut disposer la fiole d'attaque sous une hotte ayant un fort tirant d'air.

Le liquide, d'abord clair, se trouble, devient blanc, opaque, puis s'épaissit. On dispose alors la fiole d'attaque sur un réchaud Bunsen et l'on fait bouillir le liquide pendant quelques minutes jusqu'à ce qu'il ne se dégage plus de vapeurs rousses (mélange de NO_2 et de NO). On prépare un flacon d'Erlenmayer (flacon tronconique à col étroit) dans lequel on introduit un entonnoir de verre muni de son papier filtre.

On dilue le liquide précédent avec 100 cm3 d'eau, puis on

verse la bouillie blanchâtre ainsi obtenue dans le papier filtre. Le liquide filtré est alors limpide, de couleur bleu pâle et dans le papier filtre se trouve rassemblé l'étain sous forme de bioxyde (SnO_2). Le liquide filtré renferme alors les autres éléments sous forme de nitrates : nitrate d'argent (NO_3 2Hg), nitrate mercurique (NO_3 2Hg etc.).

La solution ainsi obtenue est mise à une douce ébullition et dans cette liqueur nous allons verser 50 cm3 d'acide chlorydrique pur dilué avec 50 cm3 d'eau.

Il faut verser l'acide chlorydrique goutte à goutte en agitant le flacon que l'on a retiré du feu. Il se forme alors un abondant précipité cailleboté blanc, lourd, se rassemblant facilement au fond du vase. Lorsque la liqueur ne précipite plus, on décante le précipité qu'on lave à l'acide chlorydrique pur à froid, puis à l'eau pure, ensuite on le sèche à feu doux ; le corps est du chlorure d'argent AgCl.

La liqueur séparée du second précipité est concentrée à moitié de son volume après y avoir ajouté 25 cm3 d'acide chlorydrique pur afin de détruire les azotates, puis portée à feu doux sous la hotte ; il se dégage d'abondantes vapeurs suffocantes de chlorure de nitrosyle, brun jaunâtre ; lorsque le dégagement cesse on retire la fiole d'attaque et on laisse refroidir.

Nous avons ainsi le mercure et les autres métaux sous forme de chlorures ($HgCl_2$, Cu Cl_2 etc...) Cd Cl_2.

La solution ainsi obtenue est traitée par un excès d'ammoniaque pur du commerce (solution à 20 %) qui nous donne un abondant précipité blanc. Tout le mercure se trouve alors rassemblé sous forme de chlorure mercuri ammonium (NH_2 Hg) Cl.

Les autres éléments se trouvant sous forme de complexes (aminés) solubles dans un excès d'ammoniaque, que nous passerons sous silence.

Revenons à notre précipité de chlorure d'argent.

Le dernier est mis à dissoudre dans 50 cm3 d'ammoniaque pur, il disparaît en donnant un liquide limpide renfermant le complexe (NH_3Ag) Cl.

On introduit alors dans la liqueur une lame de zinc pur. Immédiatement ce dernier métal se recouvre d'efflorescences cristallines brillantes augmentant de plus en plus de volume et se rassemblant facilement par agitation. L'argent est précipité. Cette poudre cristalline est alors lavée par une solution d'acide chlorydrique à 10 % pour la débarrasser des traces de zinc ou de sels de zinc qu'elle contient, puis à l'eau pure. La réaction était la suivante : $2(NH_3Ag)\,Cl + Zn = ZnCl_2 + 2\,NH_3 + 2\,Ag$. On comprend donc que ce dernier métal peut entraîner avec lui certains éléments étrangers.

On introduit ainsi l'argent pur en poudre dans un creuset en terre réfractaire, on recouvre la poudre de métal avec une couche de borate de sodium anhyre ($B_4O_7Na_2$) ou borax déshydraté et

on le porte à la température de 1000°. L'argent fondant vers 960° se rassemble en un globule de métal brillant d'un haut degré de pureté.

Pour récupérer le mercure, on dissout le précipité insoluble de chlorure de mercuri ammonium dans une solution d'acide chlorydrique concentré, puis on précipite le mercure par une barre de zinc pur. Le métal se rassemble facilement car on voit le zinc devenir brillant, puis fondre en fines gouttelettes se rassemblant en une masse métallique liquide brillante, c'est le mercure.

La réaction est la suivante : le chlorure de mercure ammonium se dissout dans l'acide chlorydrique en donnant du chlorure double de mercure et d'ammonium suivant : $NH_2HgCl + 2HCl = NH_4Cl + HgCl_2$.

Le dernier corps en dissolution dans l'acide chlorydrique réagit suivant $HgCl_2 + Zn = ZnCl_2 + Hg$.

Le mercure ainsi obtenu est mis à bouillir pendant 10 minutes avec une dissolution concentrée d'acide chlorydrique au bain marie pour dissoudre le zinc qu'il pourrait contenir du fait de la formation initiale d'un amalgame de zinc.

En résumé, 50 grammes de résidus d'amalgames m'ont donné :

13 gr. 50 d'argent,
22 gr. de mercure,
12 gr. d'étain,
1 gr. 50 de cuivre,
0 gr. 50 de zinc,
0 gr. 50 de cadmium.

Les proportions de ces différents métaux peuvent varier suivant les amalgames employés, mais la proportion d'argent pour un amalgame de bonne qualité doit être comprise entre 55 et 70 %.

Resumen

Descripción de la manera qué permite recoger la Plata y el Mercurio en los residuos de amalgama.

El autor ha verificado que un cierto número de mezclas vendidas en el comercio están lejos de contener las proporciones de Plata consideradas indispensables.

Summary

Description of the technique for the recuperation of silver and mercury in amalgam debris.

The author has verified the fact that a number of alloys now on the market are far from containing the proportions of silver considered indispensible.

REVUE ANALYTIQUE

C. LEIMBURGER (Berne). — **La carie dentaire, une maladie** (*Revue de Stomatologie*, sept.-octobre 1946).

La restauration des dents cariées n'est que la stabilisation d'un état pathologique. Les médications calcique, phosphorique, vitaminique, n'ont pas donné les résultats attendus.

Le diagnostic de la carie est tardif, la maladie ne se révèle que lorsque devient visible la tache blanche. A ce stade le phénomène pathologique est déjà irréversible.

On a essayé d'agir sur cette tache blanche, jusqu'à présent sans succès, l'émail altéré ne peut être ramené à son état primitif normal.

Le problème doit être étudié en partant de la dent saine. L'état de santé résulte d'un équilibre entre la salive et la dent.

L'émail est un diaphragme qui sépare deux milieux liquides, d'une part le complexe os-sang, pulpe dentine, d'autre part la salive et les glandes salivaires.

L'émail isolé possède une charge électrique négative, cette charge peut devenir positive, ce changement de signe a lieu au point isoélectrique, situé pour l'émail dans la région du pH égal à 4,5.

En conséquence l'émail ne pourra absorber d'acide que si son pH propre se trouve dans la région acide et qu'il est de ce fait chargé négativement, il faut également que cet acide pour être absorbé ait un pH inférieur à celui du point isoélectrique du diaphragme.

Les expériences *in vitro* confirment ces données théoriques. Pratiquement, *in vivo*, les résultats atteints ne sont pas durables.

L'émail fonctionnant comme un diaphragme n'est pas un système chimique fermé, son équilibre est toujours instable, variant avec les réactions biologiques de la dent et du milieu buccal.

La structure de l'émail n'est jamais fixée définitivement.

La maturation de la dent consiste en une modification des rapports physico-chimiques entre les deux composants de l'émail, l'organique kératine, le minéral (hydroxyle apatite).

Ces deux substances sont intimement reliées entre elles. La liaison lors de l'éruption est qualifiée par l'auteur d'hétéropolaire, cette liaison est encore fragile. La maturation a tendance à transformer cette liaison hétéropolaire en liaison homéopolaire à l'aide de ponts sulfurés.

Lorsque cet équilibre est atteint il doit encore être maintenu. La réalisation de cet équilibre peut être accélérée par des mesures biologiques. Des causes secondaires, grossesse, puberté, etc..., peuvent détruire cet équilibre en troublant la maturation.

Nous savons maintenant que la carie est le fait presque toujours d'une salive modifiée.

Actuellement nous ignorons encore ou tout au moins nous connaissons imparfaitement les facteurs qui influencent la composition de la salive.

Toutefois nous savons par l'expérimentation que la synthèse du facteur salivaire *in vitro* est complètement paralysée par de minimes quantités d'extrait de thyroïde. Ceci est en accord avec l'activité reconnue de la thyroïde dans les cas de polycaries à marche rapide. L. S.

M. DECHAUME, Mme A. CHAPUT, M. GOUDAERT, G. CRUT. — **Utilisation en stomatologie d'éponges perdues de gélatine imbibées de thrombine.** (*Revue de Stomatologie*, février-mars 1947).

L'action de la thrombose a été signalée en 1936, à l'Académie de Médecine (G. Crut) comme favorisant la coagulation sanguine dans les foyers hémorragiques.

Les Américains l'ont depuis employée sous forme d'éponges résorbables (oxy-cellulose, fibrine, gélatine) imprégnées de thrombose.

Schéma de la coagulation. — Prothrombine du plasma + thromboplastine + sels de calcium = thrombine. Puis thrombine + fibrinogène = fibrine.

La thrombine est inactivée par le sérum albumine qui la convertit en métathrombine.

Donc quatre substances favorisant la coagulation : Prothrombine, Thromboplastine, Sels de Calcium, Fibrinogène.

Une substance défavorisante. — Anti-prothrombine du complexe hépariné.

Troubles de la coagulation. — 1° Par excès des substances anticoagulantes, sont justiciables du traitement par addition de thrombine en excès.

2° Par défaut de substances nécessaires à la coagulation ;

a) Le fibrinogène est très rarement absent (trouble congénital) ;

b) Les sels de calcium, même en déficit ils ne ralentissent pas la coagulation ;

c) *Thromboplastines.* — Action capitale dans l'hémostase. L'allongement du temps de coagulation traduit une insuffisance des thromboplastines plasmatiques ;

L'hémophilie serait sous la dépendance de l'insuffisance de trhomboplastine-plasmatique ;

L'hémogénie serait provoquée par une déficience des thromboplastines tissulaires ;

d) *Prothrombine.* — L'insuffisance hépatique et le défaut d'utilisation de la vitamine K seraient les causes majeures de l'hypothrombinémie.

Le traitement des hémorragies est basé sur un apport direct de thrombine.

On a utilisé des mèches de gaze, l'enlèvement de celles-ci risque de léser le caillot.

L'idéal est un véhicule auto-résorbable.

Les Américains ont utilisé l'oxycellulose, puis la mousse de fibrine, enfin la gélatine.

Le remplissage de l'éponge gélatineuse doit être fait aseptiquement, les bulles d'air doivent être exprimées.

Les auteurs concluent :

1° Que la cicatrisation est activée ;

2° Qu'il n'y a pas d'hématome post-opératoire ;

3° Diminution de l'œdème ;

4° Pas de suppuration. L. S.

M. DARCISSAC. — **Dispositif original de bridge en extension sur selle articulée et amortie.** (*Revue de Stomatologie*, nº 4, 1947, page 232).

L'auteur présente un appareillage convenant aux patients ayant perdu les molaires.

Le dispositif comprend deux parties :

1º Une partie fixe reposant sur les dents restantes, antérieures et prémolaires. Cette partie est prolongée en arrière de chaque côté par une ailette.

2º Une partie mobile reposant sur la gencive édentée par une selle et fixée d'autre part sur l'ailette, de façon à pouvoir se déplacer dans le sens vertical sous les efforts de la mastication. (Les trous des clavettes sont ovalaires à grand axe vertical).

L'auteur présente quatre observations :

Trois bridges totaux supérieurs ;

Un bridge total inférieur.

Il propose également d'utiliser ce système pour des bridges partiels.

L, S.

E. BOLTANSKI. — **Association d'ulcère duodénal et de pyorrhée alvéolo-dentaire. Intérêt de la protéinothérapie intra-veineuse.** (*Revue de Stomatologie*, nº 4, 1947, page 230).

A propos d'un patient atteint d'un ulcère duodénal dont le diagnostic est confirmé par la radiographie, l'auteur signale la concomitance d'une pyorrhée intense.

On pratique l'injection intra-veineuse d'un autolysat de staphylocoques et de prodigiosus (technique de R. A. Guttmann). Les douleurs abdominales cessent à la cinquième injection, l'état buccal s'améliore. Depuis, le malade ne souffre plus, bien que la radiographie montre une persistance de la niche vue au début du traitement.

La pyorrhée a reparu mais beaucoup plus discrète.

L'auteur insiste sur l'importance du retentissement des lésions buccales dans la pathogénie des complications des ulcères et sur l'aggravation du pronostic opératoire.

Enfin, on devra être prudent dans l'emploi de la protéinothérapie en se rappelant les accidents signalés par M. Iglésias y Bettancourt, sous l'inspiration du Dr Lemiere. L. S.

M. FLEXNER. — **L'Anesthésie au protoxyde d'azote.** (*Revue d'Odontologie, de Stomatologie et Maxillo-Faciale*, janvier 1947, p. 29).

Conclusions. — 1º Le protoxyde d'azote est l'anesthésique de choix pour les interventions dentaires. Bien administré, il est le meilleur pour tous les âges et pour tous les états de santé ;

2º Il vaut mieux l'administrer d'abord sans mélange jusqu'au moment où le patient est anesthésié.

On ne doit cependant jamais laisser persister des symptômes d'asphyxie. Ceux-ci doivent être traités immédiatement au moyen d'oxygène pris dans l'air ambiant ou dans une bouteille d'oxygène ;

3º Tous les obstacles externes seront évités par le choix d'une position favorable, l'emploi de tampons buccaux bien placés et l'administration du gaz sous différentes pressions (de 10 à 15 mm. de Hg) ;

4º L'anesthésie générale est éminemment favorable à un travail chirurgical de longue durée, elle réduit au minimum les douleurs post-opératoires et l'infection à la différence de l'anesthésie locale ;

5º C'est l'anesthésie idéale pour les enfants. L, S.

LATTÈS, VRASSE, CORBEIL. — **Gingivite ulcéreuse chronique guérie par la pénicilline.** (*Revue de Stomatologie*, mai-juin 1947, p. 287).

Relation d'une gingivite ulcéreuse évoluant depuis deux ans ; traitée sans succès par des injections de Novar, les vitamines C et Pp. (Bordet-Wasserman négatif.) Le patient présente, avec des phénomènes locaux : ulcérations, ganglions, fétidité de l'haleine, douleurs, des oscillations thermiques.

La pénicilline est donnée à raison de :
500.000 unités le premier jour.
600.000 unités le second jour.
La guérison est obtenue rapidement.
Traitement commencé le 29 janvier. Sortie de l'hôpital le 31 janvier.
L. S.

COLIEZ (Robert) et CREBALET (Y. L.). — **Les radiodermites du radiodiagnostic.** (*Presse Médicale*, 29 mars 1947).

Les auteurs insistent sur la recrudescence des radiodermites survenues, après l'emploi de petits appareils transportables de radiodiagnostic, aussi bien chez les opérateurs que chez les malades.

Les auteurs citent de nombreuses observations prouvant que les lésions sont dues à des examens trop prolongés avec des appareils insuffisamment protégés. Ed. H.

GERMES (L. DE) et MUME. — **La streptomycine.** (*Presse Médicale*, 22 mars 1947).

L'intérêt particulier de ce dernier né de la chimiothérapie mycélienne est son action indiscutable sur le bacille de Koch.

Cette substance a été extraite d'actinomycès griseus par Waskmann et ses collaborateurs, à l'inverse de la pénicilline elle agit plus particulièrement sur les germes gram négatifs, la voie d'introduction la plus utilisée est la voie intra-musculaire, c'est une substance peu toxique et l'organisme l'élimine plus lentement que la pénicilline, à noter cependant que la streptomycorésistance s'établit beaucoup plus vite que la pénicillo ou la sulfamido résistance.

Mais le fait le plus important est certainement son action sur la tuberculose, mise en évidence par Teldmann et Huishow chez l'animal de laboratoire, elle a été étudiée chez l'homme par Huishow et ses élèves, qui ont traité ainsi des granulies, des méningites tuberculeuses. Dans l'ensemble les résultats sont encourageants et l'on peut parler de succès dans certaines granulies.

Ainsi la streptomycine est la première substance antibiotique capable d'inhiber le développement du B K expérimentalement comme cliniquement. Ed. H.

MORGENSTERN (M.). — **La pénicilline buccale.** (*Presse Médicale*, 14 juin 1947).

L'auteur reprend les derniers travaux américains concernant l'administration de pénicilline par voie buccale. Lors des premiers essais, on a constaté que 85 % de la pénicilline ingérée était détruite et ce, essentiellement, par le suc gastrique, l'action du foie et enfin l'action de la pénicillinase secrétée par les micro-organismes intestinaux, l'acidité gastrique restant le principal facteur de destruction.

De là l'idée d'adjoindre des produits tampons capables de neutraliser l'acidité gastrique durant le trajet stomacal de la pénicilline ingérée. On a pu ainsi obtenir des concentrations suffisantes pour le traitement des affections pénicillino sensibles (gonococcies, pneumococcies, staphylococcies, etc...). Ed. H.

La pénicilline dans l'angine de Vincent. (*Presse Médicale*, 11 janvier 1947. Notes de médecin).

Louis H. Bronstein, de New-York, publie 105 cas d'angines de Vincent traitées par la pénicilline : pour être efficace, celle-ci doit être injectée par voie intra-musculaire à la dose de 20.000 unités toutes les 3 heures, répétée 8 à 16 fois selon les cas. Très vite, ce traitement entraîne la disparition des spirilles et des fusiformes, la douleur cède très vite, mais l'ulcération persiste quelque temps : 4 à 6 jours.

Ainsi ce traitement réalise un réel progrès quant à la thérapeutique de l'angine de Vincent. Ed. H.

MARKUS (S.). — **Absorption du fluorure de sodium (Na F) par la dentine dénudée.** (*Stomatologia* (U.R.S.S.), 1938, N° 4).

Les mèches de coton imbibées d'une solution de 0,07 mg. de N a F) l'abandonnent complètement à la dentine. Celles qui en contenaient 0,4 mg. ne contiennent plus que 3 à 15 % de cette quantité quand elles sont retirées.

Les mèches de coton avec une faible solution isotonique de N a F cèdent à la dent au bout de cinq minutes de présence dans le canal jusqu'à 75 % de leur contenu, et cela tant sur le fantôme que sur les malades.

Les dents ayant absorbé, après plusieurs passages de mèches, jusqu'à 0,6 mg. d'une solution isotonique de N a F, lorsqu'elles sont plongées dans l'eau, même pendant vingt jours ne lui cèdent pas de fluore de Na.

Celles qui en ont absorbé jusqu'à 2 mg. en perdent 0,35 mg. au bout de deux jours de présence dans l'eau. Les dents dont les canaux ont été obturés avec la pâte contenant 0,35 mg. de N a F n'en ont perdu que 0,07 à 0,11 mg. au bout de neuf à dix jours de présence dans l'eau.

Conclusion : la méthode de Loukomsky permet réellement d'utiliser l'affinité du N a F avec les composés calcaires de la dentine pour le traitement des caries. L. B.

BERENSON (F.). — **Emploi du fluorure de sodium dans le traitement de la carie.** (*Stomatologia* (U.R.S.S.), 1938, N° 4.)

L'auteur emploie comme fond de cavité sous l'obturation dans les 2es degrés, suivant la méthode du professeur Loukomsky, une pâte composée de fluorure de sodium 0,33 ; Bolus Alba (argile blanche), 24, et Glycérine, q. s. pour une consistance pâteuse (donc 0,7 % de fluorure de sodium). Ses observations l'ont amené aux conclusions suivantes :

1° Une couche de dentine ramollie laissée sous la pâte durcit dans 63 % des cas chez les adultes et dans 96 % des cas chez les enfants ;

2° La sensibilité de la pulpe reste inchangée ;

3° L'anesthésie de la dentine a été obtenue dans 85 % des cas ;

4° La dentine cariée a été stérilisée dans 18 % des cas.

L'auteur recommande donc l'emploi de cette pâte dans les 2es degrés où le voisinage de la pulpe ne permet pas le fraisage de toute la dentine ramollie. Il souligne le fait que cette pâte, grâce au fluorure de sodium qui entre en combinaison chimique stable avec les éléments squelettiques de la dent, non seulement constitue une couche isolante par elle-même, mais aussi elle crée sur les tissus durs de la dent une deuxième barrière interne isolante. L. B.

ANICHENKO (A) et ROUBINSTEIN (J.). — **Action du fluorure de sodium sur la dentine sensible.** (*Stomatologia* (U.R.S.S.), 1938, N° 4).

De toutes les méthodes proposées jusqu'à présent pour l'anesthésie de la dentine, la fluorisation est celle qui a donné les meilleurs résultats. La pâte employée est composée de :

Fluorure de sodium	1	partie.
Bolus alba (argile blanche)	1	—
Glycérine	1,2	—

La dent ayant été mise à l'abri de la salive, la surface cariée est asséchée à l'air chaud (éviter l'alcool qui coagule l'albumine) et enduite de pâte qu'un petit tampon de coton fait pénétrer dans la carie par frottement. Attendre deux minutes et fraiser en évitant de chauffer. En cas de nouvelle douleur enduire de nouveau de pâte.

Dans les collets hypersensibles la concentration en fluorure doit être plus grande que dans les caries plus avancées.

Cette pâte n'a aucune action nuisible même lointaine sur la pulpe.

L. B.

THIBAULT, CORBEIL, MARTELLI. — **Quelques réflexions à propos de six cas de stomatites traitées par la pénicilline.** (*Revue de Stomatologie*, mai-juin 1947, page 290).

L'action de la pénicilline paraît plus efficiente et plus durable que celle des sulfamides.

Les lésions chroniques sont plus résistantes que les lésions aiguës.

Actuellement les traitements par la pénicilline entraînent l'hospitalisation et sont encore onéreux..

Les auteurs pensent remédier à ces inconvénients par l'emploi des pastilles et de la pénicilline-retard. Il faut frapper fort et vite. 600.000 unités au minimum doivent être données.

La dose optima paraît être de 400.000 unités chaque jour pendant deux jours.

L. S.

LATTÈS A. et BATAILLE R. — **Sur un cas de Léontiasis ossea.** (*Revue de Stomatologie*, mai-juin 1947, page 281).

Description d'un cas de Léontiasis ossea envoyé à la consultation de stomatologie en vue :

1° Du moulage des mâchoires ;

2° Pour avis sur une tumeur inflammatoire de la joue gauche.

La déformation du maxillaire supérieur date de 1932.

Le patient se plaint :

1° D'une augmentation du périmètre céphalique ;

2° D'une surdité progressive ;

3° D'une élimination périodique de concrétions osseuses par la muqueuse gingivale.

Antécédents sans intérêt.

Examens biologiques négatifs.

Les photographies montrent :

1° Un développement anormal du crâne, surtout dans le sens sagittal ;

2° Un développement anormal des deux tiers supérieurs de la face.

Le maxillaire inférieur paraît, de ce fait, anormalement petit.

Moulage du maxillaire supérieur.

Hypertrophie des rebords alvéolaires.

La concavité de la voûte palatine est remplacée dans les deux tiers antérieurs par une convexité. L'élargissement du maxillaire a provoqué la formation d'un diastème entre $\frac{1}{1}$ égal à 12 m/m.

Le diamètre entre P. M. est augmenté de 9 m/m.

Radiographies. — De face : Disparition des sinus frontaux et maxillaires.

Opacité au niveau des arcades orbitaires et de la pyramide nasale. Opacité du maxillaire supérieur.

A gauche, au dessus des M. une zone de nécrose calcifiée.

De profil : On note des lésions de la base du crâne. Des deux premières vertèbres cervicales.

L'accident inflammatoire est causé par une zone de nécrose calcifiée en voie d'élimination qui est opérée.

Le sequestre est noirâtre et ressemble pour la couleur, la densité et la sonorité, à un morceau de coke.

Les auteurs concluent à une Leontiasis ossea à peu près typique.

L. S.

CHAMPEVAL M. — **Utilisation en thérapeutique stomatologique de Medicago-arborea (Luzernes arborescentes).** (*Revue de Stomatologie*, mai-juin 1947, p. 296).

L'auteur rapporte sept observations diverses :

Tendance à l'hémorragie.

Gingivite.

Monoarthrite apicale aiguë.
Hémorragie après extraction.
Deux accidents muqueux de dent de sagesse.
Traitement par alcoolature ou suspension huileuse de Medicago-arborea.
Quel est le mode d'action ? D'une analyse de Mme Randoin, il ressort que cette plante est particulièrement riche en acide ascorbique. Il est vraisemblable que le climat algérien active l'enrichissement en principes actifs. L. S.

PEYRUS (J.). — **Au sujet de la réfection par greffe de l'arête nasale.** (*Annales Odonto-Stomatologiques*, juin 1947, page 147).

Divers procédés ont été proposés. Injections de paraffine, inclusion d'ivoire, résines synthétiques, greffons inertes, homo-greffes, enfin auto-greffe.
Parmi les autó-greffes, le cartilage est préférable, plus facile à modeler, se nourissant mieux dans sa nouvelle ambiance.
L'opération comporte deux temps :
1° Faire le lit du greffon. La seule voie esthétique est endo-nasale ;
2° Prélèvement du cartilage (huitième ou neuvième cartilage costal). On peut remonter le péritoine.
La greffe fragmentaire en mosaïque permet un meilleur modelage que le greffon unique.
Pas d'intolérance. Ni sulfamide, ni pénicilline préventives. L. S.

DUCLOS (J.) et HESKIA (J. E.). — **Ostéome du maxillaire inférieur.** (*Annales Odonto-Stomatologiques*, juin 1947, p. 135).

Présentation d'un cas d'ostéome ayant évolué chez un adulte.
L'auteur émet l'hypothèse que cette tumeur aurait pu se développer à la suite d'un hématome ayant suivi l'extirpation d'une poche kystique opérée alors que le patient était âgé de 6 ans.
L'hématome aurait formé un réticulum fibreux sur lequel des sels calcaires seraient venus se déposer (suivant la loi de Leriche et Policard), ces sels auraient été pris à l'alvéole de la dent temporaire extraite. L. S.

A. J. HELD. — **Paradentoses et civilisation.** (*Revue de Stomatologie*, N° 4 1947, page 207).

L'auteur donne la préférence au terme de « paradentopathies marginales » pour désigner l'ensemble des manifestations pathologiques se déroulant dans la partie marginale de l'os alvéolaire, qu'il s'agisse de processus inflammatoires dystrophiques ou tumoraux.
Parmi les paradentopathies on distingue :
I. Les gingivites.
II. Les paradentoses atrophies des rebords alvéolaires.
Ces dernières subdivisées en deux formes :
a) Inflammatoire (paradentite) ;
b) Dystrophique ou ischémique (pas de signes inflammatoires).
III. Enfin, les paradentomes ; manifestations tumorales de la région.
L'unanimité est loin d'être faite relativement à l'étiologie.
Le développement des paradentoses (paradentopathies atrophiantes peut être étudié en fonction de l'évolution de l'humanité.
Cette affection existait déjà à l'époque paléolithique.
A cette époque la résorption alvéolaire est essentiellement localisée.
L'origine due quelquefois à l'expulsion de certaines dents est la conséquence d'abrasion dentaire excessive.
Le paradentium chez les primitifs était exposé à de multiples traumatismes, on retrouve ce type chez les Esquimaux, certains Indonésiens.

Avec la civilisation, le nombre des paradentoses a considérablement augmenté, la forme de l'atrophie s'est modifiée ; l'extention chez le même individu est plus manifeste.

L'auteur a examiné plusieurs centaines de crânes des 16e et 17e siècles.

Les dentures présentent de fortes abrasions, et une absence à peu près totale de caries.

A l'heure actuelle dans le même habitat, il y a augmentation du nombre des caries, absence d'abrasion, généralisation de la paradentose.

Les paradentoses atrophiantes actuelles atteignent l'appareil de mastication dans son ensemble.

Les mêmes constatations peuvent être faites chez les animaux domestiqués comme le chien.

En conclusion. — La civilisation est responsable de cet état de choses.

Pour être complet, il faut noter que suivant les races, le processus de paradentopathie varie.

Chez l'homme moderne l'absence d'abrasion est mise en évidence. Il faut attribuer une importance spéciale à la qualité des tissus paradentaires. Si elle est bonne, il résistera aux efforts fonctionnels. Sinon il sera dépassé par les efforts qui lui seront demandés, les phénomènes de résorption osseuse dépasseront les phénomènes de condensation.

L'auteur cite l'opinion de Wild à propos de la « brèche épithéliale irréparable ». Le conjonctif vivant est toujours isolé du milieu extérieur par une barrière épithéliale. Lorsque le bord marginal de la gencive n'est plus accolé à la surface de l'émail, l'équilibre biologique n'est plus réalisé, l'organisme tend à réparer cette « brèche épithéliale » en provoquant une prolifération de l'épithélium en direction apicale. L'organisme aurait donc tendance à éliminer spontanément les dents hors de leurs alvéoles, ce processus serait accéléré par les irritations locales.

De nombreux auteurs ont essayé de rechercher l'origine des paradentopathies dans des affections générales de l'organisme : arthritisme, déséquilibres endocriniens, insuffisances hépatiques, troubles métaboliques divers, foyers infectieux, etc...

Les conclusions de l'auteur sont que la concordance entre les paradentopathies et les affections générales n'a jamais pu être affirmée. Ce qui ne prouve pas qu'il ne faut pas continuer à chercher dans cette voie.

La fonction hypophysaire pourrait peut-être en cas de déficience, expliquer la pathogénie par trouble de la nutrition des ostéoblastes.

Il est, en résumé, certain que les paradentopathies sont attribuables à la civilisation.

En dehors des recherches tournées vers l'origine générale et peu concluantes, on peut rechercher, localement, des explications tout au moins partielles.

Les perturbations occluso-articulaires sont à retenir. Pour l'auteur les surocclusions prononcées, touchent peu la région incisive, alors que dans le cas de surocclusion modérée, la région incisive est plus touchée par les paradentopathies.

Les facteurs traumatisants locaux à retenir sont :

Les primaires : malformations maxillaires ; malpositions dentaires.

Les facteurs secondaires dus aux brèches causées par les caries : brèches d'extractions restées sans prothèse, obturations et prothèses inadéquates.

Radiographiquement. — Les paradentopathies atrophiantes, évoluent lentement en général, dans le sens horizontal. Si des perturbations fonctionnelles se surajoutent, la maladie évolue en foyers, les éléments les plus exposés à des dyscharges ou séparés des voisins par des diastèmes, subissent une accélération des phénomènes atrophiants.

En conclusion. — Le développement de la civilisation a agi sur la diffusion des paradentopathies atrophiantes de deux façons.

D'une part : déficience fonctionnelle de l'appareil masticateur.

D'autre part : par la multiplication des anomalies anatomo-fonctionnelles et la généralisation de la carie.

Il ne faut pas négliger l'importance des troubles profonds de l'organisme.

Le stomatologiste, compte tenu de la déficience primitive, doit s'occuper particulièrement du domaine qui lui est propre en traitant particulièrement la carie et ses séquelles. L. S.

MERTENS (Ch.). — **L'ozone en application dentaire.** (*Le Journal Dentaire Belge,* mai-juin 1947, p. 224).

L'auteur insiste sur la nécessité d'obtenir un ozone pur, résultat obtenu seulement par un procédé unique.

Il indique, brièvement, les différentes propriétés thérapeutiques, les effets trophiques et note l'accroissement fortement augmenté de la défense organique.

Il examine alors les différentes méthodes employées (insufflation directe, ou avec une seringue) et les usages possibles de l'ozone dans la pratique courante où la désinfection est nécessaire, alvéolites, éruption de dents de sagesse, péricoronarites, gingivo-stomatites, soins post-opératoires, traitements de caries au deuxième, troisième et quatrième degrés.

Il insiste sur la nature non caustique de l'ozone, aucune aggravation de symptômes n'ayant jamais été relevée.

MOREL (Ch.). — **Grand bridge avec barre palatine et résection osseuse et gingivale.** (*Le Journal Dentaire Belge,* mai-juin 1947, p. 234).

L'auteur présente une curieuse pièce de prothèse, brillamment exécutée par un habile technicien. (Basée sur les deux incisives centrales, après résection du septum osseux inter-incisif, meulage des couronnes, modelage de la gencive au thermocautère). Résultats esthétique et fonctionnel parfaits.

Les modèles ont été présentés. L'auteur donne d'excellents avis, relativement aux bridges étendus avec de nombreux ancrages, barres palatines en or platiné à 20 carats, et emploi du thermocautère pour la petite chirurgie du contour gingival. L. S.

P. VAN DEN BOSSCHE. — **Traitement des sinusites maxillaires d'origine dentaire par le drainage transméatique.** (*Revue d'Odontologie, de Stomatologie et maxillo-faciale,* janvier 1947, p. 21).

L'auteur élimine d'emblée comme non justiciables de ce traitement :

a) Empyèmes des sinus maxillaires avec ostéite diffuse, équivalant en somme à une véritable ostéomyélite ;

b) Sinusites en rapport avec un kyste suppuré;

c) Empyèmes consécutifs à un ostéo-phlegmon ;

d) Sinusites consécutives à des inclusions dentaires ;

e) Sinusites consécutives au refoulement d'une racine ;

f) Sinusites des nourissons, véritables ostéomyélites qui doivent être traitées comme telles.

Il préconise, au contraire, la méthode de drainage transméatique pour les sinusites maxillaires purulentes nettement caractérisées :

a) Sinusites consécutives à une arthrite mono apicale avec ou sans ostéite ;

b) Consécutive à un simple granulome ;

c) Réaction sinusienne suppurée à distance ;

d) Consécutive à une communication accidentelle

En présence d'une indication opératoire posée, l'auteur rappelle un principe assez généralement adopté :

« Le drainage nasal prime le curettage du sinus ».

Nombre d'auteurs se sont attachés à éviter le curettage au moyen d'interventions plus modestes.

L'auteur rappelle les procédés de Cooper, de Mickulicz, de Rithi, de

Vacher, de Lœthrop, il décrit enfin l'opération de Claoué dont la technique a été mise au point par les Drs Claoué et Van den Bossche père. Elle vise essentiellement à drainer et à aérer les cavités infectées grâce à la résection préalable du cornet inférieur.

Le malade sera de préférence à jeun, précautions habituelles, temps de saignement, temps de coagulation, recherche du sucre et de l'albumine.

Prise préalable de coagulants sanguins habituels ($CaCl^2$ etc...). Une demi-heure avant l'opération, injection de Strophédal.

Position du malade. — De préférence couché, la tête surélevée.

Anesthésie. — De préférence locale (complétée éventuellement par une A. G.).

Désinfection du champ opératoire. Alcool à 90°. Miroir de Clar, Spéculum de Palmer permettant de libérer les deux mains de l'opérateur.

Anesthésie : au-dessus et au-dessous du cornet inférieur le long de la paroi interne du sinus, mise en place de mèches imbibées et exprimées d'une solution de cocaïne au 1/20e avec adjonction de IV à V gouttes d'adrénaline au 1/1.000e pour 10 grammes de solution au 1/20e.

A défaut de cocaïne, butelline, solut. nº VI. Attente de 10 minutes.

L'opération comporte trois temps. :

1º Ablation de la moitié antérieure du cornet inférieur ;

2º Résection de la paroi sinusienne ;

3º Nettoyage et pansement du sinus.

Peu de contre-indications, on reproche à cette intervention de ne pas faciliter le curettage du sinus. Le curettage n'est pas le but à atteindre.

Les fistules ne sont pas traitées.

En général les fistules guérissent spontanément, et, dans le cas contraire, elles peuvent être guéries par une petite intervention secondaire de minime importance.

L'auteur rapporte deux cas cliniques traités par cette méthode.

L. S.

OBLED R. — **Traitement par la naphtaline des dents à pulpe gangrenée** (*Revue Stomato-Odontologique du Nord de la France*, Nº 6, 1947, page 25).

La naphtaline a été utilisée, en 1938, par le Dr Silvio Palazzi, en Erythrée, dans le traitement des plaies de guerre avec succès.

En 1939, le Dr Schwar l'utilise dans le traitement des pulpes gangrénées, il note que la naphtaline a la propriété d'absorber les gaz.

Il emploie un mélange chlorophénol camphré-naphtaline dans la pâte obturatrice après pulpectomie.

Après pulpotomie il adjoint à la naphtaline de l'iodoforme pour les dents postérieures, de l'oxyde de zinc pour les antérieures.

Des radiographies prises au bout de 4 à 5 mois font voir la disparition des granulomes ou au moins une réduction considérable de leur volume.

L'auteur cite encore un article de M. Prowalski : *La naphtaline dans le traitement radiculaire.*

La naphtaline paraît avoir une action remarquable sur les arthrites dentaires infectieuses rebelles, l'auteur cite quatre observations.

Il décrit ensuite la technique. L. S.

CARLIER G. — **Répercussion des interventions chirurgicales sur l'état général.** (*Revue Stomato-Odontologique du Nord de la France*, Nº 6, 1947, page 3).

Rappel de la mémoire du Prof. Lambert et de son dernier travail dédié à R. Leriche : *La maladie post-opératoire* et conseillant ce que le Dr Delaunoy appelle « une chirurgie atraumatique ».

Trois étapes sont à distinguer dans l'évolution de la chirurgie.

Dans une première étape, la chirurgie, à l'abri des enseignements de la doctrine pastorienne, perfectionne la technique.

Dans une deuxième étape, la chirurgie ayant dominé les problèmes techniques, se préoccupe de rétablir la fonction, s'efforçant de réduire les mutilations au minimum. Véritable chirurgie physiologique elle modifie le pronostic des séquelles dans les opérations gastriques, on voit apparaître la chirurgie endocrinienne, la chirurgie circulatoire, nerveuse, neuro-vasculaire, sympathique.

Troisième étape. — On se préoccupe des répercussions de l'acte opératoire sur le fonctionnement des tissus. L'influx nerveux est troublé par l'intervention, déclenchant ainsi des actions réflexes qui s'accumulent pour perturber l'ordre normal primitif.

Le contact des instruments tue des cellules, le patient doit se débarrasser de ces déchets devenus des corps étrangers. C'est le facteur toxique.

La maladie post-opératoire. — L'auteur décrit trois formes : légère, sérieuse, tardive.

1° *Forme symptômes relativement bénins* : sensation de soif, vomissements, inappétence, ballonnement, distention intestinale, respiration troublée, incidents urinaires, objurie, anurie, insomnie, angoisse, abattement, hypotension, accélération du pouls, mouvements de température.

On peut suivre sur des graphiques les modifications de la pression artérielle pendant les différentes phases de l'opération.

L'incision de la peau n'est pas enregistrée alors que le pincement du péritoine s'accompagne de poussées hypertensives. La pression monte de 14 à 21.

Les manipulations de l'intestin, le pincement du mésentère, l'extériorisation de l'estomac et des anses grêles sont causes d'hypertension.

2° *Formes sérieuses.* — Le malade est shocké.

L'auteur distingue : *a*) Le petit shock. Au cours de l'intervention, immédiatement après ou dans les heures qui suivent, le pouls devient rapide, la respiration est superficielle. L'opéré est pâle, couvert de sueurs froides. Tout s'apaise en quelques heures.

b) Le grand shock. Les phénomènes circulatoires et respiratoires s'aggravent. Les pupilles sont dilatées. L'anurie s'installe. La soif augmente. Les cellules cérébrales et myocardiques sont en danger, leur fléchissement peut entraîner la mort du patient.

c) *Formes tardives.* — S'installent au bout de deux ou trois jours, l'opéré s'agite, souffre, ou il est comateux. Dans les formes graves il succombe en quatre ou cinq jours.

La prophylaxie de ces complications consiste :

a) En une préparation psychique du patient ;

b) A tenir compte de son état pathologique, Basedow, diabète, grossesse, etc. ;

c) A choisir soigneusement l'anesthésique ;

d) A opérer avec le souci constant d'éviter tout traumatisme superflu.

L'auteur analyse ensuite les répercussions de l'acte opératoire sur la circulation et sur l'équilibre humoral.

Il note les variations de la pression artérielle, l'influence de la section de nombreux filets sympathiques (vaso-dilatation).

Une influence endocrinienne, les surrénales exitées provoquant une hyperglycémie.

Une exhémie plasmatique, le cœur s'épuise à brasser une masse sanguine diminuée.

Les déchets opératoires provoquent : une hyperprovidémie, une hyperlipémie, une hyperglycémie.

Les teneurs en potassium et calcium sont modifiées.

On note à la suite des pertes de Nacl une hypochlorémie.

Enfin, il y a toujours hyperleucocytose.

Comment interpréter ces phénomènes, l'auteur suggère diverses hypothèses :

Théories nerveuse, de la toximie traumatique, l'acapnie, la perte de liquide, surrénalienne, de l'acidose.

Quelles applications faire de ces données dans notre spécialité.

Nous devons éviter toute atteinte au système nerveux de nos patients.

Préparation psychologique. — Nous devons penser que l'élimination des déchets opératoires pose les mêmes problèmes qu'en chirurgie générale, heureusement en général à une échelle réduite.

Le traitement en chirurgie générale. — Tout d'abord se renseigner sur l'état du malade. Suivant les renseignements obtenus par un examen général, on s'efforcera de corriger tous les facteurs aggravants dus à une maladie chronique ou aiguë.

Puis, veiller au bon fonctionnement des émonctoires, foie, rein.

Faire examiner cœur, poumons.

Il peut être utile de prescrire, deux jours avant, du sérum glucosé hypertonique intra-veineux. Des vitamines C (cicatrisantes) et B, oxygène, bicarbonate de sodium (acidose). Pour le maintien de la fonction surrénalienne, extraits cortico-surrénaliens, vitamine C.

Pendant l'intervention. — Surveiller la tension (sérum). Hémostase soignée.

Après l'intervention. — Calmer la douleur.

Le traitement en chirurgie dentaire. — Mêmes principes. Appliquer la même prophylaxie et la même thérapeutique en les proportionnant au shock opératoire, en général moins intense. L. S.

MARONNEAUD P. L. — **Le granulome dentaire. — Sa nature, sa pathogénie, ses aspects histo-pathologiques. Déductions thérapeutiques.**

Conclusions. — 1° Le granulome dentaire représente une formation cicatricielle dysplasique constituée par un tissu de granulation demeuré au stade réactionnel initial ;

2° Il provient le plus souvent d'une infection ou d'une irritation latente primitive ou secondaire, transdentaire ou péridentaire (granulome apical de la mortification pulpaire, granulome marginal de la pyorrhée et de la péricoronarite), ou de la présence d'un corps étranger de l'espace alvéolo-dentaire ;

3° Bien des images géodiques apicales, révélées par la radiographie, ne traduisent souvent que des lésions de raréfaction minérale sans destruction propre de la texture de l'os, qu'il y a lieu d'interpréter comme des lésions aseptiques d'ordre neurotrophique ;

4° Les examens anatomo-pathologiques fort ressortir deux formes histologiques correspondant à deux formes macroscopiques du granulome, et caractérisées par la prédominance, soit du tissu épithélial, soit du titre conjonctif et leur agencement ;

5° De ces considérations et de l'expérience du passé, il convient de reconnaître, une fois pour toutes, l'insuffisance de la thérapeutique dentaire dans le traitement du granulome et la nécessité de faire directement appel à une thérapeutique osseuse transdentaire (diathermie, ionisation, ozone, pivot bimétallique) ;

6° Seul un obstacle rendant impossible l'utilisation de la voie transradiculaire (pivot radiculaire) ou un échec de la thérapeutique médicale autorisent l'intervention chirurgicale réalisée par la voie transalvéolaire : le curettage péri-apical et l'apicectomie s'il y a lieu. L. S.

RUSCONI (L.). — (*Rivista italiana di Stomatologia*, mai 1947, p. 317).

Résumé. — L'auteur rapporte les nombreux procédés en usage dans la pratique stomatologique pour le traitement des hémorragies tant primitives que secondaires consécutives à l'extraction des dents, il retient

que le tamponnement de la cavité alvéolaire représente le moyen le plus efficace.

Mais les substances généralement employées ont toutes l'inconvénient grave de ne pouvoir rester longtemps à demeure dans la cavité alvéolaire et celui encore plus grave, lors de l'enlèvement du tamponnement de déclencher éventuellement une hémorragie secondaire plus grave que la première.

Depuis 1941, l'auteur a expérimenté *in vivo* et *in vitro* un nouveau produit qui élimine de tels inconvénients.

En plus d'un pouvoir hémostatique certain, il a la propriété d'être résorbé par les tissus. Il est constitué par la laine synthétique extraite de la caséine du lait.

Les preuves cliniques recueillies sur plus de 1.200 patients ont confirmé ses propriétés et ont démontré son efficacité dans le traitement des hémorragies post-opératoires. L. S.

SELINE (M.). — **Le microscope électronique.** — (*Sciences* (Revue de l'A. F. A. S.), N° 53, mars-avril 1947, p. 272).

L'article débute par un historique sur les débuts du microscope lumineux.

L'extrême limite du pouvoir séparateur est de l'ordre de 0,1 μ (micron) soit 100 *mμ* (millimicrons).

L'optique électronique. — C'est L. de Broglie qui, en 1923, pose les fondements de la mécanique ondulatoire. Le développement de cette science nouvelle amène à concevoir que le pouvoir séparateur d'un microscope fascé sur l'utilisation des électrons aurait un pouvoir séparateur de l'ordre de 1 *mμ*, actuellement ce pouvoir est encore réduit à environ 2 *mμ*.

Le principe du microscope électronique repose sur l'analogie complète avec les phénomènes lumineux. On peut dévier un électron, arrivant ainsi à focaliser un faisceau d'électrons, le faisant converger en un point, et par conséquent aboutir à la formation d'images.

L'histoire du microscope électronique est jalonnée par les découvertes de Birkcland (1895), Poincarré (1896), De Broglie (1926), Busch, Brücke (1930).

En 1931, Davisson et Chalbrick obtiennent les premières images électroniques.

Knoll et Ruska, puis Brücke, mettent au point des microscopes électroniques.

En 1933, L. Marton obtient à Bruxelles les premières photographies de bactéries.

Les applications du microscope électronique. — Parmi les nombreuses applications, l'auteur en retient deux : l'étude de la métallographie et celle de la Biologie.

En Biologie. — L'emploi du microscope électronique est plus délicate que celle du microscope lumineux. La préparation ne doit pas dépasser en épaisseur quelques dixièmes de micron.

Une goutte de collodion diluée dans l'acétate d'amyle est étendue à la surface de l'eau ; la pellicule ainsi formée est déposée sur un diaphragme percé d'un trou d'un dizième de millimètre environ.

Sur cette pellicule on pose l'objet à examiner et l'ensemble est introduit dans le corps de l'appareil. Il est alors soumis à l'action du vide et irradié par les électrons, ce qui va produire une élévation de température.

Tous les corps organiques ne résisteront peut-être pas à ce genre de traitement.

L'auteur pense à l'étude des chromosomes, des gènes et aux progrès de la génétique. Déjà les bactériophages conçus théoriquement par d'Hérelle ont été photographiés une figure montre la lyse d'un bacille dysentérique obtenue avec un grossissement de 18.000 diamètres.

La mosaïque du tabac a été vue sous sa forme cristalline.

Il semble que l'atome lui-même échappe à la visibilité à cause de la vitesse de leurs électrons.

« Un monde nouveau s'ouvre donc devant nous, plusieurs dizaines « de fois plus petit que tout ce que nous avons pu voir jusqu'à ce jour. »

L. S.

MEZL L. et SKORPIL F. — **Le granulôme paradentaire histiocyto-cosinophile.** (*Paradentologie*, N° 2, mai 1947, p. 42).

Relation de plusieurs cas d'une maladie rare qui frappe l'os alvéolaire aux deux maxillaires.

La maladie appelée granulome cosinophile par les Américains est caractérisée au point de vue histologique par la présence de cellules histiocyto-réticulaires fortement cosinophiles. On trouve en outre des cellules géantes histiocytaires et des lymphocytes, tandis que les plasmocytes sont peu nombreux. Parfois on rencontre des cristaux de Lyden-Charcot et on observe de la cristallophagie.

L'affection aboutit à la chute des dents.

L'ébranlement et le déchaussement sont semblables aux manifestations du même genre rencontrées au cours des parodentoses.

Le traitement consiste à pratiquer des extractions multiples. Les rayons X sont recommandés pour ralentir la marche du processus et hâter la cicatrisation des lésions.

L. S.

EMERY Roger. — **De la fixation des dents antérieures dans le traitement de la parodontose. Nouvelle technique d'application du bridge de Koehler.** (*Paradentologie*, mai 1947, N° 2, page 47).

Conclusions. — La stabilisation des dents mobiles dans le traitement de la parodontose ne se limite pas à la simple correction d'un symptôme, il a souvent une valeur curative. Toutefois, cela ne constitue pas une thérapeutique en soi-même, ce n'est qu'un adjuvant indispensable pour favoriser le processus réparateur ou compensateur, grâce à l'immobilisation de la dent.

Il en résulte que cela constitue un élément dans les limites générales d'un traitement complet. Dans certains cas la stabilisation ouvre la voie à des actions thérapeutiques bien réglées ; dans d'autres circonstances, la stabilisation se montre indispensable pour stabiliser les résultats obtenus par d'autres méthodes.

L'hygiène buccale est de la plus haute importance pour le porteur d'un appareil stabilisateur et constitue un facteur fondamental pour le succès d'un traitement. L'usage quotidien d'un atomiseur, une inspection périodique et minutieuse par le dentiste, et un détartrage fréquent, sont nécessaires. La négligence de l'hygiène bucco-dentaire est une entrave formelle à la stabilisation en particulier et aux soins des maladies paradentaires en général.

On ne connaît pas d'appareil stabilisateur qui soit parfait, c'est pourquoi le dentiste devra choisir parmi les divers systèmes proposés maintenant.

Le procédé de Koehler réunit l'avantage de mutiler très peu les tissus dentaires, de garder les pulpes vivantes, tout en fournissant un ancrage très puissant.

L'esthétique en est peu affectée et la technique de l'exécution ne présente pas de difficultés insurmontables.

L. S.

HULIN Ch. — **Parodontose pyorrhéique.** (*Paradentologie*, mai 1947, N° 2 page 54).

On constate toujours chez les pyorrhéiques, indépendamment des autres troubles glandulaires, une ou plusieurs fonctions troublées qui portent, par ordre de fréquence et en intensité, sur :

1° L'hépatomégalie : 100 % ;

2° La fonction vasculo-sanguine : 90 % ;
3° La fonction biliaire : 90 % ;
4° La fonction protidique : 80 % ;
5° La fonction anti-toxique : 20 % ;
6° La fonction sucrée : 10 %.

Ces divers troubles, isolés ou plus communément associés, font des pyorrhéiques, des insuffisants hépatiques neuro-glandulaires.

Traitement général. — Le traitement général doit toujours précéder d'une quinzaine de jours le traitement local, il comprend :

Le repos hépatique, par des repas légers ou la diète alternée, la proscription des corps gras, œufs, poissons gras, le régime achloruré.

La prescription de doses légères de calomel, d'extraits d'artichaut, de romarin, de fusain, de boldo, d'huile de Harlem.

Sulfate de soude et de magnésie par doses légères le matin à jeun.

Diathermie, ondes courtes.

Traitement local. — Gingivolyse, ou gingivectomie suivie de la fibrose gingivale et la restauration fonctionnelle.

Exemple d'instantané hépatique (M. R...). :

Fonction vasculo-sanguine.
Temps de saignement, 4' 45".
Temps de coagulation, 9' 30".
Mode de coagulation : caillot rétractile.
Signe du lacet : tout à fait négatif.

Fonction biliaire : Dosage colorimétrique des pigments en bilirubine.
Indice biliaire plasmatique : 6,4.
Fonction chromagogue : Epreuve du rose bengale.
Concentration en rose bengale : 6,9.
Fonction sucrée : Epreuve de la galactosurie provoquée.

Echantillons	*Volumes*	*Galactose p.* 1000	*Galactose éliminé*
9 heures.....	170 cm3	7,5 gr.	1,249 gr.
11 heures.....	180 cm3	2,10 gr.	0,378 gr.
13 heures.....	175 cm3	0,90 gr.	0,157 gr.
		Galactose total éliminé.....	1,784 gr.

Examen de l'urine avant l'épreuve :

Albumine : Néant	Pigments biliaires : Néant.
Sucre : Néant	Sels biliaires : Néant.
Acétone : Traces assez fortes	Urobiline : Traces en fort excès.

MUHLER Joseph C. — **Constituants organiques de la dent.** (*Dental Items of Interest*, mai 1947 p. 395).

Conclusions. — D'après examen de la littérature et ses expériences personnelles, l'auteur a trouvé que les dents humaines contiennent au moins les protéines suivantes : mélanines insolubles, kératine, de grandes quantités de collagène, spécialement dans la dentine, de petites quantités d'élastine, des mucoïdes et quelques protéines solubles telles qu'albumine et globuline.

Quelques chercheurs pensent que tyrosine et tryptophone sont également présentes, mais, à l'heure actuelle, l'auteur est incapable de l'affirmer de façon formelle bien que certains tests qualitatifs indiquent leur présence.

Pour le clinicien, une connaissance approfondie de la constitution organique des dents peut, au premier abord, paraître sans importance, mais il faut voir que si l'on désire obtenir des conclusions définitives quant

à l'efficacité de certaines compositions dans l'inhibition des progrès des lésions dentaires, il faut connaître ce qu'il est possible d'utiliser pour obtenir ce résultat dans la cavité buccale, de quelle manière et sur quelles substances le traitement réagira. C'est pourquoi, en dehors de toute raison autre que la connaissance de la prévention des caries dentaires, il faudrait que les praticiens se familiarisent avec les formes et la nature des caries actives ou latentes d'une façon un peu plus approfondie que la simple connaissance de la composition physique de la dent humaine.

Il faudrait savoir, par exemple, ce qui arriverait si l'élastine était ôtée de la partie organique de la dent. Si cette opération était possible, pourrait-on effectuer des restaurations avec de l'or en feuille ?

Et encore, qu'arriverait-il à des restaurations telles que silicates et inlays sur des dents antérieures, si la portion soluble organique et inorganique de l'émail, était déjà supérieure à la normale ? Jusqu'à présent, il n'a pas encore été trouvé de réponse à la question de savoir de quelle manière cette solubilité pourrait être diminuée.

De même, personne ne connaît exactement les effets immédiats des carbohydrates sur le taux de production de la carie. Lorsque ce problème aura reçu une solution, de nombreux résultats pourront être obtenus grâce à une connaissance plus approfondie de la fréquence de la carie dans des matières organiques de l'émail, de sa propagation et de son étendue

Le clinicien devrait connaître la nature de la carie active, et, chose également importante, les formes que peut revêtir la carie latente.

Avec des connaissances de cette nature, il sera mieux à même de juger quand il est profitable de traiter une lésion, si les composés prophylactiques atteignent leur but et quel est le meilleur réactif à employer pour obtenir le meilleur résultat désirable. C. J.

Rôle de la fluorine dans la carie dentaire. Fluorination de l'eau de boisson. (*Journal of the American Dental Association*, 15 mai 1947).

Il y a une quantité considérable de preuves scientifiques étayant l'opinion que les enfants, nés et élevés dans des zones alimentées par des eaux renfermant de la fluorine, ont moins de dents cariées que les enfants utilisant de l'eau exempte de fluorine. Cette opinion est soutenue dans de nombreuses études entreprises séparément, dont beaucoup révèlent essentiellement les mêmes faits. Dean a fait un rapport sur les relations entre domaine de la carie dentaire et concentrations de la fluorine dans l'eau offerte à la consommation publique, étudiées sur 7.257 enfants appartenant à 21 villes. Les enfants qui se servaient d'eaux contenant la quantité très faible d'une partie pour mille de fluorine comptaient un tiers de caries dentaires de moins qu'un groupe comparable d'enfants utilisant des eaux non fluorurées. Des études, faites aux Indes, en Angleterre et en Afrique du Sud, révèlent une corrélation similaire entre taux peu élevé de carie dentaire et présence de fluorine dans l'eau de boisson.

Toutes ces évidences présumées prouvaient la nécessité qu'il y a de déterminer par une expérience positive si la fluorinisation artificielle de l'eau de boisson publique offrirait au même degré la protection que semblent apporter les fluorures naturellement présents dans les eaux souterraines.

Des études sont actuellement en cours en vue d'établir ce point et on ajoute du fluorure de sodium aux eaux livrées à la consommation publique dont la teneur précédente en fluorine était inférieure à 1 pour 1.000. D'après le résultat de ces études poursuivies à Grand Rapide (Michigan), Newburgh (New-York), Midland (Michigan), Sheboygan (Wisconsin), Evanston (Illinois) et Brantford (Ontario), il sera finalement possible d'évaluer le rôle de la fluorinisation en tant que solution possible au problème de santé publique posé par la carie dentaire.

L'intérêt public et professionnel porté à ces recherches a naturellement été très grand ; c'est en effet le moyen d'obtenir les résultats favorables que l'on présume seulement à la lumière des connaissances actuelles. Arnold, par exemple, estimait que si les enfants habitant à Evanston,

Oak Park et Wankegan (Illinois) s'étaient servis des eaux du district voisin d'Aurora chargées de fluorine dans la proportion de 1,2 pour 1.000 au lieu des eaux dépourvues de fluorine du Lac Michigan, on aurait pu s'attendre au résultat suivant : 60 % de baisse dans le taux de la carie ; approximativement 75 % de diminution dans la perte des premières molaires permanentes ; environ 95 % de caries en moins sur la surface proximale des 4 incisives supérieures, et à peu près 6 fois plus d'enfants qui seraient exempts de caries. L'espérance de tels résultats hypothétiques, plus quelques commentaires et discussions dénués de tout sens critique parus dans des journaux et magazines, ont conduit à une demande générale et souvent indiscriminée de fluorinisation des eaux fournies à la consommation, avant qu'aient été obtenus les preuves essentielles nécessaires.

Des expériences faites dans un certain nombre d'études contrôlées ont montré que les applications topiques de fluorures sur les dents des enfants doivent réduire l'incidence de la carie dentaire. Des expériences aussi probantes ne sont pas encore intervenues dans le problème de la fluorinisation des eaux de boisson et le mérite éventuel d'un tel programme doit rester dans le domaine de l'hypothèse, tant que les études en cours ne sont pas terminées.

Les chefs de communautés et les autorités en matière dentaire qui ont été les promoteurs des recherches actuelles ont droit à la confiance, en raison des méthodes scientifiques employées pour l'organisation et la conduite de ces démonstrations.

Des explications ont été données au public ; des recherches intensives dans les domaines dentaire et physique ont précédé l'addition de fluorures aux eaux de consommation et seront poursuivies méthodiquement à mesure que progressent ces études ; les contrôles souhaitables ont été établis de façon à ce qu'une évaluation scientifique puisse être faite des résultats qui seront obtenus dans les années à venir.

A ces communautés qui s'intéressent à l'addition de fluorures aux eaux de consommation simplement dans le but de s'assurer tous les bénéfices qui risquent d'en résulter, on peut bien répéter le conseil de Jay, qui représente l'unanimité de l'opinion actuelle des autorités en la matière :

« Jusqu'à ce que les temps soient venus où l'on puisse évaluer les résultats de ces études, le traitement universel de l'eau par les fluorures n'est pas indiqué, sauf sous des conditions de contrôle expérimental rigide ».

C. J.

Rapport du Conseil de Thérapeutique dentaire sur les applications locales de fluorures. (*Journal of the American Dental Association*, 15 mai 1947).

Au cours de sa séance annuelle, tenue à Chicago les 7 et 8 mars 1947, le Conseil de Thérapeutique Dentaire a adopté la position suivante à l'égard des applications topiques de fluorures comme moyen de prévention de la carie dentaire :

« L'évidence est convaincante que des solutions de fluorures convenablement appliquées aux dents sont capables d'avoir un effet limité sur l'arrêt de la carie dentaire chez des enfants considérés collectivement.

Cependant, la méthode est assortie de nombreux facteurs inconnus, parmi lesquels on peut citer la fréquence optimum d'administration, le titre optimum de la solution, les conditions locales pour l'absorption maximum et le mode d'action par lequel la fluorine ainsi appliquée exerce son influence.

En dépit de ces lacunes, ce traitement semble offrir un moyen de réduire le nombre des caries avec une relative sécurité chez une population à haute réceptivité et mérite d'être considéré comme mesure de santé publique de grande importance.

Bien que la concentration optimum de fluorine soit inconnue, la plupart des cas cités se réfèrent à de multiples applications de solutions aqueuses de fluorure de sodium à 2 %, précédées d'un traitement de prophylaxie buccale. »

Le Conseil a réaffirmé l'opinion déjà exprimée qu'il n'existe aucune preuve adéquate justifiant l'administration de fluorures sous d'autres formes de dosages pharmaceutiques ou par leur incorporation dans des dentifrices ou des bains de bouche. C. J.

G. LUNDQUIST. — **Conditions périodontales : facteurs étiologiques.** (*Journal of the American Dental Association*, 15 mai 1947).

Une multitude de facteurs tels que malpropreté, éruption de dents, occlusion fonctionnelle anormalement équilibrée, traumatismes de toutes sortes et des facteurs d'ordre général tels que tuberculose, troubles endocriniens, dyscrasie sanguine et déficiences d'ordre alimentaire, peuvent être les facteurs initiaux du développement d'une cryptulie.

1° Les facteurs d'ordre général devraient être découverts et corrigés si possible ;

2° Etant donné qu'une poche gingivale a un côté dur (dent) et un côté tendre (tissu mou adjacent) les deux doivent être traités.

A) En ce qui concerne la dent, il convient de s'occuper de sa prophylaxie et de la mise au point des forces occlusales excessives ;

B) En ce qui concerne les tissus mous, des massages et frictions évacueront les éléments extravasculaires à travers les voies normales : c'est-à-dire les capillaires lymphatiques. L'électrocoagulation, l'électro-chirurgie ou les procédés chirurgicaux élimineront entièrement le côté de tissu mou de la poche. Les mesures citées permettent une restauration de la circulation normale comme le développement du nouveau tissu gingival.

3° Toutes les méthodes échoueront tant que patient et dentiste ne coopéreront pas pour le maintien en bon état des dents et des tissus environnants.

Le dentiste doit avoir connaissance de ce qui constitue un degré d'occlusion souhaitable dans les mouvements d'avancée ou de latéralité divers de la mandibule, de l'équilibre normal en occlusion centrale et de la manière de l'obtenir.

Le dentiste doit enseigner au patient comment nettoyer et masser les tissus dentaires pour aider au développement de contours gingivaux sains. C. J.

A titre documentaire, nous reproduisons ci-dessous un communiqué faisant ressortir le rôle de la profession dentaire américaine organisée relativement à la surveillance des médicaments offerts au public.

Le Conseil de Thérapeutique Dentaire refuse d'accepter le X.... — (*Journal of the American Dental Association*, mai 1947).

La Vick Chemical Company, distributeur du X... établit la composition du X... de la façon suivante :

Perborate de sodium monohydraté (U.S.P. déshydraté)	30 %
Phosphate monocalcique	30 %
Phosphate tricalcique	23,87 %
Carbonate de magnésium	10 %
Saccharine soluble	0,3 %
Chlorure de sodium	2 %
Menthol	0,33 %
Huile de pipermint	0,5 %
Méthylsalicylate	0,65 %
Huile d'anis	0,042 %
Pétrole liquide léger	1,81 %
Sulfoacétate lauryl de sodium	0,5 %

La firme a accepté de tenir le Conseil de Thérapeutique Dentaire au courant de tous les changements pouvant se produire dans la composition du X...

Le X... est couvert par l'U. S. Patent 2.094.671 et l'U. S. Trade Mark 355.919.

Le X... est un mélange de perborate de soude monohydraté et de phosphate acide de calcium accompagné des ingrédients que l'on trouve habituellement dans les dentifrices. Le carbonate de magnésium et le phosphate entrent apparemment dans cette composition en raison de leur action abrasive et décapante.

Le X... ne fait ordinairement de publicité qu'après des dentistes. Voici quelques-unes des formules en faveur de l'utilisation de ce produit :

« C'est une nouvelle manière beaucoup plus efficace de traiter les infections gingivales. »

« Complète le traitement donné au cabinet dentaire. »

« C'est la preuve de vos propres connaissances techniques. »

« Détermine une meilleure collaboration du patient. »

« Thérapie oxygénée sans danger pour l'emploi quotidien... aucune brûlure. »

Ces affirmations semblent encourager l'emploi domestique journalier d'un dentifrice qui contient un agent d'oxydation.

Le Conseil n'accepte pas de tels agents car il n'existe aucune preuve démontrant l'inocuité ou l'avantage de leur emploi ou les garantissant exempts de tout effet irritant.

X... ne peut être accepté comme « Remède Dentaire Agréé », car les qualités thérapeutiques dont se vante ce produit ne sont pas étayées par des preuves scientifiques portées à la connaissance du Comité et l'emploi quotidien d'un dentifrice contenant un puissant agent oxydant ne semble pas devoir être souhaitable.

Ceci étant une matière d'ordre général, toutes les décisions du Conseil sont sujettes à révision à la lumière de nouvelles preuves scientifiques.

C. J.

STAFNE Edward C. et LOVESTEDT Stanley A. — **Dissolution de la substance dentaire par le jus de citron, les boissons acides et les acides d'autres sources.** — (*Journal of the American Dental Association*, mai 1947.

Les auteurs étudient successivement l'action du jus de citron, des boissons acides, de l'acide chrlorhydrique dilué (ingéré dans un but thérapeutique), des vomissements de la grossesse, des applications topiques chez le dentiste, des bonbons acidulés. Ils concluent.

Avec la consommation accrue des jus de citron, des boissons acidulées et des produits acides, la quantité totale d'acides introduits dans la bouche est devenue plus importante qu'antérieurement. Toutes ces substances acides accélèrent l'usure mécanique et notamment l'usure due au brossage.

On doit être prévenu de l'effet de telles substances sur les dents. Beaucoup de cas de destruction de substance dentaire attribués au brossage, après interrogatoire, se révèlent comme des cas dans lesquels l'acidité sous une forme quelconque a été le facteur initial.

L. S.

Earl ZIMMER. — **Restauration d'une dent de devant supérieure par inlay d'or et silicate.** (*Dental Digest*, avril 1947).

Résumé. — Dans ce procédé de restauration des angles incisif-proximal d'une dent antérieure du haut au moyen d'un inlay d'or coulé et d'une application labiale de silicate, il n'est enlevé que le minimum de structure de la dent.

La rétention est obtenue en creusant très modérément et en apportant beaucoup de soin à tracer l'emplacement des tiges de coulée sur les rebords incisif et proximal.

Pour empêcher le rebord incisif d'être fracturé, on le recouvre entièrement lors de la mise en place de l'inlay.

L'accent est mis sur la restauration ainsi obtenue des contours naturels de la dent.

C. J.

John SHERMAN. — **Méthode simplifiée de contrôle de la douleur.** (*Dental Digest*, avril 1947).

Résumé. — La méthode décrite poursuit un double but à l'égard de la douleur. Elle minimise les effets physiques et psychologiques du fraisage :

1° En freinant l'échauffement de la fraise ;

2° En donnant au patient un rôle à jouer dans le traitement, ce qui tend à supprimer son appréhension de la douleur.

L'air et l'eau sont utilisés sous forme d'une vaporisation atomisée au moyen d'un atomiseur actionné par le patient, relié par un tube de caoutchouc à une simple attache sur le contre-angle ou la pièce à main droite.

La vaporisation est concomitante au fraisage : de cette façon on gagne du temps, la visibilité est améliorée, le danger d'infection réduit et les instruments sont maintenus propres et aiguisés. C. J.

WESCOTT R. L. — **Une attelle pour soulager les intrusions condylaires traumatiques.** (*Dental Digest*, avril 1947).

Résumé. — Les dentistes doivent rechercher s'il existe des possibilités de soulager les patients dans les cas d'intrusion traumatique de la tête du condyle dans la cavité glénoïde avant de commencer un plan de traitement qui peut être long, coûteux et non couronné de succès. Une attelle temporaire de repos qui couvre le palais et prend appui sur les dents antérieures, peut être construite rapidement et facilement. Elle est portée nuit et jour par le patient, qui ne la quitte que pour manger.

Le soulagement des symptômes après essai de l'appareil confirme le diagnostic. Fréquemment l'attelle qui a servi au diagnostic est portée pendant une assez longue période et il est surprenant de constater qu'il est souvent inutile de faire quoi que ce soit d'autre comme traitement. C. J.

Quelques renseignements sur l'organisation des études dentaires aux Etats-Unis. (Communiqués par le Dr B. W. WEINBERGER). New-York

La première école dentaire qui ait été créée au monde, est le Collège de Baltimore de Chirurgie Dentaire. Ses statuts furent approuvés le 1er février 1840 et elle s'ouvrit le 9 mars 1841.

Elle fut suivie, en 1845, par le Collège de Chirurgie Dentaire de l'Ohio. La première société dentaire fut la Société des Chirurgiens-Dentistes de la Cité et de l'Etat de New-York, organisée le 3 décembre 1834, qui fonctionna jusqu'en 1840. A cette époque, en effet, la première société dentaire nationale, la Société des Chirurgiens-Dentistes Américains, tint sa première réunion le 18 août 1840.

Le 12 décembre 1842 eut lieu la réunion de la Société des Chirurgiens-Dentistes de Virginie.

Pendant que toutes ces Sociétés essayaient de réglementer la pratique de l'art dentaire, ce n'est pas avant que la Société des Chirurgiens-Dentistes de l'Etat de New-York, organisée en juin 1868, ait obtenu des Statuts, qu'une telle loi prit effet, signée par le Gouverneur le 7 avril 1868, et enfin, après l'obtention de ces statuts, la Société fut légalement formée. C. J.

William J. SONE. — **Correction sous anesthésie générale d'irrégularités des arcades dentaires ; permettant la pose immédiate d'un appareillage.** (*Dental Digest*, mai 1947).

Résumé. — Une alvéolectomie sous anesthésie générale précède la mise en place des dentiers immédiats dans le procédé chirurgical d'une durée de 45 minutes décrit dans ce travail. La reconstruction totale d'une arcade dentaire de forme vicieuse avec malpositions des dents a amélioré la santé et l'aspect physique du patient.

L'administration intra-veineuse de pentothal de sodium par la méthode du goutte à goutte a évité l'obstruction du champ opératoire ; elle a entraîné une certaine détente permettant le libre jeu de la mandibule et elle a pallié à la nécessité d'inhaler un anesthésique désagréable qui aurait risqué de causer des nausées. C. J.

John C. HEISLER. — **Ajustements occlusaux**. (*Dental Digest*, mai 1947).

Résumé. — La relation existant entre les surfaces postérieures des dents et les mouvements de diduction de la mandibule détermine l'efficience de l'opération de déchiquetage dans le processus masticatoire.

La technique des ajustements occlusaux décrite dans ce travail a pour but de restaurer ou d'améliorer cette fonction spéciale des dents.

Les notions fondamentales de la mastication qui président à l'application de cette technique sont aussi présentées dans cette discussion des ajustements occlusaux. C. J.

Expérience d'hygiène dentaire. (*Journal of the American Dental Association*, mai 1947).

En 1938, les autorités municipales d'Oslo ont déclenché une démonstration sanitaire dans le quartier Nord de la ville, avec une population d'environ 70.000 habitants.

Un groupe de médecins, de dentistes, d'infirmières, ainsi que des experts en économie domestique et en culture physique déployèrent leur activité à convaincre les mères et les enfants.

Les caries dentaires furent surveillées au moyen d'examens trimestriels de tous les enfants depuis l'âge de 18 mois jusqu'à sept ans.

On donna un régime conçu de façon à éliminer autant que possible les hydrates de carbone fermentescibles susceptibles de développer l'acidité buccale. Les mères furent ainsi instruites en hygiène dentaire. Les enfants furent classés en deux groupes suivant qu'ils avaient ou non bénéficié de la démonstration sanitaire avant l'âge de 12 mois.

Un contrôle montre que les caries étaient environ moins élevées de 50 % dans certains groupes d'enfants soumis aux conseils sanitaires par comparaison avec le groupe de contrôle. L. S.

Helge BERGGREN. — **Perméabilité de l'émail et de la dentine**. (Tiré à part du *Svenks Tandlakaretidskrift*).

Résumé. — *A*) 1° La perméabilité de l'émail dentaire a été étudiée au moyen :

a) D'expériences faites sur l'homme et sur des chiens *in vivo* ;

b) D'expériences faites sur l'homme *in vitro* ;

La perméabilité a été également comparée *in vivo* chez l'homme sur des dents associées par paires : l'une vivante et l'autre dévitalisée, ou toutes les deux vivantes ;

2° Il a été trouvé que, *in vitro*, le rouge Congo ne produisait qu'une coloration diffuse et limitée de la dentine, alors que le bleu de méthylène, non seulement colorait la dentine à la fois dans la racine et la couronne, mais encore les prismes, faisceaux et lamelles de l'émail ;

3° Chez les chiens, aucune coloration n'a été obtenue après injection locale de produits tinctoriaux ;

4° Les meilleurs résultats obtenus *in vivo* sur des dents humaines ont été donnés par le bleu de méthylène et le rouge neutre. Avec le premier produit, la dentine intacte était colorée de part en part ; mais avec le second, la dentine transparente seule était touchée, à part une zone comprise entre la pulpe et la cavité où se trouvait logé le colorant ;

5° L'émail n'a été teinté que par le bleu de méthylène. La coloration de l'émail était irrégulière et parfois ne se produisait pas du tout ;

La grande affinité des stries de Retzius pour le bleu de méthylène indique peut-être qu'elles possèdent une faculté d'absorption ;

Les résultats de ces expériences démontrent également que l'on peut rencontrer dans l'émail comme dans la dentine des zones transparentes, conséquences de caries ou autres affections ;

6° Aucune différence n'a été trouvée quant à la perméabilité comparée des dents vivantes ou dévitalisées associées par paires.

B) 1° La pénétration des substances radioactives P32 et Na24 dans l'émail a été étudiée chez l'homme, les chiens et le porc. La dose a été injectée (intra-veineuse) chez les animaux et dans un cas chez l'homme. Dans les autres cas humains, elle a été soit ingérée par voie buccale, soit appliquée à la surface de la dent ;

2° Les possibilités d'une pénétration centrifuge ont été recherchées en comparant les effets de ces substances sur des dents protégées ou non de l'action de la salive ;

3° Le degré de pénétration et d'échange des substances radioactives a été déterminé en mesurant avec un appareil de Geiger-Muller la radioactivité d'échantillons prélevés sur diverses parties de la dent. Une méthode d'évaluation photographique avait été essayée sans succès. Il a été trouvé que le phosphore radioactif peut s'intégrer à l'émail interne ou externe, que la dent soit ou non préservée de l'action salivaire ;

4° La pénétration centripète a été établie au cours d'expériences pendant lesquelles la substance radioactive avait été appliquée à la surface de la dent ;

5° Là où le sodium radioactif était utilisé, la quantité finale de sodium présent dans l'émail était bien supérieure à celle que l'on y trouve ordinairement.

C) 1° La pénétration des bactéries et toxines bactériques de la surface de la dent vers la pulpe a été étudiée sur des chiens ;

2° On n'a trouvé aucune trace de pénétration des Staphylococcus aureus, Bact. coli commune (Escherichia coli) ou Mycobacterium avium ;

3° Il n'y avait pas de pénétration par la toxine du tétanos quand celle-ci était expérimentée seule, mais elle pénétrait vers la pulpe lorsqu'elle était administrée dans une solution de glucose à 40-60 %.

Résumé général. — La perméabilité de l'émail dentaire aux colorants, substances radio-actives, bactéries et toxines bactériques a été étudiée chez l'homme et les animaux.

Le bleu de méthylène pénétrait et colorait des zones limitées de l'émail, atteignant ce tissu après la dentine. Les structures teintées peuvent être étudiées au moyen de photomicrographes.

Il a été mis en évidence par l'emploi de phosphore radioactif que l'émail est perméable aux atomes de phosphore aussi bien dans le sens centrifuge que centripète.

On n'a pu démontrer aucune perméabilité de l'émail aux bactéries.

L'émail a été trouvé perméable dans le sens centripète à la toxine tétanique en présence de glucose mais non à la toxine employée seule.

C. J.

KARLSTRÖM (Sam). — **Den kollektiva serieframställningen av guldinlägg och guldkronor enligt pontostructorsmetodiken.** (*Svensk Tandläkare-Tidskrift*, N° 2-3, 1947, page 346).

L'auteur préconise l'emploi des méthodes qu'il a mises au point à propos des bridges (la méthode pontostructor), il propose de l'appliquer à la construction des inlays et des couronnes.

Dans un travail précédent, l'auteur a critiqué la construction actuelle des bridges, et dans cet article, il se livre à une sévère critique de la dentisterie opératoire en usage, qu'il trouve « manquer considérablement de cohésion, de vues générales, de prévision et de logique dans l'établis-

sement des méthodes de traitement, dans l'établissement du plan de travail et dans son exécution ».

En même temps, l'auteur insiste vivement sur les dangers d'exécuter les différents traitements « comme des phénomènes isolés, sans considérer l'articulé comme un tout ». Dans cet esprit, il fait ressortir qu' « un traitement conduit scientifiquement devrait permettre l'édification et le modelage des obturations, de façon à les faire entrer dans les mêmes règles qui sont appliquées relativement à l'équilibre articulaire, c'est-à-dire que le travail doit être monté sur un articulateur individuel en respectant strictement les différentes lois de l'articulé ».

L'auteur affirme qu'il peut réaliser ces desiderata pour la rationalisation de la dentisterie opératoire au moyen d'une méthode qu'il a mise au point. « La méthode collective pour la préparation en série des inlays et couronnes ». Cette méthode est fondée sur l'emploi d'instruments (Le Pontostructor) et sur la même technique spéciale antérieurement appliquée aux bridges.

Il donne ensuite une description de la technique de la préparation collective en série. En même temps il montre douze dents dans une mâchoire dont la préparation et la prise d'empreinte ont été effectuées au cours d'une seule séance. Les avantages de cette méthode sont résumés en sept points :

1° D'une façon simple et cohérente, cette méthode facilite l'application stricte à la dentisterie opératoire des principes de l'articulé ;

2° Grâce à la méthode de moulage employée (des substances à empreintes hydrocolloïdes sont employées) on obtient une adaptation très exacte ;

3° Les inlays sont généralement plus vite faits que par les autres méthodes et avec moins de séances dans le fauteuil que des obturations avec l'amalgame ordinaire ;

4° Les contacts proximaux corrects sont obtenus directement sur le modèle, et par cela même il n'y a pas besoin de faire des corrections en bouche ;

5° Les inlays et les couronnes atteignent un haut degré de rétention, car pour leur ancrage on peut profiter de toutes les possibilités offertes par le principe du parallélisme ;

6° En meulant les faces proximales suivant les besoins du parallélisme et lorsque cela est nécessaire en augmentant la rétention au moyen de canaux forés parallèlement dans la dent vivante, il n'est jamais nécessaire de dévitaliser les dents — (sans tenir compte de l'importance du trouble apporté —) en vue de créer un ancrage solide ; ce qui est souvent essentiel lorsqu'on traite des dents très cariées d'après les méthodes courantes.

7° L'instrument employé pour le meulage écarte la langue, créant ainsi un espace libre, et éliminant le danger de blessure.

L'auteur décrit ensuite comment la construction en série d'inlays peut être employée dans la prophylaxie, il montre également les avantages qui peuvent être obtenus par ce traitement.

Faisant ressortir que « Le programme de traitement défini ci-dessus est une amélioration hardie des problèmes pratiques de toute la dentisterie, et une rupture radicale avec les idées traditionnelles et les vues dans ce domaine ». L'auteur escompte que les méthodes qu'il a préconisées seront essayées, jugées et critiquées d'une façon sérieuse et compétente.

Suit une longue description du traitement d'un cas très complexe d'après les principes du traitement en série. L. S.

Louvel (René B.) et Graciela Rosas di Biaggio. — **Foliculite expulsive.** (*Revista Dental de Chile*, novembre 1946).

La dentition de l'homme commence avec la formation de l'organe de l'émail des dents temporaires, et plus ou moins vers la septième semaine de vie utérine. Le dit organe donnera naissance plus tard à l'émail de la

couronne dentaire. La dentine se formera à partir de la papille dentaire qui ensuite se transformera en pulpe. Le cement proviendra de l'enveloppe interne ou sac dentaire.

Une fois que les couronnes des dents temporaires ont atteint leur calcification totale à l'intérieur du maxillaire, l'éruption dentaire commence, dont le véritable mécanisme d'évolution n'est pas encore connu et seulement expliqué au moyen de diverses théories.

Quant aux dates d'éruption, il existe différents indexs qui indiquent le terme moyen de celles-ci. Telles dates varient d'un individu à un autre selon la race, le sexe, l'alimentation et d'autres facteurs qui influent en l'accélérant ou en la retardant.

Parmi les accidents de chronologie de l'éruption, il importe de signaler ceux de l'éruption anticipée, ceux de l'éruption congénitale, l'éruption précoce et l'éruption prématurée ou foliculite expulsive, selon la dénomination de Capdepont.

La foliculite expulsive tient une importance signalée par les complications qu'elle apporte, qui peuvent aller de la simple inflammation gingivale à l'ostéite de type gangréneux et enfin la mort, comme cela arriva dans une de nos observations.

Finalement les Professeurs Louvel B et Graciela di Biaggio déclarent que la foliculite expulsive ne présente pas dans leur milieu les mêmes caractères de gravité qu'elle acquiert en Europe, d'après ce qu'ils ont pu déduire de la littérature consultée en la comparant avec leur propre casuistique. G. L.

O'ROURKE (J. T.). — **Soins dentaires aux enfants en relation avec le prolongement de l'âge moyen.** (*Journal of the American Ddental Association*, mai 1947).

Les conséquences lointaines des soins dentaires pour les enfants devraient fournir un motif impérieux pour agir sur les parents et les praticiens. A aucun moment dans l'histoire de la profession dentaire, la santé dentaire des enfants n'a présenté un plus puissant intérêt.

Dans le passé et actuellement, ce problème a été associé avec les soins des groupes plus âgés.

En même temps la solution des problèmes dentaires d'un grand nombre de gens adultes a été abordée du point de vue chirurgical et du point de vue prothétique.

Le problème entier est maintenant de toute évidence un problème qui réclame des soins judicieux aux enfants comme base d'une prophylaxie pour l'âge avancé.

Au moyen de ce champ d'activité la profession dentaire peut contribuer, d'une façon efficiente, à augmenter les possibilités attendues de la vie.

Ces gains ne pourront pas produire leurs conséquences si les conceptions touchant à la dentisterie infantile continuent à être conservées comme au temps de la vie courte et si les soins des adultes continuent à être basés sur une conception périmée.

Le problème consistant à relier ces deux cycles de la vie, relativement au maintien de la santé dentaire, est un problème difficile.

Cela implique des ressources plus grandes que celles dont dispose la profession dentaire actuelle.

En conséquence, il y a un besoin urgent pour une action en faveur d'un accroissement des recherches et du personnel.

L'accroissement de l'activité des recherches dirigé vers l'instauration de mesures préventives, et vers l'amélioration des techniques pour le contrôle des maladies dentaires a été des plus encourageants. Néanmoins, il est généralement reconnu que les activités dans le champ des recherches devraient être grandement développées. En ce qui concerne l'expansion du personnel dentaire, les attitudes en général, n'ont pas été aussi réalisatrices.

Le vieillissement de la population a soulevé de nouveaux problèmes dentaires et aussi médicaux. L. S.

Il a posé les problèmes liés des soins dentaires aux enfants et aux adultes d'une façon plus évidente relativement aux besoins du public.

Ces besoins doivent maintenant être définis, non seulement sous les termes de maladie dentaire, ou de déficience, mais aussi au point de vue de leur intrication avec les habitudes alimentaires, avec de nouveaux principes de nutrition et une définition précise de la santé. L. S.

MAC MILLAU JAMES (J.). — **A closed mouth technic for impressions of the lower jaw. Technique en bouche fermée pour empreintes de la mandibule.** (*Journal of the American Dental Association*, N° 11, juin 1947, pages 715-719, 5 figures).

La langue en position de bouche fermée, agit avec beaucoup plus d'efficacité pour le modelage physiologique des substances à empreintes.

Les appareils construits de cette manière sont plus stables, ils ne sont pas déplacés par la langue, les joues ou les lèvres, par les contacts avec l'arcade opposée ou par l'ouverture même forcée de la bouche. Ils montrent une réelle résistance aux pressions latérales, lorsque la bouche est grande ouverte.

Dans certains cas, ils restent appliqués fermement, lorsqu'une force linguale est exercée dans la région des incisives.

Il n'y a qu'une légère succion lorsque l'appareil est retiré. Cette succion, minime, doit être considérée comme une qualité désirable, car elle signifie que les bords et les tissus ne sont pas soumis à des pressions anormales qui aboutiraient à une résorption plus rapide.

Les retouches subséquentes sont étonnamment peu nombreuses. Très souvent un simple polissage de la zone en contact avec la région enflammée suffit à la mise au point.

THOMAS EARLE (H.). — **Diagnostic différentiel de la douleur en chirurgie buccale.** (*Journal of the American Dental Association*, N° 11, juin 1947, pages 737 à 746).

Revue critique des différentes difficultés de diagnostic.

La douleur n'est pas liée nécessairement à la gravité des lésions.

L'interrogatoire du patient doit être fait avec patience et doit discerner la valeur des expressions employées.

Rechercher les défauts d'articulé.

Poser les indications opératoires avec prudence.

Les névralgies posent de nombreux problèmes, avant de conclure à une névralgie essentielle, rechercher toutes les causes possibles : carie minuscule quelquefois, cicatrice, infection des sinus, dentier mal ajusté, etc... Quelquefois des douleurs se superposent, venant de lésions simultanées.

Angine de Vincent coïncidant avec un cancer ou une gomme.

Pulpite et évolution d'une dent de sagesse.

L'auteur termine par quelques exemples de petites difficultés de diagnostic.

A. BOHN. — **Dens in dente.** (*Den Norske tannlaegeforenings tidende*, avril 1947.)

Résumé. — La « dens in dente « peut se présenter sous deux formes principales : radiculaire ou coronaire. Seule cette dernière catégorie est étudiée ici.

D'après un résumé de la plupart des cas exposés dans la littérature, il apparaît que, parmi les dents permanentes, l'incisive latérale supérieure semble être la plus fréquemment affectée, ensuite viennent la canine et l'incisive centrale supérieures, enfin, et à moins grande échelle, les dents antérieures de la mâchoire inférieure.

Les dents surnuméraires situées à la partie antérieure de la mâchoire supérieure semblent relativement souvent affectées alors que l'on ne trouve

pas de description de cas de « dens in dente » ayant trait à des dents temporaires.

Les conclusions tirées des cas déjà étudiés sont exposées et un cas nouveau est examiné.

La « dens in dente » est comparée aux dents de quelques animaux qui présentent normalement une certaine analogie des replis de l'émail et une incisive de cheval est choisie pour être comparée et examinée dans ses détails.

Les résultats de cet examen confirment l'opinion de l'auteur que la partie interne aussi bien que la partie externe de l'épithélium de l'émail sont impliquées dans le processus d'invagination.

Il est présumé que la « dens in dente » dont la formation interne présente une large ouverture apicale n'est pas encore totalement calcifiée.

On discute sur les causes de la forme renflée de la cavité interne.

L'auteur traite ensuite de la signification qu'il convient d'accorder à l'élargissement de la racine et à la fréquence des cas de « tuberculum dentis ». Ces caractéristiques peuvent être expliquées comme des indications de la faculté naturelle qu'a le germe dentaire de réagir sous l'action de certains stimulants.

L'auteur met en évidence la possibilité qu'il y a de regarder la « dens in dente » comme un phénomène analogue à la série de déviations à la normale qui se produisent pour les dents antérieures de la mâchoire supérieure, tels que dents surnuméraires, odontomes et autres malformations.

Une série de facteurs étiologiques différents est indiquée ; ceux-ci jouent un rôle important quant au résultat des troubles intervenant dans le développement de la lame et du germe dentaires ; ils rendent plus largement intelligibles les relations existant entre les différentes variations mentionnées (et peut-être d'autres encore). G. J.

Robert Robinson. — **Deux cas d'Odontome.** (*Dental Digest*, avril 1947).

Résumé. — Les odontomes sont des tumeurs classées comme :

1° Germinée composée quand deux dents ou plus sont fusionnées.

2° Composée quand elle est formée d'un grand nombre de dents de formes rudimentaires ;

3° Complexe quand la tumeur n'offre aucune ressemblance avec des formes dentaires mais n'est qu'une masse amorphe calcifiée.

Le cémentome est une autre variété d'odontome. Il se développe postérieurement à la formation de la dent à laquelle il est associé.

L'odontome complexe est une tumeur amorphe calcifiée dans laquelle on ne peut distinguer aucune structure des tissus dentaires. Elle est généralement composée d'émail, de dentine et de cément.

La tumeur se développe lentement et sans douleur et souvent demeure ignorée jusqu'à ce que la mâchoire soit déformée ou que la douleur se fasse sentir.

Deux types de ces tumeurs : l'odontome complexe et le cémentome sont étudiées dans ce travail. C. J.

Oreste Louridis. — **Sur un cas d'hémorragies post-opératoires chez un sujet atteint de pseudo-hémophilie acquise.** — *Stomatologia*, 1947, N° 2, mars-avril).

Résumé. — Dans ce travail, l'auteur met en relief les viciations plasmatiques si différentes à mettre en évidence, et cependant ayant, dans certains cas rares, une part bien considérable dans le processus hémorragique. Ces viciations, et surtout la diminution du fibrinogène, favorisent la tendance au saignement en retardant l'agglutination des hématoblastes au voisinage de la brèche vasculaire et expliquent la redissolution et l'émiettement possible du caillot, ainsi que l'instabilité du temps de saignement.

Voici l'observation du malade :

M. A. V..., âgé de 24 ans, étudiant en médecine, vient nous consulter pour l'extraction de la racine de l'incisive latérale gauche.

Ses parents sont bien portants et n'ont jamais fait de maladies importantes. Aucun de ses ascendants n'a présenté de maladies du sang ou de syndromes hémorragiques.

Quant à lui, c'est un garçon bien constitué qui reçoit une alimentation suffisante en calories et en vitamines.

Il a eu successivement le paludisme à deux ans, a été amygdalotomisé à l'âge de dix (hémorragie post-opératoire ayant duré vingt jours). A l'âge de vingt ans, à la suite d'une extraction dentaire, il a eu une hémorragie qui a persisté vingt-cinq jours malgré les moyens anti-hémorragiques mis en œuvre, parmi lesquels des injections quotidiennes et intraveineuses de K-thrombine pendant une semaine. Cette hémorragie n'a été arrêtée que grâce à la transfusion de 300 c. c. de sang.

L'auteur après un traitement préventif approprié, procéda à l'extraction de la racine incurable. Les examens de clinique et de laboratoire pratiqués au préalable ont donné les résultats suivants :

Le foie, la rate, le cœur étaient cliniquement normaux.

Signe de Murphy positif. Il n'y avait aucune adénopathie.

Le signe du lacet négatif. Temps de saignement et de coagulation normal. La formule sanguine était ainsi composée :

G. R.	4.000.000
G. B.	8.000
P. S.	130.000

Rétractilité du caillot incomplète. Taux de bilirubine dans le plasma sanguin : 3,6 unités Hymans van den Bergh. Quantité notable d'urobiline dans l'urine. Cholocystographie négative. Cholestérine du sang normale. L'exploration fonctionnelle du foie par l'épreuve au galactose a montré une insuffisance hépatique marquée quant à la fonction sucrée. Les réactions Wassermann-Kahn ont été négatives.

Le patient quitta le cabinet après hémostase complète qui dura quarante-huit heures, après lesquelles, et à la suite d'une lésion de la plaie due à la mastication, l'écoulement sanguin commença et résista à l'application correcte de la médication anti-hémorragique. L'auteur, trois jours après, a dû recourir à la transfusion sanguine.

Se basant sur l'anamnèse et sur les multiples examens de laboratoire effectués, l'auteur conclut que son patient doit être classé parmi les pseudo-hémophiliques acquis auxquels, d'après le Professeur J. Katsaras, l'insuffisance hépatique entraîne la diminution du fibrinogène qui peut à elle seule déterminer la moindre résistance du caillot sanguin. L'insuffisance hépatique joue ainsi un rôle primordial direct et indirect influençant l'apparition et le déterminisme des hémorragies post-opératoires.

REVUE DES LIVRES

Biologie générale

Dr Jules BORDET, Membre de l'Institut, Directeur de l'Institut Pasteur de Bruxelles, Prix Nobel 1919. — **Infection et immunité.** (Flammarion, 1947).

Du rôle des microbes. — *a*) Se nourissent des êtres vivants pendant leur vie et de leur dépouille après leur mort ; *b*) Certains pénètrent dans les tissus vivants provoquant une maladie infectieuse (analogie avec fermentation, putréfaction. Pasteur).

Chaque maladie infectieuse a son microbe spécial.

Les espèces microbiennes ont une certaine fixité, elles ne se transforment pas l'une dans l'autre, mais elles peuvent présenter des variétés.

Des espèces animales ont disparu tuées par les microbes.

Celles qui ont survécu ont acquis des propriétés de résistance dont l'étude constitue l'immunité.

Débutant par la bactériologie, continuant par la physiologie, le chercheur aboutit à une incertitude soulevant les problèmes les plus abstraits de la philosophie.

« Nous ne devinons que le contour des choses. Nous ignorons la cause, « la signification et le mécanisme profond de la vie ».

On doit reconnaître que la matière vivante se différencie essentiellement de la matière inanimée par sa faculté d'adaptation au moyen de structures et de procédés qui répondent généralement à un but. Tout cela est mystérieux mais indéniable.

Il y a du reste des adaptations incomplètes, d'inopérantes, de maladroites.

La coagulation du sang est un modèle d'adaptation heureuse, le sang doit rester liquide dans les vaisseaux pour que la vie persiste, il se coagule aussitôt extravasé, empêchant ainsi l'hémorragie mortelle. L'œil est, lui aussi, une merveille d'adaptations concomitantes.

Les leucocytes sont doués de la propriété de phagocyter un grand nombre de microbes dangereux pour l'homme.

Peut-on dire que les leucocytes aient été crés exclusivement pour veiller à la protection de notre santé sans être convaincu du péché de Finalité ?

Les anticorps semblent bien n'exister que pour notre sauvegarde. Le mécanisme de leur production n'est pas connu. Nous savons seulement apprécier leur comportement qui est d'importance capitale dans l'établissement de l'Immunité.

Anticorps et phagocytose s'épaulent pour lutter contre l'envahissement microbien.

Les larmes sont douées d'un pouvoir destructeur qui désinfecte l'œil, constamment souillé par les germes de l'air.

La Virulence est l'Immunité des microbes vis-à-vis des propriétés anti-microbiennes de l'organisme. L'Immunité est la Virulence de l'organisme vis-à-vis des microbes.

L'Immunité est une science jeune (une soixantaine d'années), elle étudie habituellement en les comparant le microbe dangereux, puis l'inoffensif ; d'autre part l'organisme réceptif, puis le réfractaire.

On distingue l'Immunité naturelle, et l'Immunité acquise. Cette dernière apparaissant chez des malades guéris.

Jenner prévient la variole par l'inoculation du cow-pox, il constate l'effet préventif, mais ne l'explique pas.

Pasteur dans sa vaccination par les microbes atténués ne peut préciser le mécanisme de la résistance.

Metchnikoff, en 1844, ouvre la voie en découvrant la phagocytose.

En 1888, Richet et Hericourt, Babés et Lepp, démontrent l'action protectrice du sérum d'animaux immunisés.

En 1888, Roux et Yerhi trouvent la toxine diphtérique.

En 1890, Behring et Victasato découvrent les sérums antitoxiques.

En 1898, la découverte des sérums hémolytiques (Bordet) élargit le champ de l'Immunité, permettant le séro-diagnostic des espèces animales.

La diversité des espèces, leur autonomie, sont maintenues par les différences chimiques révélées par le séro-diagnostic.

Même d'un individu à l'autre, la constitution chimique intime varie. L'étude des globules rouges chez l'homme a permis de répartir les individus en quelques grands groupes typiques. Dans l'intérieur même d'un de ces groupes il est probable qu'il n'y a pas deux individus absolument semblables. Ce qui est vrai pour les globules rouges est également vrai pour d'autres éléments de notre corps. C'est ainsi que pourraient s'expliquer les particularités physiques intellectuelles et morales des individus.

Tout en élargissant son domaine d'investigations purement scientifiques, l'Immunité a continué à suivre des voies plus immédiatement réalisatrices, en perfectionnant les moyens de lutte contre les maladies transmissibles. De l'organisme lui-même elle a tiré des ressources pour prévenir, pour diagnostiquer et pour guérir. L. S.

Boivin (André) et Delaunay (Albert). — **L'organisme en lutte contre les microbes.** (Gallimard, éditeur, Paris, 1947).

Ce volume, dû à deux biologistes pastoriens, est destiné au public, mais il se recommande par une documentation scientifique remarquable et propre à satisfaire aussi bien les lecteurs avertis que les profanes. Dans une première partie les auteurs exposent l'état actuel de nos connaissances sur les bactéries et sur les virus, leur constitution, leur nature biologique, leurs toxines, leur propagation à l'origine des maladies infectieuses et leur virulence, ainsi que sur la notion d'immunité, d'infection inapparente, etc...

La seconde partie est consacrée aux défenses de l'organisme contre les microbes : défense cellulaire par les phagocytes et par le système réticulo-endothélial, défense humorale basée sur la notion des antigènes et des anticorps.

La troisième partie, enfin, expose la prévention et le traitement des maladies infectieuses : transmission, vaccination d'une part ; sérothérapie, vaccinothérapie, chimiothérapie, bactériophages, etc..., de l'autre. On sait l'importance de ces problèmes en évolution constante et l'intérêt qu'il y a à être instruit de leurs solutions que les sulfamides, la pénicilline, la streptomycine, renouvellent chaque jour.

Nous ne saurions trop conseiller une lecture attentive d'un travail d'aussi grande valeur que les auteurs ont su rendre particulièrement attrayant. F. B-R.

BRÓCHÈRE (F.). — **Les problèmes de la pratique quotidienne** (2e édition). (*L'Information Dentaire*, 16, rue Vignon, Paris (9e), 1947).

Le succès remporté par la première édition a encouragé l'auteur à nous donner ce nouveau livre.

Le plan est resté le même, le livre est :

a) Un guide à l'usage du jeune diplômé ;

b) Un ensemble de suggestions à l'usage du praticien entraîné ;

c) Un résumé rassemblant l'essence des publications similaires ;

d) Une possibilité d'orientation de l'esprit de chacun.

Rien n'est indifférent dans ce livre de bonne foi et lorsque les opinions de l'auteur heurtent quelques-unes de nos convictions il en résulte finalement que nous réfléchissons et que nous reconsidérons des données que nous avions depuis toujours acceptées comme évidentes. L. S.

A LIRE PENDANT LES VACANCES

ROUCH (J.). — **La Méditerranée**. Un volume in-8. Ernest Flammarion, éditeur, 26, rue Racine, Paris.

De nombreux ouvrages ont été publiés sur la Méditerranée, et il semblait que tout avait été dit sur cette mer très connue. Et cependant le Commandant Rouch, Directeur du Musée Océanographique de Monaco, a écrit sur ce sujet un livre très original.

C'est la mer seule qui l'intéresse, et non les côtes et les pays qui la bordent. C'est l'étude purement océanographique de la mer Méditerranée qu'il nous présente, avec ce souci de la forme et de la clarté qui caractérise tous ses ouvrages et qui a fait le succès durable de « La Mer », publiée dans la même collection.

Après une introduction consacrée à l'historique des découvertes océanographiques en Méditerranée, une première partie a trait au climat ; une deuxième aux profondeurs et aux eaux méditerranéennes. Les courants sont illustrés par l'étude du détroit de Gibraltar et du Bosphore. Les marées, si faibles en amplitude, ont cependant des effets grandioses dans le détroit de Messine et dans l'Euripe. Les détroits créés par la main des hommes de Corinthe et de Suez présentent des particularités océanographiques intéressantes. Dans une troisième partie il est traité des mers secondaires, la mer Adriatique, la mer Noire, et aussi d'une mer chargée de souvenirs, la mer Morte.

Le Commandant Rouch se plaît à agrémenter ses chapitres du rappel des grands écrivains qui, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, ont écrit des mêmes sujets, souvent d'une manière si exacte qu'un savant seul peut leur donner un commentaire approprié. C'est pour le lecteur une surprise de trouver, à l'occasion d'une tempête, d'une couleur de la mer, d'une vague... des vers d'Homère, de Virgile, d'Ovide, ou d'Appollonius de Rhodes, une prose de Chateaubriant ou de Lamartine, une formule d'André Gide ou de Paul Valéry. Nous retrouvons là l'auteur du livre estimé : « *Orages et Tempêtes dans la Littérature* ».

BIBLIOTHÈQUE DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Tous les travaux indiqués dans les notes bibliographiques (pages de publicité) sont en lecture, sur place, à la Bibliothèque de l'Ecole Dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 30 mai 1947

La séance est ouverte à 21 heures, sous la présidence de M. PELLETIER-DUTEMPLE.

M. PELLETIER-DUTEMPLE présente les excuses de M. P. FOUQUES, empêché.

Après lecture et adoption du procès-verbal de la séance d'avril, le Secrétaire général transmet aux membres de la S. O. F. l'invitation de l'A. G. D. B. aux Journées Médicales Belges du 21 au 24 juin.

M. PELLETIER-DUTEMPLE donne la parole au Dr Gérard MAUREL pour sa communication : *Tumeurs odontoplastiques à caractère familial.*

L'auteur rapporte d'une façon détaillée 5 observations de ces tumeurs dont l'observation princeps a déjà été relatée par lui aux Journées Dentaires de 1942.

Il s'agit d'un enfant de 8 ans chez lequel les deux maxillaires supérieurs et une grande partie du maxillaire inférieur ont été le siège de la formation de tumeurs à dents multiples contenues au maxillaire supérieur : 85 dents ; le maxillaire inférieur n'ayant pas été opéré.

L'examen histologique (Prof. Jean VERNE) a montré l'existence, au niveau de la paroi, de tissu conjonctif, de lames dentaires, de débris épithéliaux paradentaires de Malassez et de bourgeons d'organes adamantins.

Les observations 2 et 5 relatent des tumeurs odontoplasiques beaucoup plus limitées chez les adultes (parents du jeune enfant de l'observation 1).

Les observations 3 et 4, concernant des enfants (cousins de l'enfant de l'observation 1) sont en tous points semblables à celle de cette opération et relatent la description et le compte rendu opératoire de tumeurs odontoplastiques d'un développement exceptionnel au maxillaire supérieur, moins importantes au maxillaire inférieur.

S'appuyant sur ces observations, l'auteur reprend l'ensemble de la question des tumeurs odontoplastiques.

Après quelques mots d'historique, il insiste, au point de vue étiologique, sur l'hérédité, le caractère familial qui n'avait jamais été mis jusqu'ici en évidence, sauf par M. FOURQUET, en 1910, qui a observé un certain nombre de membres de la même famille.

L'auteur étudie ensuite l'anatomie pathologique, la clinique, la pathogénie de ces tumeurs et leur classification parmi les tumeurs des mâchoires. Il les range parmi les dentômes et préfère le terme de tumeur odontoplastique (tumeurs à dents multiples) à celui d'adamantinome odontoplastique qui prête à confusion.

En ce qui concerne le traitement, l'exérèse chirurgicale est le seul traitement curatif ; il y a lieu de l'appliquer d'une façon éclectique et seulement lorsque l'extension des lésions ou l'existence de complications infectieuses ou de déformations faciales nécessitent réellement une intervention.

M. PELLETIER-DUTEMPLE souhaite la bienvenue au Dr SCHLIJECHER, de Hollande, et lui donne la parole pour sa communication : *L'immunisation permanente du canal radiculaire.*

Chaque traitement d'un canal radiculaire reste un succès illusoire, tant qu'il ne peut pas être suivi méthodiquement d'une technique qui produit un effet, aussi bien non irritant pour le tissu périapical que bactéricide permanent.

Cette technique est celle que j'ai l'honneur de vous présenter : l'invention d'un liquide a créé la possibilité de mettre de l'argent pur jusqu'à l'apex et dans les canaux les plus fins. Le liquide que j'appelle « *Jetri* » est une suspension colloïdale contenant 17 % d'argent pur dans l'alcool. La technique d'application du « *Jetri* » est extrêmement simple. En traitant avec « *Jetri* » il est impossible de causer un préjudice quel qu'il soit. Après un pré-traitement approfondi, soit en maintenant le canal stérile, soit en le stérilisant, l'application de « *Jetri* » garantit un résultat permanent par l'action oligodynamique de l'argent ; par suite, le danger d'un foyer d'infection est conjuré. La précipitation d'argent obtenu de « *Jetri* » ne décolore pas la dent, ne nuit ni à la gencive, ni aux doigts de l'opérateur, ni aux instruments ou au linge.

Il ne faut jamais perdre de vue que la technique « *Jetri* » est fondamentalement autre chose que la technique de Percy HOWE ; toutes deux ont été créés pour des buts différents.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 23 h. 30.

Le Secrétaire des séances : P. FROMENT.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE ET DE STOMATOLOGIE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

Séance du 13 mai 1947

Communications :

P. L. MARONNEAUD. — *Considérations sur la dystopie des molaires permanentes par mésogression et sur sa correction.*

L'auteur rappelle les notions classiques qui gravitent autour de cette éternelle question, son mécanisme, sa réduction. Il évoque à ce sujet l'influence des forces de croissance qui, dans ces cas, s'opposent aux forces correctrices.

Concernant les moyens orthopédiques mis en œuvre, il signale les dispositifs à point d'appui buccal et à point d'appui cranien. Comme dispositifs endo-buccaux, il décrit l'appareillage préconisé par LECLERC, constitué par une gouttière incisive et une bague molaire réunies par un axe double vestibulaire et lingual, porteur d'un ressort à boudin qui tend à écarter les deux pièces du dispositif.

Comme dispositif exo-buccal il rappelle l'arc de contraction d'ANGLE avec son filet cranien et sa barre de traction qui assure infailliblement la réduction molaire mais que l'indocilité des enfants, les réticences des parents, les convictions modérées du praticien permettent rarement de mettre en œuvre.

Devant cet état de choses, l'auteur insiste pour que : 1° soient conservées à tout prix les dents temporaires ; 2° pour que soient connues les possibilités qu'offre l'appareillage orthopédique ; 3° pour que ne soient pratiquée aucune extraction correctrice qui, neuf fois sur dix, n'aboutit qu'à une mutilation inutile et indélébile.

Au sujet de la doctrine d'ANGLE dont il connaît au point de vue dogmatique les profondes erreurs et au point de vue technique les imperfections, il précise la discrimination qu'il y a lieu de faire entre les enfants constitutionnellement normaux atteints d'anomalie temporaire et accidentelle et les enfants anormaux altérés dans leur constitution et viciés tout au long de leur évolution. Aux premiers conviennent des traitements orthodontiques

qui doivent assurer le rétablissement intégral de la morphologie normale ; pour les seconds il convient de tendre vers un compromis morphologique et fonctionnel même s'il ne peut être atteint qu'au prix de moyens habituellement réprouvés. Discrimination exigeant expérience et doigté, mais qui ne se pose pas souvent à la sagacité du praticien qui a toujours pour ligne de conduite de repousser l'extraction dentaire correctrice et de conserver à tout prix les molaires temporaires.

DUFRÈCHE. — *Quelques cas de canines incluses ectopiques.*

L'auteur rapporte, chez un sujet de 22 ans, un cas de canine inférieure gauche incluse en ectopie, placée horizontalement au niveau du bord basilaire de la mandibule, manifestée cliniquement par une fistule très ancienne (8 ans), liée à la présence d'un gros kyste dentigère.

La deuxième observation est celle d'un sujet de 37 ans, présentant une canine supérieure gauche ectopique, située dans la partie médiane de la voûte palatine en position horizontale. Au point de vue clinique, manifestation kystique située dans la fosse canine et fistulisation palatine. L'intervention difficile se termine par une légère hémorragie nasale, montrant les rapports de la dent avec le plancher des fosses nasales.

L'auteur conclut en montrant la grande fréquence d'inclusion des canines, les difficultés d'explication pathogénique de ces dents franchement ectopiques.

P. MARCARD, G. MEYNARD. — *Résultats éloignés d'une curiethérapie externe pour épithélioma sur lupus érythémateux de la lèvre inférieure.*

Les auteurs rapportent l'observation d'un malade né en 1902 qui, depuis l'âge de 21 ans, présente un psoriasis généralisé et un lupus érythémateux buccal siégeant au niveau de la face dorsale de la langue, au niveau du bord libre de la lèvre inférieure et sur la face interne des joues droite et gauche. Ce malade est de plus un bacillaire articulaire et ganglionnaire évolutif. Pendant 13 ans (1922-1936) ces lésions restent indifférentes aux divers traitements entrepris. C'est alors que sur la lésion érythémato-lupique labiale se développe un épithélioma spino-cellulaire. Un traitement curiethérapique (60 m/m-16 mcd.) détruit les lésions. Guérison clinique pendant dix ans. En 1946, à l'occasion d'une extraction dentaire de molaire inférieure droite se produit une fracture de la branche horizontale. La radiographie montre de très importantes lésions osseuses. Un épithélioma spino-cellulaire s'extériorise très rapidement. Une radiothérapie intense (4.500 r) n'améliore pas l'évolution de ces lésions qui se fait sur le plan local vers l'envahissement de la joue droite avec ouverture à la peau et sur le plan général vers la cachexie.

Les auteurs pensent qu'il s'agit d'une métastase mandibulaire d'un épithélioma spino-cellulaire labial inférieur cliniquement guéri depuis dix ans.

DUFRÈCHE. — *Diagnostic d'une tumeur sublinguale.*

L'auteur rapporte l'observation d'une femme de 70 ans présentant depuis vingt ans une tumeur du plancher de la bouche à évolution insidieuse, se manifestant par une simple gêne. Tumeur d'un volume d'une grosse noix, faisant hernie dans la région sublinguale droite, de consistance semi-rénitente, avec quelques nodosités plus dures.

Cliniquement le diagnostic de grenouillette ou de kyste dermoïde ou tumeur mixte à la glande sublinguale ne satisfont pas l'esprit.

Intervention facile par énucléation simple, sous anesthésie au Nargénol. Macroscopiquement tumeur fibreuse que l'examen histologique révèle comme étant un fibrolipome, sans formation glandulaire.

L'auteur fait remarquer la rareté de ce type de tumeur, et note en passant l'efficacité de l'anesthésie au Nargénol appelée à remplacer en chirurgie spéciale l'anesthésie générale.

Séance du 10 juin 1947

Communications :

DARMEILLACQ, DUBECQ X. J., P. MARCARD. — *Diagnostic clinique et anatomo-pathologique d'une tumeur sous-maxillaire gauche.*

Les auteurs rapportent l'observation d'un homme de 67 ans atteint d'une tumeur de la région sous-maxillaire gauche débordant en haut sur la région massétérine et génienne. Depuis plus de dix ans, existait à ce niveau une petite masse mobile indolore qui, il y a six mois environ, se mit à grossir, n'entraînant aucune douleur, aucun trouble fonctionnel. A l'examen, il s'agit d'une tumeur du volume d'une orange, bosselée, dure, sauf en arrière où elle est un peu dépressible, fixée à la peau et au plan osseux. Quelques petits ganglions jugulo-carotidiens. La radiographie montre un maxillaire inférieur normal. On pense qu'il s'agit d'une tumeur mixte d'origine salivaire (sous-maxillaire) dégénérée. L'intervention chirurgicale conduit sur une masse d'aspect encéphaloïde, friable, difficile à énucléer, saignant abondamment. L'exérèse complète en est cependant faite. La cicatrisation se poursuit normalement sans accidents post-opératoires, hémorragiques ou infectieux. L'examen histopathologique montre un épithéliome atypique, mais ne permet pas de faire un diagnostic d'organe.

Les auteurs mettent en relief le fait de la discordance entre la clinique qui permettait de penser que cette tumeur faisait corps avec l'os, alors qu'elle ne faisait que l'enserrer dans sa partie basillaire, et la dégénérescence épithéliale maligne d'une tumeur dont l'origine salivaire n'est pas absolument identifiée mais qui, ici comme ailleurs, peut être l'émanation d'inclusions épithéliales branchiales.

X. J. DUBECQ, P. MARCARD, P. MARONNEAUD. — *Forme clinique et diagnostic histologique d'une tumeur épulidienne peu fréquente.*

Les auteurs rapportent l'observation d'une femme de 54 ans qui depuis dix ans a vu se constituer une tumeur sur le bord alvéolaire de la région canine supérieure gauche, dont la dent a été extraite antérieurement. Cette tumeur se présente à l'examen comme une grosse pastille (3 cm. de diamètre) aplatie dans le vestibule, reliée à la gencive par un très fin pédicule (deux à trois millimètres) recouvrant les régions incisives latérales, canines et prémolaires supérieures et inférieures. La palpation révèle une consistance très dure, et ne provoque aucune hémorragie. Les examens de sang montrent : légère anémie (3.900.000 H.) légère leucocytose (12.000) temps de saignement : 4 minutes, temps de coagulation : 14 minutes. Présence de glucose dans l'urine (1 gramme 48). L'examen histo-pathologique montre qu'il s'agit d'une tumeur hyperplasique (épulis) fibro-inflammatoire avec ossification centrale.

La forme et le volume confèrent à cette tumeur une certaine originalité. Cette observation fut l'occasion pour les auteurs de discuter le diagnostic histo-pathologique ainsi que les processus histo-pathogéniques (origine histiocytaire, formes habituelles : inflammatoires, fibreuses, vasculaires, gigantocellulaires), et de rappeler en outre les notions qui sont à la base de ces métaplasies osseuses hétérotopiques.

X. J. DUBECQ, P. MARCARD. — *Foyer d'ostéite de la région rétromolaire supérieure gauche par dent incluse.*

Les auteurs présentent l'observation d'une malade âgée de 80 ans, vue pour des accidents d'ostéité circonscrite de la région rétromolaire supérieure gauche à l'occasion de l'exécution d'une prothèse pour édentation totale. Suppuration assez abondante. L'exploration au stylet donne un contact osseux net, mais non métallique. La radiographie met en évidence un corps opaque ovoïde qui peut être pris pour une image d'inclusion dentaire.

Sous anesthésie locale, le foyer est ouvert et on pratique l'avulsion d'une dent. Cette dent a perdu la plus grande partie de sa couronne qui se présente comme si l'émail avait été abrasé de façon assez régulière sur tout

son pourtour. On reconnaît une chambre pulpaire largement ouverte et remplie de fongosités. L'intérêt de cette observation réside dans le diagnostic de dent incluse porté chez un sujet âgé à l'occasion de la réalisation d'une prothèse, mais aussi dans le fait qu'il semble s'agir d'une inclusion secondaire d'une dent dont la partie coronaire a été progressivement détruite.

Le Secrétaire général : P. L. MARONNEAUD.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE FRANCE

Séance du 20 mai 1947

Méd.-Col. GINESTET et Méd. Cap. CHEMIN. — *Malade opéré d'une communication bucco-sinusale par plastie palatine selon la méthode du lambeau pédiculé retardé.*

Méd. Col. GINESTET et Méd. Cap. SOUEF. — *Fistules parotidiennes guéries par arrachement du nerf auriculo-temporal.*

MM. LATTÈS et CORBEIL. — *Syphilome diffus mandibulaire.*

Sujet de 58 ans. Absence de phénomènes infectieux dentaires initiaux. Lésions étendues aux branches montante et horizontale gauches, jusqu'à la région canine. Séquestration volumineuse. Réactions sérologiques fortement positives. Traitement par Pénicilline (4 millions d'unités) et Bismuth. Amélioration. Puis propagation au rebord alvéolaire incisif. Le traitement spécifique intense amène finalement la guérison clinique mais des réserves s'imposent quant au pronostic en raison de la non-négativation des réactions sérologiques.

M. BUREAU. — *Deux cas d'oligodontie.*

Ces cas rentrent dans le cadre des polydysplasies ectodermiques héréditaires.

DEUPES DE PERPESSAC. — *Pince prothétique dentaire invisible et ancrage prothétique dentaire escamotable.*

Prof. DECHAUME, Mme CHAPUT, MM. BUREAU et PIET. — *Sur un cas de lithiase parotidienne.*

Observation d'une lithiase du sténon avec parotidite diffuse, de diagnostic particulièrement difficile, qui, malgré les sialographies répétées, n'a pu être posé qu'après une deuxième intervention chirurgicale : l'excision d'un nodule jugal renfermant un calcul de 47 milligrammes soluble seulement dans l'eau régale et renfermant une forte proportion de fer métallique : 7,5 %.

MM. BÉAL et GOUDAERT (Travail du Service du Dr LACRONIQUE). — *Utilisation en stomatologie d'un hémostatique biologique à action vasculaire : le semi-carbazone de l'adrénochrome.*

Etude biochimique détaillée très documentée, sur l'action de ce nouveau médicament modificateur de la crase sanguine.

M. LEPOIVRE. — *Génétique et Orthodontie.*

L'âge, les indications du redressement, le choix des moyens orthodontiques doivent tenir compte des considérations génétiques. La génétique demande : 1° l'examen systématique des enfants jumeaux monozygotes ; 2° une statistique qui doit porter sur un grand nombre de cas. A la faveur de la génétique seront étudiées les malformations maxillo-faciales, les anomalies, les dystrophies et certaines maladies dentaires. Réciproquement la stomatologie est susceptible d'apporter à la génétique des éléments de valeur au même titre que l'examen du fond d'œil, la couleur de l'iris, la disposition du système pileux, des empreintes digitales.

M. BÉLIARD. — *Plaidoyer en faveur de la classification générale de la prothèse dentaire en prothèse adjointe et prothèse conjointe.*

Robert BRASSE.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE DE PARIS

Séance du 22 mai 1947

Nouvelles recherches sur l'indice dentaire de Flower, par Suzanne DE FÉLICE, Stagiaire au Comité National de Recherches scientifiques.

En 1884, FLOWER créait l'indice dentaire qui porte son nom afin d'apprécier la grosseur des dents chez les différentes races humaines (1). Il mesurait la longueur *d* de l'arc comprenant les 3 molaires et les 2 prémolaires de la mâchoire supérieure et rapportait celle-ci au diamètre naso-basilaire, l'un des plus fixes du crâne :

$$I = \frac{d \times 100}{N.B.}$$

Ayant mesuré 448 crânes de Blancs, de Jaunes et de Noirs et créé trois catégories d'indices en ce qui concerne la grosseur des dents :

microdontes : au-dessous de 42,
mésodontes : de 42 à 44,
mégadontes : au-dessus de 44,

il trouvait qu'en gros les Blancs étaient microdontes, les Jaunes mésodontes et les Noirs mégadontes. Une seule exception à mentionner : les Noirs d'Afrique étaient mésodontes (43,9) ; mais FLOWER remarquait que l'indice était diminué à cause de la grande longueur de la base du crâne.

Cet indice ayant été étendu à la mâchoire inférieure par plusieurs auteurs (MARTIN) et critiqué par DE TERRA, en 1905, j'en ai repris l'étude sur la proposition du Professeur VALLOIS.

J'ai étudié 1.062 crânes de différentes races des collections du Musée de l'Homme. Si l'on s'en tient aux données fournies par les indices moyens, j'ai vérifié la plupart des résultats avancés par FLOWER pour la mâchoire supérieure. Mais si l'on étudie la répartition des sujets à l'intérieur des trois catégories, on ne peut arriver aux mêmes affirmations.

On peut dire que les Blancs sont microdontes, car leur pourcentage de microdontes est élevé par rapport à ceux des autres catégories. Pour 232 sujets, 61,2 % de microdontes, 25,8 % de mésodontes et 12,9 % de mégadontes. On peut, de même, dire que les Noirs primitifs, Négrilles, Négritos, Australiens et Tasmaniens sont mégadontes pour une raison analogue. Mais pour les Jaunes et les autres Noirs, on ne peut affirmer qu'ils sont mésodontes ou mégadontes, car ils sont répartis à peu près également dans les trois catégories. Jaunes : 171 sujets : 30,4 % de microdontes, 37,4 % de mésodontes, 32,1 % de mégadontes. Noirs : 335 sujets : 33,1 % de microdontes, 32,8 % de mésodontes, 34 % de mégadontes. A mon avis, on peut voir les différentes races humaines comme situées, en ce qui concerne les dents, sur une ligne évolutive, les Noirs primitifs étant à la base et les Blancs au sommet. Entre ces deux extrêmes, les Jaunes et les autres Noirs seraient en pleine évolution, en pleine transformation, aucune catégorie ne prédominant vraiment sur l'autre.

En étudiant la répartition des divers pourcentages, les différentes races humaines se rangeraient dans l'ordre suivant en partant de la base : Noirs d'Océanie, Jaunes d'Asie, Jaunes d'Amérique, Noirs d'Afrique, Blancs d'Afrique, Blancs d'Europe. Les Noirs d'Afrique ont peut-être une place anormale due au grand développement de la base du crâne signalé par FLOWER, ce qui prouve que cet indice laisse à désirer. Mais il met tout de même en évidence avec assez de netteté, une évolution sensible des races

(1) FLOWER (W. H.), On the size of the teeth as a character of race. — *The Journal of the Anthropological Institute*, vol. XIV, 1885.

les plus primitives vers les supérieures. C'est pourquoi je pense qu'il peut être conservé malgré l'impossibilité dans laquelle on se trouve d'y apporter une correction. Toutes les races étant mégadontes pour la mâchoire inférieure si on applique à celle-ci la classification de FLOWER, j'ai proposé pour les indices de cette mâchoire une nouvelle classification qui permet d'obtenir des résultats comparables à ceux qu'on obtient pour la mâchoire supérieure :

microdontes : jusqu'à 44,9,
mésodontes : de 45 à 47,9,
mégadontes : 48 et au-dessus.

J'ajouterai qu'ayant mesuré des côtés droits et gauches, j'ai trouvé une légère supériorité de longueur à droite dans l'ensemble et qu'ayant fait la détermination des sexes pour quelques groupes, j'ai obtenu un indice supérieur pour les femmes, ce qu'obtiennent également FLOWER et DE TERRA.

IBRAHIM GEBARA, Prosecteur à la Faculté Française de Médecine de Beyrouth. — *Sur quelques indices de longueur et de largeur des mandibules humaines.*

L'anthropologie de la mâchoire inférieure a donné lieu à beaucoup de travaux qui sont loin d'être concluants, car les techniques employées diffèrent les unes des autres.

Nous avons repris la question sur les indications du Professeur VALLOIS, et nous avons fait une étude sur 20 séries de crânes de races différentes, chaque série comprenant 20 crânes.

Nous avons mesuré la longueur mandibulaire,
la largeur bicondylienne,
la largeur bigoniaque,

et partant des chiffres obtenus, nous avons calculé deux indices qui nous ont permis d'avoir une idée d'ensemble de la forme de la mâchoire :

$$\text{Indice longueur-largeur} : \frac{\text{longueur mandibulaire} \times 100}{\text{largeur bicondylienne}}$$

$$\text{Indice des largeurs} \ldots\ldots : \frac{\text{largeur bigoniaque} \times 100}{\text{largeur bicondylienne}}$$

En dressant un tableau suivant la classification raciale des séries mesurées, nous avons été amené à étudier quatre groupes importants :

les Blancs,
les Noirs,
les Jaunes d'Asie et d'Océanie,
et les Jaunes d'Amérique.

L'examen de la première série montre que l'indice longueur-largeur pour les Européens varie entre 88 et 90, mais qu'il monte brusquement chez les Africains. Il s'ensuit que ces derniers ont la mâchoire plus étroite au niveau des condyles.

Quant aux Noirs, ils ont un indice longueur-largeur plus grand que celui des Blancs. Ce qui veut dire que la largeur bicondylienne est relativement plus faible. L'indice des largeurs étant plus petit, il en résulte une forte diminution de la largeur bigoniaque.

Chez les Jaunes, c'est l'inverse de ce qui précède.

Chez les Indiens, les deux indices sont les plus faibles, exception faite des Esquimaux, en ce qui concerne leur 2e indice, car ils ont la mâchoire très large au niveau des angles.

Notre étude augmente d'intérêt dès que nous passons à une étude comparative de l'Homme actuel, des Hommes préhistoriques et des Anthropoïdes. L'étude des indices des mâchoires humaines les plus anciennes montre que ces mâchoires étaient plus longues que celle de l'Homme actuel, mais beaucoup plus étroites au niveau des angles. La même constatation peut être faite chez les Anthropoïdes.

En définitive, il semble que la mâchoire des Anthropoïdes, très large au niveau des condyles, se rétrécit au niveau des angles. Chez l'Homme préhistorique, la 1re largeur augmente pour atteindre son maximum chez l'Homme actuel, tandis que chez ce dernier la largeur bigoniaque s'accroît légèrement.

A quoi pourrait-on attribuer cette modification progressive dans la forme de la mâchoire ? Serait-elle en rapport avec un facteur de mastication, ou bien serait-elle liée à l'évolution du langage articulé ? Aucune réponse précise ne peut être fournie en ce moment.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

28, *rue Serpente, Paris (VI^e^) - Tél. : Dan.* 93-13

Congrès de Biarritz, 18 au 23 septembre 1947

Depuis la libération, l'Association Française pour l'Avancement des Sciences a repris une activité conforme au rôle qu'elle doit jouer dans la période actuelle. Après les Congrès de Paris, en 1945, et de Nice, en 1946, dont la réussite a été complète, elle tiendra ses assises cette année, à Biarritz, du 18 au 23 septembre. Ce Congrès sera présidé par M. FAGE, Membre de l'Institut, Professeur au Muséum National d'Histoire Naturelle, et nous sommes certains qu'il connaîtra également un grand succès.

Nous vous invitons à y assister.

Le but de notre Association et de ses Congrès est d'établir des contacts entre chercheurs appartenant à des disciplines différentes et de mettre au courant les spécialistes d'une branche scientifique des progrès réalisés dans les domaines qui ne font pas l'objet de leurs préoccupations habituelles. Des questions sont mises à l'ordre du jour de nos 26 sections, mais toutes communications, en dehors de ces questions, seront également accueillies.

PROGRAMME PROVISOIRE DU CONGRÈS

JEUDI 18 SEPTEMBRE. — *A 10 h.*, séance solennelle inaugurale.

Après-midi : Conférences inter-sections. Une conférence générale. Réception.

VENDREDI 19 SEPTEMBRE et SAMEDI 20 SEPTEMBRE. — *Matin* : Travaux des Sections.

Après-midi : Conférences inter-sections et générales.

Le soir : Banquet et excursion dans les environs de Biarritz.

DIMANCHE 21 SEPTEMBRE. — Suspension des travaux du Congrès. *Excursion Générale.* Un grand circuit est organisé par Bayonne, Dax et Hossegor. Le matin, arrêts prévus aux forages de pétrole de Saubrigues, aux mines de lignites de St-Lon, aux Thermes de Dax. Réception et visite. Départ par la forêt et les marais landais, déjeuner à Hossegor où le Syndicat d'Initiative vous invite à passer l'après-midi. Tour du lac marin, visite du Parc sylvestre et du Musée forestier. Fête au sporting. Retour à Biarritz vers 19 heures. Soirée libre (prix 600 francs environ).

LUNDI 22 SEPTEMBRE. — *Matin* : travaux des sections. *Après-midi* : Conférences inter-sections. *Soirée* organisée par le Comité local.

MARDI 23 SEPTEMBRE. — *Matin* : fin des travaux des sections. *Après-midi* : séance de clôture et Assemblée Générale. Conférence.

* * *

Une excursion finale de trois jours est organisée à la suite du Congrès, vers les Pyrénées. Départ le mercredi 24 septembre.

Premier jour. — Le pays basque, Mauléon, Les Eaux-Bonnes, col d'Aubisque, Arrens, Argelès, Lourdes.

Deuxième jour. — Luz, Saint-Sauveur, Gavarnie, Barèges, les cols du Tourmalet, d'Aspin et de Peyresourde, Luchon.

Troisième jour. — Saint-Bertrand-de-Comminges, Saint-Gaudens (visite des puits de pétrole), Lannemezan, Tarbes et Pau. (Prix : 5.000 francs environ, tous frais compris).

Des voyages forfaitaires, ainsi que des prix de séjour pour la durée du Congrès seront proposés aux Congressistes. Une réduction de 20 % sur les voyages est accordée par la S. N. C. F.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat de l'Association, 28, rue Serpente, Paris (VI[e]).

25[e] SECTION DE l'A. F. A. S. — *(ODONTOLOGIE)*

Le Comité exécutif rappelle que pour participer au Congrès de Biarritz, il faut être membre de l'A. F. A. S.

Les confrères désireux de présenter des travaux ou d'assister aux séances, sont priés de se faire inscrire dès maintenant.

Pour renseignements et inscription, s'adresser à M. WALLIS-DAVY, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris (9[e]).

SEMAINE ODONTOLOGIQUE

57[e] Congrès Dentaire

La Confédération Nationale des Syndicats Dentaires reprend, après huit années d'interruption, la tradition des *Semaines Odontologiques* qui eurent tant de succès dans le passé.

La *Semaine Odontologique* (57[e] Congrès Dentaire), aura lieu du 22 au 28 septembre 1947, à Paris, au Parc des Expositions de la Porte de Versailles, Salle des Congrès.

Le Comité d'Organisation a prévu des démonstrations et des conférences scientifiques, des Assemblées générales professionnelles et syndicales et une *grande exposition* du matériel et des produits dentaires.

Dès maintenant, tous les praticiens sont invités à prendre leurs dispositions pour assister à la Semaine Odontologique.

Le programme détaillé sera communiqué ultérieurement.

Des réductions de circulation en chemin de fer sont prévues.

SYNDICAT DES JOURNAUX DENTAIRES

Paris, le 31 juillet 1947.

Monsieur le Directeur et cher Confrère,

Un certain nombre de Journaux dentaires nous demande de faire revivre le *Syndicat de la Presse Professionnelle* qui a cessé toute activité depuis juillet 1939.

En ma qualité de Président de cette époque, j'ai accepté d'organiser une assemblée extraordinaire au cours de la prochaine *Semaine Odontologique*, le MARDI 23 SEPTEMBRE 1947, à 17 heures, au Palais des Expositions, porte de Versailles.

J'ose espérer, mon cher Directeur, que la reconstitution du Syndicat des Journaux dentaires ne vous laissera pas indifférent et que vous aurez à cœur d'assister à cette réunion avec un de vos collègues, ou de vous y faire représenter.

Le Président de 1939 : H. VILLAIN.

ORDRE DU JOUR :

1° Correspondance ;
2° Rapport du Président sortant ;
3° Reconstitution du Syndicat ;
4° Statut et Règlement intérieur ;
5° Questions diverses.

BULLETIN
de l'Association Générale des Dentistes de France

PROPHYLAXIE ET HYGIÈNE SONT A L'ORDRE DU JOUR

La tendance générale de la médecine actuelle est orientée vers la préservation des maladies.

Les laboratoires étudient chaque jour de nouveaux vaccins préventifs, les préceptes d'hygiène sont diffusés, on pourrait dire à jet continu, et nos gouvernants élaborent et publient lois, décrets, arrêtés et règlements pour l'hygiène sociale, collective et individuelle.

Cette orientation des idées médicales s'est, bien entendu, étendue au secteur dentaire et, après avoir depuis nombre d'années, étudié et mis au point les traitements pour combattre les affections de la pathologie buccale, on envisage de plus en plus les moyens à mettre en œuvre pour en éviter la genèse et la propagation. Il ne se tient pas une séance de réunion scientifique professionnelle sans que soient évoquées l'étiologie de la carie dentaire, la prophylaxie des malformations maxillo-faciales, etc...

Nous avons, dans un précédent numéro (mai 1947), publié et commenté un des derniers arrêtés du Ministre de l'Education Nationale instituant, pour les enfants d'âge scolaire, une « *visite de dépistage des affections bucco-dentaires au cours de leur sixième année* », c'est-à-dire avant l'entrée à l'Ecole Primaire ; les sociétés professionnelles ont étudié ces mois derniers les modalités de l'application de cet arrêté ; malgré les critiques auxquelles ont donné lieu certains articles, ces visites de dépistage pourront, d'une façon générale, être effectuées pour la rentrée d'octobre. Et comme, bien entendu, l'Administration n'est jamais en avance pour la réalisation des mesures qu'elle édicte, nous pouvons intéresser nos confrères, futurs inspecteurs dentaires, en publiant la fiche qu'ils devront remplir à cet effet.

Mais, si cela s'adresse tout spécialement aux praticiens, un autre événement est venu récompenser, si l'on peut dire, les efforts poursuivis depuis près de 30 ans par le Comité National d'Hygiène Bucco-Dentaire.

Du 19 au 30 juin, s'est tenu à Paris, à la Faculté de Médecine, un Congrès d'Hygiène Scolaire et Universitaire, ayant pour but de documenter les professeurs et instituteurs sur les questions de l'hygiène à appliquer aux enfants fréquentant les écoles.

De multiples rapports avaient été demandés au préalable aux hygiénistes qualifiés, réunis en un important volume distribué à tous les Congressistes, et ces rapports furent, au cours des séances, présentés et commentés par leurs auteurs.

Une victoire : Le Comité National d'Hygiène Bucco-Dentaire fut la consécration d'une matinée entière à l'exposé des rapports sur les questions dentaires. Nous eumes la satisfaction d'entendre le Professeur DECHAUME traiter : de la carie dentaire chez les enfants, des problèmes que pose, pour nous praticiens, le nombre de ces nouveaux jeunes clients, des méthodes de traitement plus accéléré pour diminuer le nombre des séances, et de la participation de la Sécurité Sociale à ces soins infantiles, qui doivent, à l'avenir, alléger les remboursements de frais de prothèse dentaire.

Il répondit à l'exemple cité par un orateur des « dental hygenist »

MINISTÈRE DE
L'ÉDUCATION NATIONALE

DIRECTION DE
L'HYGIÈNE SCOLAIRE
ET UNIVERSITAIRE

CENTRE MÉDICO-SCOLAIRE

de _____

Numéro d'inscription au centre.

NOM et prénoms : _____

Date et lieu de naissance : _____

ÉCOLE : _____
(Adresse complète.)

Numéro d'immatriculation à la sécurité sociale.

INSPECTION DENTAIRE SCOLAIRE

(Arrêté du 1er mars 1947)

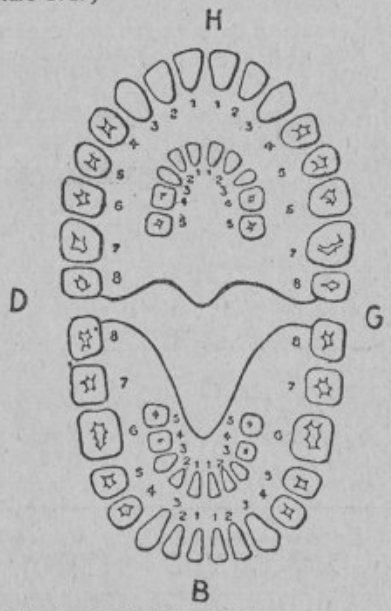
DIAGNOSTIC

Chiffre à porter en regard de la dent correspondante du schéma.

1. Carie de la dentine.
2. Pulpite.
3. Gangrène pulpaire ou infection apicale.
4. Récidive de carie de la dentine.
5. Récidive avec atteinte pulpaire.
6. Malposition dentaire ou malformation maxillaire.
7. Autres affections.
8. Dent obturée.
9. Dent extraite.
10. Dent à extraire.

Articulé normal
ou
Articulé anormal.

(Souligner la mention utile.)



CONSEILS DE L'INSPECTEUR DENTAIRE

_____

_____

_____

_____

A _____, le _____ Signature :

_____

Si cette inspection a permis de découvrir des caries dentaires, il faut envisager de faire immédiatement traiter les dents malades afin d'éviter toute aggravation et toute répercussion sur la santé de l'enfant. Les suites à donner sont indiquées au verso.

Fiche à conserver par la famille et à présenter par l'élève à chaque inspection dentaire scolaire.

POUR LES SOINS :

— Adressez-vous à un spécialiste (médecin-stomatologiste ou chirurgien-dentiste) de votre choix ou à un centre de soins.

— Si vous êtes assuré social, passez d'abord à votre caisse de Sécurité Sociale qui vous donnera une feuille de soins à titre remboursable.

— Si vous bénéficiez de l'assistance médicale gratuite, demandez d'abord à la mairie une feuille de soins.

— Si vous êtes embarrassés demandez conseil à l'adjointe d'hygiène scolaire, au centre médico-scolaire.

— Si vous le désirez, ou si vous n'avez pas donné suite, l'adjointe d'hygiène scolaire se chargera des suites à donner.

— Faites noter au bas de la page le résultat de la consultation dentaire et inscrivez vos remarques, en demandant, si vous n'avez pu le faire vous-même, que votre enfant soit conduit par les soins du centre médico-scolaire dans un centre de soins ou chez un spécialiste (médecin stomatologiste ou chirurgien-dentiste) dont vous voudrez bien indiquer le nom ci-dessous.

REMARQUES DES PARENTS :

_____

_____

_____

_____

A _____, le _____

Signature :

Nom et Adresse du spécialiste traitant ou du centre de soins.	Indications des soins donnés Obturation simple, Pulpectomie, Extraction, etc...	Dates

Pour que votre enfant conserve de belles et bonnes dents, faites-les lui nettoyer tous les soirs ou tous les matins avec une brosse à dents et un peu de dentifrice, puis rincer avec de l'eau fraiche.

des dispensaires dentaires en U. S. A., pour protester contre la copie servile d'une telle organisation en France, chaque pays ayant des habitudes et une psychologie particulières à respecter.

Le Dr NESPOULOUS préconisa le dépistage précoce à l'âge pré-scolaire.

M. BESOMBES attira l'attention des pédagogues sur les malformations maxillo-dento-faciales de leurs jeunes élèves, révélées par des troubles de la respiration et de l'élocution, l'intérêt à cet âge de conseiller l'examen par un dentiste orthodontiste et l'institution d'un traitement médical ou prothétique aussi précoce que possible pour corriger les anomalies existantes et éviter leur aggravation, préjudiciables qu'elles sont au développement physique et souvent intellectuel des enfants.

Mlle GALLIOT donna des explications sur la visite de dépistage ordonnée par l'arrêté du Ministre de l'Education Nationale, du 1er mars 1947 ; elle commenta les annotations prévues sur la fiche du modèle adopté par le Ministre de l'Education Nationale et insista sur les conseils destinés aux parents, notés au verso de la fiche.

Puis des confrères étrangers : M. BRABINGTON-PERRY (Angleterre), M. le Prof. FRANCHETTI (Italie), M. le Dr BRAUN (Suisse) — car ce Congrès comportait une participation internationale — parlèrent de la réalisation de l'Hygiène Dentaire Scolaire dans leurs pays, donnant les résultats très probants obtenus par certaines organisations locales fonctionnant déjà depuis plusieurs années.

La conclusion de ces discussions est que les dentistes français doivent aborder résolument ce problème qui déroute certainement leurs habitudes acquises. L'heure n'est plus aux extractions dans un but prothétique ; d'ailleurs une nouvelle nomenclature est à l'étude pour le remboursement des actes dentaires par la Sécurité Sociale, dans laquelle on envisage une revalorisation des soins avec diminution correspondante des appareils de prothèse — tendance qui est depuis longtemps nôtre à l'*Association Générale des Dentistes de France* : « Prophylaxie et Hygiène sont bien actuellement à l'ordre du jour ».

Dr A. AUDY.

DERNIÈRE HEURE

Nous lisons au *J. O.* du 27 juin le décret ci-dessous :

Décret N° 47.1155 *du* 26 *juin* 1947, *complétant le décret du* 24 *février* 1947, *portant diminution générale des prix.*

Article premier. — L'article 56 du décret susvisé du 24 février 1947 est complété comme suit :

« à l'exception des honoraires et frais accessoires déterminés conformément « aux dispositions de l'Ordonnance N° 45-2154, du 19 octobre 1945. »

Nous reviendrons, dans un prochain numéro, sur la satisfaction ainsi donnée aux professions médicales.

Dr A. AUDY.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

MISE AU POINT

Le rapport sur la revendication des mécaniciens en prothèse dentaire, présenté au nom de l'Ecole Odontotechnique et de l'École Dentaire de Paris, par M. FOURQUET, paru dans *L'Odontologie* du 31 mai 1947, critiquait un projet de loi déposé comme il est spécifié dans l'article « par un *groupe de mécaniciens en prothèse dentaire* ».

Le Président de la Fédération Nationale de la Prothèse Dentaire, M. DAREAU, nous précise que « les façonniers » sont groupés syndicalement à la Fédération Nationale de la Prothèse Dentaire et que cet organisme n'a pas été consulté, pour la rédaction de ces rapports, par le groupement des mécaniciens qui les a présentés.

Nous sommes parfaitement d'accord à ce sujet et donnons très volontiers acte à M. DAREAU de son observation.

LA RÉDACTION.

LA BOITE AUX LETTRES

T. M., Paris.

L'échec de vos *tentatives de descellement d'éléments en porcelaine sur appareil en or* est certainement dû au parfait ajustage de ces éléments sur leur base. La dissolution du ciment de scellement par l'acide chlorydrique ne peut se faire si la coaptation des pièces est intime.

Nous vous conseillons vivement de favoriser les infiltrations d'acide en utilisant les effets de contraction et dilatation apportés par des écarts de température sur des substances de nature différente.

En l'espèce, il s'agit de faire bouillir l'acide chlorydrique avec l'appareil ; laisser refroidir le tout ensemble et recommencer.

Cela peut durer longtemps (plusieurs jours) mais le descellement est au bout.

A ce propos la technique du scellement au soufre de nos prédécesseurs pourrait heureusement être réinventée. H. L.

AIDE IMMÉDIATE EN CAS DE DÉCÈS

Caisse d'entr'aide distribuant sans aucune formalité, immédiatement après le décès du sociétaire, une somme qui dépasse actuellement 25.000 francs.

L'âge limite d'entrée est fixé à 45 ans.

Pour renseignements, s'adresser au Trésor.er : M. Fontanel, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris (9e).

NOUVELLES

Légion d'Honneur. — Nous avons le plaisir d'annoncer la promotion au grade de Grand Officier de la Légion d'Honneur de M. le Médecin Général Inspecteur Gay-Bonnet.

Une réunion a eu lieu, à cet effet, le mercredi 2 juillet, au Cercle Militaire, sur l'initiative de l'Amicale des Dentistes des Armées de Terre, de Mer et de l'Air de la première Région. L'Ecole Dentaire de Paris était représentée par un certain nombre de confrères, dont MM. le Dr Délibéros, H. Villain et Wallis-Davy, membres du Conseil d'Administration.

L'Ecole Dentaire de Paris présente ses bien sincères félicitations à M. le Médecin Général Inspecteur Gay-Bonnet qui, au cours de sa longue carrière, a toujours été un chef compréhensif et courtois.

* * *

Le Médecin-Lieutenant-Colonel Georges Beltrami, Professeur à la Faculté de Médecine de Marseille, vient d'être promu Officier de la Légion d'Honneur *pour services de guerre exceptionnels.*

M. le Prof. Beltrami, qui s'est vu attribuer récemment la Médaille de la Résistance, reçoit la Croix de Guerre avec Palme.

Nous lui adressons nos plus vives félicitations.

Nominations. — Nous avons le plaisir d'annoncer que MM. Paul Housset et Henri Villain ont été nommés Experts près la Cour d'Appel de Paris et le Tribunal de première instance de la Seine, à dater du 20 juin 1947.

NOUVEAUX JOURNAUX DENTAIRES. — L'Ecole Dentaire de Paris a reçu un exemplaire numéroté hors tirage du premier numéro d'une nouvelle revue : *Actualités Odonto-Stomatologiques*, éditée par l'Association d'Enseignement Odonto-Stomatologique à l'Hôpital. Cette revue doit paraître quatre fois par an ; le premier numéro comprend une centaine de pages avec six articles originaux.

Nous faisons des vœux pour que nos confrères puissent poursuivre leur publication susceptible, à l'étranger, de faire honneur à l'édition française.

Le Directeur est M. le Dr Pierre Cernéa, Stomatologiste des Hôpitaux, fils de M. Jean Cernéa, professeur honoraire à l'Ecole Dentaire de Paris.

Le Rédacteur en Chef est M. René Rigolet, professeur suppléant à l'Ecole Dentaire de Paris.

* * *

Nous avons reçu le premier numéro de la revue *Art Dentaire* ; luxueuse présentation sur papier couché, abondamment illustrée.

Le but que se propose la nouvelle revue est à la fois d'instruire par des articles professionnels, et de distraire par des rubriques diverses, littéraires, artistiques, cinématographiques, etc...

Destinée à être largement diffusée à l'étranger, cette nouvelle revue fera, par sa belle présentation, honneur à l'impression française. Nous faisons des vœux pour son succès.

Le Directeur est M. Jean Boursier, le Rédacteur en Chef est M. Jean Farran.

CORPS EXPÉDITIONNAIRE D'EXTRÊME-ORIENT. — On nous fait savoir que les chirurgiens-dentistes désireux de contracter un engagement de 18 mois au titre du Service de Santé des Troupes Françaises d'Extrême-Orient, peuvent adresser toute demande de renseignements

au Ministère de la Guerre (Direction des Troupes Coloniales, Service de Santé).

Seuls, les chirurgiens-dentistes de nationalité française sont admis à contracter cet engagement.

Le grade d'assimilation attribué aux engagés correspond à celui de dentiste capitaine.

Ministère de la Guerre, Direction des Troupes Coloniales, Service de Santé, 231, boulevard Saint-Germain, bâtiment neuf, 3e étage, pièce No 3.009 (téléph. : Inv. 68.70, poste 386).

Le Comité des XXIes Journées Dentaires de Paris, nous communique la note suivante : Confrères, avant de partir en vacances, n'oubliez pas d'inscrire cette date : *XXIes Journées Dentaires de Paris* (anciennes Journées Dentaires Franco-Belges), 26 au 30 novembre 1947, dans les locaux de l'Ecole Odontotechnique de Paris, 5, rue Garancière, Paris (6e).

Mariages. — Le mariage de M. Pierre Illes, chirurgien-dentiste, avec Mlle Jacqueline Noël, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, démonstratrice à l'Ecole Dentaire de Paris, a eu lieu le 17 juillet 1947, au Chesnay (S.-et-O.).

Le mariage de M. François Le Berre avec Mlle Lucienne Serre, étudiante en chirurgie dentaire à l'Ecole Dentaire de Paris, a eu lieu le 11 juillet 1947, à Paris.

Nos félicitations et vœux de bonheur.

Naissances. — M. Maxime Torterat, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, et Mme, nous ont fait part de la naissance de leur fille Dominique, le 26 avril 1947.

M. et Mme de Croizant, née Ranson, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, nous ont annoncé la naissance de leur fille, Odile, le 14 juin 1947.

Françoise Bariod, fille de M. et Mme Bariod, chirurgiens-dentistes, membres de notre Groupement, nous a fait part de la naissance de son frère Pierre, le 19 juin 1947.

M. Armand Elbaz, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, et Mme, nous ont fait part de la naissance de leur fille Martine, le 27 mai 1947.

Nos sincères félicitations.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

CONSIDÉRATIONS SUR LES ÉTUDES DENTAIRES (1)

COMENTARIO SOBRE LA REFORMA DE LOS ESTUDIOS | COMMENTS ON THE REFORM OF STUDIES

Par P. HOUSSET,

Directeur de l'Ecole Dentaire de Paris.

616.314 (07)

I

On ne peut considérer le développement ou la réforme d'un programme d'études sans reviser préalablement la structure des connaissances de base.

La modification réalisée, selon les progrès scientifiques de l'époque et les obligations professionnelles qui en découlent, on peut alors déterminer la répartition des matières et la durée du labeur avec la préoccupation d'en assurer l'assimilation effective, sans surmenage des élèves au détriment d'une santé trop souvent menacée.

Mais, pour les études dentaires, il était essentiel de reprendre cette conception élémentaire que c'est le cerveau qui doit commander la main et qu'il n'est pas plus souhaitable, dans notre profession et de nos jours, d'être un intellectuel sans habileté manuelle qu'un artisan de grande dextérité, sans connaissances scientifiques.

L'un des exemples d'une opposition que rien ne justifiait fut la création d'un stage de deux années qui avait pour but principal de développer l'habileté manuelle ; par un entraînement intensif, on tentait de faire saisir aux étudiants le « comment » de leur ac-

(1) Ces considérations s'adressaient aux étudiants (1944).

tion, mais sans chercher à leur en faire comprendre préalablement le « pourquoi ».

On a mis, pour deux ans, devant une cheville, des jeunes bacheliers dont l'esprit était entraîné à l'assimilation de connaissances théoriques ; pendant près de 36 heures par semaine, on leur a demandé de limer, de scier, de meuler, de tailler et les connaissances théoriques ne leur étaient apportées que beaucoup plus tard.

Si, dès le début, des cours de physique et de chimie furent créés, par contre l'enseignement de la prothèse était à peu près inexistant et l'on ne consentait à le désigner que sous le terme restrictif de « leçons techniques ».

Au surplus, l'entraînement manuel comportait l'exécution de certains appareils si définitivement imposés que, quelle que fut l'évolution scientifique, les maîtres et les élèves étaient enfermés — et nous le sommes toujours — dans le cadre rigide des programmes d'examen.

Ainsi, les étudiants construisent encore au stage des prothèses dont certaines sont considérées depuis quinze ans comme particulièrement dangereuses pour l'intégrité des tissus !

Dès le début, et tout en respectant les programmes d'examen, j'ai tenté de réagir contre cette forme d'enseignement où le travail manuel l'emportait de loin sur le travail intellectuel et j'ai voulu faire donner la connaissance théorique avant que les mains exécutent.

Il y a vingt ans que l'enseignement théorique de la prothèse a réellement commencé en première année de stage et non plus en première année de scolarité. Le Directeur de ce moment, notre regretté Georges VILLAIN, a bien voulu admettre ma conception et modifier notre double enseignement. C'était un premier point marqué contre ce que j'appelais, dès ce moment, « *la coupure intellectuelle du stage* », terme qui a paru si juste à ceux qui se sont penchés sur les études dentaires qu'ils l'ont tous repris.

Et peu à peu, les études théoriques se sont améliorées ; un jour viendra, j'en suis sûr, où les progrès réalisés par nos Ecoles, alors qu'elles ne pouvaient s'évader du cadre originel, feront enfin craquer celui-ci ; l'enseignement pourra débuter et se poursuivre dans un cycle de cinq années d'études par un enchaînement rationnel ; cet équilibre, nous sommes bien près de l'atteindre malgré les défauts de structure que nous devons encore subir.

Les améliorations apportées depuis quelques années nous permettent de dire que si le stage, dans son organisation officielle,

est encore une entrave sérieuse, il ne représente heureusement plus une coupure intellectuelle dans les écoles où la préoccupation de donner un enseignement correcte existe.

La *prothèse fondamentale*, base de toutes les technologies (le « pourquoi » de nos interventions ou de nos techniques) comporte maintenant, en première année de stage, la *bio-morphologie*, c'est-à-dire l'étude de la forme vivante dans le sens fonctionnel : quelle fonction cette forme permet-elle ? quel est le rôle de cette courbure, de ce sillon, etc..., ceci à la base même de tous nos travaux.

Connaître la genèse des formes, les situer dans des plans, y figurer des axes, y admettre des faces, certes, mais strictement en vue de la fonction. Vous comprendrez ainsi les transpositions qui peuvent servir le jeu physiologique, vous comprendrez qu'il existe, dans les formes, des éléments de base dont la négligence de reconstitution ne permet plus d'espérer la moindre réussite.

En deuxième année de stage se place la *bio-mécanique*, non seulement le mécanisme dentaire humain dans son jeu parfait, mais toutes les perturbations de l'équilibre et les réadaptations qu'il peut présenter, avec ou sans l'action, favorable ou défavorable, des appareils de prothèse. La belle présentation, l'heureuse finition de ces derniers n'est rien s'ils ne s'adaptent *convenablement à la physiologie articulaire et s'ils ne respectent pas l'intégrité tissulaire.*

Dans les cours de prothèse, on étudiait bien les métaux, leur extraction et leur préparation, c'est-à-dire la *métallurgie* ; on étudiait peu ou pas leur structure microscopique, selon leurs états, ce qui, par définition dans le sens actuel, est la *métallographie.*

Mais cette étude des métaux s'est révélée si importante, si complexe dans leurs combinaisons et dans les réactions buccales, qu'il a fallu en faire un *enseignement particulier* quant à *la science de leur emploi* et c'est la MÉTALLOTECHNIE, en étroite liaison avec la prothèse. Celle-ci exprime ses besoins d'après ses principes, la métallotechnie y répond et fait aussi prévoir les causes d'échec.

L'emploi des métaux ne peut dépendre que de considérations scientifiques et non plus d'une mode ou d'une fausse esthétique. La pénurie actuelle a fait rechercher des métaux de remplacement ; par obligation, on utilise moins l'or, mais en définitive, les recherches montrent que l'or et surtout les alliages d'or et de palladium, sont les métaux nobles qui conviennent, les seuls qui échappent réellement à la corrosion ; la toxicité générale et la cyto-toxicité font écarter les alliages de remplacement, l'acier inoxydable lui-même n'a que des indications limitées.

L'étude de *l'anatomie dentaire* était prévue dans les programmes du stage dès le début, et vous ne sauriez trop l'approfondir ; mais la plus grande difficulté, pour notre exercice professionnel, c'est le travail dans « *le minuscule* ».

Sur de petits organes, comme les dents, nous traitons de petites régions, parfois difficiles à contrôler et leur aspect macroscopique est bien incomplet ou bien trompeur.

L'anatomie dentaire n'est rien sans l'étude de *l'histologie*, générale pour les éléments de base, dentaire pour la représentation constante à nos yeux de la structure intime des tissus. Nous acquerrons ainsi ce *sens du minuscule* qui nous rendra plus précis et plus exigeant quand nous aurons joint à l'étude de l'histologie celle de *l'anatomie pathologique*, plus tardive à connaître puisqu'il faut avoir quelques notions en biologie et en pathologie pour bien la comprendre.

Si l'on développe ainsi la connaissance des matières de base, est-il possible de laisser de côté cette science qui englobe la plupart des autres, celle de l'observation et de la compréhension des phénomènes de la vie.

Cette lacune n'existe plus : depuis cette année (1), vous avez un cours de *biologie* placé au début du cycle scolaire et c'est une haute personnalité qui a accepté d'éveiller votre esprit à cette grande science de base. La biologie vous fera mieux comprendre l'anatomie, l'histologie, la bactériologie, etc..., et vous constaterez qu'avec une autre matière, elle formera le *double support de votre Profession*.

Qu'il me soit permis de remercier profondément, au nom de nos deux Ecoles, M. le Recteur de l'Université et M. le Secrétaire général du Palais de la Découverte, de nous avoir donné l'hospitalité pour les nouveaux cours de Biologie et de Mécanique. Nos jeunes élèves ont reçu, en commençant ces études, l'encouragement le plus élevé qu'ils aient pu espérer (1).

Les programmes de *Physique et de Chimie* ont besoin d'être adaptés aux progrès incessants de ces matières, dont vous savez la part toujours plus importante qu'elles prennent en médecine.

Il importe aussi que l'étude de la chimie soit celle de ses trois parties essentielles : minérale, organique et biologique et que pour la Physique comme pour la Chimie, l'application professionnelle soit plus directe, que nous ayons une physique et une chimie bucco-dentaires comme existent une Physique et une Chimie médicales.

(1) 1944.

Mais dans la physique même, une subdivision importante mérite une place très large. Je suis persuadé que bien des problèmes de notre profession eussent été élucidés si nous avions eu des connaissances plus précises en mécanique. Il ne suffit pas d'apprendre quelques définitions ou quelques lois, il faut que le praticien de l'avenir, dans la construction qu'il doit concevoir, soit à même d'appliquer quelques théorèmes et les chercheurs n'iront loin que par une formation suffisante dans ce sens.

Il ne s'agit pas de trop approfondir la mécanique rationnelle, celle que doit connaître l'ingénieur ; il n'en est pas moins vrai que des connaissances théoriques précises en mécanique vectorielle seront utiles à la compréhension des problèmes prothétiques, même pour ceux qui, ayant pu préparer un baccalauréat de mathématiques, ont déjà quelques notions à ce sujet.

« Somme toute, dans une certaine mesure, le praticien de « l'Art Dentaire doit être, dans sa formation première et pendant « tout le cours de l'exercice professionnnel, un *biologiste et un ingé-* « *nieur*.

« Voilà les deux pôles de notre profession. J'ai déjà donné « cette formule en 1931 dans un rapport général au Congrès Den- « taire Internations et j'ai toujours cherché à la réaliser dans « l'Enseignement. C'est chose faite. » (1)

Le programme officiel des Etudes ne situe l'examen d'*anatomie générale* et d'*anatomie de la tête et du cou* qu'en première année de scolarité, c'est-à-dire dans la troisième année d'études. Ainsi l'on a pu, pendant des années, décrire la position des dents dans une arcade, définir l'occlusion, parler des trajectoires articulaires, sans que les étudiants eussent la moindre idée de la forme et de la structure des maxillaires.

Certes, nous n'avons pas qualité pour modifier le programme des examens probatoires, mais nous pouvons admettre que l'anatomie ne s'apprend pas en un an. Nous avons jugé bon de faire commencer l'étude de *l'ostéologie* en première année de stage, celle de *l'arthrologie* et de la *myologie* en deuxième année.

Ainsi, vous avez trois ans (2) pour acquérir des notions suffisantes d'anatomie générale, en développant à fond l'anatomie de la tête et du cou.

L'ostéologie accompagne l'anatomie dentaire et la bio-morphologie (première partie de la Prothèse fondamentale).

(1) C'est un acquis qu'il convient de protéger (1947).
(2) C'est trop, mais c'est l'examen d'anatomie qui est trop tardif.

L'arthrologie fait mieux comprendre la bio-mécanique (deuxième partie de la prothèse fondamentale) et toutes les répétitions inutiles ainsi écartées, il en résulte plus de facilité d'assimilation.

Quant à l'*anatomie comparée*, placée en deuxième année de stage, après l'étude de l'ostéologie humaine, elle fait mieux saisir l'évolution biologique de la denture.

En résumé, les études théoriques au stage comprennent :

1° Les *sciences générales préparatoires* : chimie, physique, mécanique, biologie, anatomie comparée (1) ;

2° Les *sciences fondamentales odonto-stomatologiques* :

a) La Prothèse fondamentale : bio-morphologie et bio-mécanique ;

b) La Métallotechnie ;

c) La Prothèse de laboratoire.

Ces trois matières, dont la conjonction forme un véritable triptyque, sont à la base des travaux pratiques et des travaux cliniques, qu'il s'agisse de prothèse proprement dite : partielle ou complète, fixe ou amovible ou de dentisterie, de prothèse maxillo-faciale, d'orthopédie dento-faciale, etc... Elles forment le trépied de toutes les technologies, simplifiées, clarifiées, par la connaissance initiale des principes communs et des lois générales ;

3° Une *science médicale préparatoire* : l'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie).

La deuxième phase des études théoriques, ainsi solidement étayée, comporte (2) les *sciences médicales* et les sciences *odonto-stomatologiques* qui vous armeront pour l'application pratique :

— Dans les travaux préparatoires du premier semestre de la première année de scolarité ;

— Dans les travaux cliniques de la fin de cette première scolarité et des deux années suivantes.

Si l'on doit convenir qu'un étudiant ne peut traiter au cours de ses études tous les cas — ou toutes les maladies — soit parce qu'ils ne se présenteront pas tous à son intervention, soit parce que certains seraient trop complexes ou trop délicats pour sa jeune

(1) En 1948, nous ajouterons quelques conférences de paléontologie et d'anthropologie. Elles serviront à la fois la culture générale de l'étudiant et la compréhension de l'évolution des dentures.

(2) Au cours des trois années dites — malheureusement — de scolarité.

expérience, vous voudrez bien admettre qu'il existe un certain nombre de travaux de base, *travaux fondamentaux*, que l'élève doit avoir exécutés s'il veut être digne du droit d'exercer et s'il ne veut pas être un danger pour la Santé publique.

Ces travaux fondamentaux exigent d'être très surveillés par les membres du Corps enseignant, dans le double intérêt du malade et de l'opérateur. Ils ne peuvent être exécutés méthodiquement que dans le plus grand ordre horaire.

A une époque où l'on commence enfin à comprendre la nécessité de développer les soins et l'hygiène dentaires, alors que l'éducation du public commence à s'effectuer et que les lois sociales ne peuvent plus éviter l'application généralisée de soins préventifs et curatifs, il importe que les élèves des Ecoles soient tous réellement instruits.

Seule la fréquentation clinique par alternance et par séries, comme elle existe d'ailleurs dans d'autres enseignements, permettra, en contrôlant son travail, de mieux former l'élève.

Mais si nous fixons un *nombre de séances obligatoires pour l'exécution des travaux fondamentaux*, variant avec la nature des cliniques ou les années de scolarité, nous maintiendrons, pendant la seconde période de l'année, des cliniques de fréquentation libre, de même que l'alternance permettra à l'étudiant d'avoir le temps de classer ses notes, de reviser ses cours, d'entreprendre quelques recherches personnelles, d'assurer aussi sa culture intellectuelle et sa culture corporelle.

Il convient, d'ailleurs, de remarquer que la création d'une *Prothèse fondamentale*, en groupant et en unifiant les principes, a singulièrement simplifié l'enseignement. Si, pour des cliniques qui étaient arbitraitement séparées, on constate à la base des *principes identiques*, il devient rationnel d'en poursuivre en commun l'étude théorique et l'application pratique.

Il fut un temps où l'on divisait la prothèse clinique en différentes parties absolument distinctes et cette division, vous la retrouvez encore dans certaines Ecoles en France ou à l'Etranger.

C'est ainsi que l'on pouvait étudier avec des professeurs différents qui n'avaient pas entre eux de liaison réelle : la prothèse fixe, la prothèse amovible, la prothèse partielle, la prothèse complète. Or, si *à la base des études on reconnaît l'importance d'une prothèse fondamentale qui donne tous les principes généraux d'ordre biologique et d'ordre mécanique*, on constate très vite que ces principes sont

exactement les mêmes pour toutes les variétés de prothèses. Ils ne diffèrent en réalité que par les modalités d'application.

On ne verra plus des spécialistes en pont fixe, des spécialistes en pont amovible, des spécialistes en appareils à plaque, qui sont souvent de bons artisans, mais qui ne sont pas des cliniciens.

Les différentes prothèses ne représentent que des moyens et non pas une fin ; elles dépendent uniquement de l'indication et de la contre-indication.

Après cet exemple, je n'insisterai pas sur la question des cliniques (1), je signalerai seulement le développement de la physiothérapie et de la radiographie. Sans cette dernière, le praticien est presqu'un aveugle.

Chargeant peu la dernière année en cours théoriques, nous demandons davantage d'applications pratiques. Nous considérons qu'en cinquième année, l'étudiant doit à peu près tout savoir de ce que nous voulons qu'il sache. Par contre, il doit développer son esprit clinique et son esprit critique ; il doit être capable de faire des interventions plus complexes ; il est presque le praticien diplômé, il doit surtout vérifier les connaissances théoriques qu'il a pu acquérir dans les quatre premières années.

Mais il existait une autre lacune : il ne faut pas que l'étudiant, lorsqu'il commencera l'âpre et ingrat exercice professionnel, l'un des plus durs et des plus difficiles, soit trop ignorant des conditions sociales et matérielles de son travail.

Il importe qu'en plus du cours de jurisprudence professionnelle, il puisse recevoir de ses anciens des conseils désintéressés et expérimentés.

Des conférences seront indispensables pour vous permettre, lorsque vous quitterez l'Ecole, d'être à même de vous installer, sans acquisitions inutiles, d'avoir avec votre clientèle, avec votre personnel, avec vos fournisseurs, les rapports qui conviennent à vos intérêts légitimes.

Croyez bien que si, pendant vos études, nous demandons sans cesse davantage à votre sens du devoir, si ce devoir professionnel nous voulons que vous le respectiez, c'est aussi pour vous permettre, dans un lourd avenir, de justifier honorablement vos droits.

---

(1) Les études odonto-stomatologiques et les cliniques seront considérées dans une suite.

COMMENTAIRES SUR LA RÉFORME DES ÉTUDES

II

Stage et Scolarité

Dans l'organisation actuelle, la période des deux premières années dite « Stage » ne comporte que des inconvénients :

a) *Programme du « Stage »*. — La détermination des études théoriques est incomplète et ne correspond plus aux nécessités de la formation professionnelle ni dans la composition ni dans l'ordonnance.

Le programme officiel est par contre trop impératif dans l'indication des travaux pratiques d'examen de validation. Il n'est pas tenu compte, par exemple, de l'évolution dans la conception scientifique des appareils prothétiques et les épreuves imposées sont caduques.

b) *Possibilité d'accomplir le stage chez certains praticiens*. — Le stagiaire ne peut y recevoir en prothèse que quelques indications d'ordre technique, d'une qualité très incertaine. Il exécute des travaux manuels mais la connaissance théorique de base ne lui est pas donnée.

Il apprend, en autodidacte, les autres matières : anatomie dentaire, physique, chimie, etc... Cette formation livresque insuffisante n'est même pas accompagnée des travaux de laboratoire indispensables.

c) *Le Stage dans les écoles*. — Sa qualité varie avec l'organisation de celles-ci. Dans les unes, l'enseignement est complet : les manipulations, les expériences suivent les cours et sont exécutées dans des laboratoires convenables, des travaux fondamentaux contrôlés sont exigés.

Dans d'autres écoles, l'enseignement théorique est incomplet ou même pour certaines matières inexistant et les travaux pratiques sont à peu près nuls : la fréquentation n'est même pas obligatoire.

Cependant, les élèves obtiennent presque toujours la transmission de leur dossier, elle suffit à leur permettre de se présenter, avec succès le plus souvent, aux examens trop élémentaires de la validation du stage.

d) *Scolarité* (3 *années*). — Pour les raisons précédentes, des étudiants commencent la période des trois années de scolarité avec une formation préparatoire médiocre.

Ils suivent difficilement l'enseignement et ne peuvent réellement progresser.

D'autre part, les examens de Faculté, les seuls qui assurent en définitive l'obtention du titre légal d'exercice professionnel, étant très faciles, certains élèves considèrent les *travaux d'école comme secondaires ou inutiles et ne les exécutent que si la discipline de l'établissement les y contraint*, non sans difficulté ou divergences d'interprétation des règlements.

Cependant, ce sont ces travaux d'ordre théorique et pratique qui conditionnent exclusivement la valeur de l'élève.

e) *Répartition des matières.* — Le programme de stage oblige à une mauvaise répartition et certaines matières sont enseignées trop tardivement : c'est ainsi que les différentes études, pathologiques, générales ou locales, ne prennent place que dans les deux dernières années scolaires, c'est-à-dire après plusieurs mois d'entraînement clinique.

La suppression du « Stage », quelle que soit l'organisation future, semble s'imposer, tout en maintenant cinq années d'enseignement.

Titres initiaux

Deux titres initiaux d'inscription ne devraient plus être valables :

Le Brevet supérieur de l'Enseignement primaire ;

Le Diplôme complémentaire de l'enseignement secondaire des jeunes filles.

Ces deux titres correspondent à des inégalités de formation, le second constitue un avantage injuste.

Il ne conviendrait de conserver que le titre de *Bachelier de l'enseignement secondaire* (1) (*les deux parties*) et les grades universitaires déjà admis (2) :

Titre d'agrégé de l'enseignement secondaire ;

Diplôme d'Etat de docteur en droit ;

Diplôme d'Etat de docteur ès-sciences ;

Diplôme d'Etat de docteur ès-lettres.

(1) Le baccalauréat de mathématiques élémentaires est le plus indiqué.
(2) Les mêmes titres initiaux que pour l'entrée dans les Facultés.

Programme proposé

Il est réparti dans un cycle de cinq années d'études régulières et homogènes.

Il ne comporte pas réellement de nouvelles matières : la biologie, la mécanique, l'anatomie pathologique générale et dentaire sont en effet enseignées depuis l'année scolaire 1944-1945 mais ne sont pas encore inscrites à un programme officiel d'Etat.

Son ordonnance permet l'étude plus précoce de certaines sciences préparatoires : l'anatomie, l'histologie, la bactériologie, etc... L'étude des différentes pathologies précède logiquement l'entrainement clinique.

Les étudiants fréquentaient irrégulièrement les cours libres, surtout ceux des deux dernières années ; il en était de même à la Faculté de Médecine (1).

Il est préférable que les cours soient plus nombreux dans les trois premières années et fixés dans la journée avant 17 heures.

En les rapprochant ainsi des travaux pratiques obligatoires, on obtient une plus grande assiduité.

* * *

Ce programme, présenté comme base d'étude de la réforme, est en réalité appliqué depuis plusieurs années à l'Ecole Dentaire de Paris, sa valeur effective a pu être appréciée. Elle se développerait par un meilleur aménagement.

PROGRAMME ET RÉPARTITION DES ÉTUDES DENTAIRES (2)
En 5 années scolaires (plan 1944-1947).

La suppression du « Stage » sans modifier la durée des études, permettrait la répartition homogène des matières et assurerait l'équilibre de l'effort intellectuel de l'étudiant.

---

(1) Une réelle assiduité est maintenant exigée à la Faculté de Médecine et il pourrait en être de même dans les écoles dentaires.

(2) Un premier programme a été inclus en 1944 dans le rapport du Dr HULIN à la Commission de réforme des études dentaires.

Ce deuxième programme, déposé à l'Université de Paris, quelques mois plus tard, représente une amélioration du précédent.

Le Dr DUCLOS, Directeur de l'Ecole Dentaire de Lyon a présenté en 1944 un programme dit plan de 5 ans.

Récemment confrontés, le programme de Paris et le programme de Lyon (plans de 5 ans) présentent des similitudes nombreuses dans leur conception. Il serait souhaitable qu'un plan unique résultât de leur fusion.

La diminution du nombre des intrications et des répétitions inévitables dans le système actuel, rendrait la tâche pédagogique plus facile et plus efficace.

* * *

Calcul des heures d'études théoriques et pratiques

de 9 h. à 12 h. = 3 h.
de 14 h. à 17 h. = 3 h. = 6 h. × 6 jours = 36 h. par semaine.

D'octobre à fin juin = 38 semaines (9 mois) ;

A déduire :

4 semaines (fêtes légales) = 34 semaines × 36 h. =	1.224 h.
3 heures de sport hebdomadaires = 34 s × 3 h. =	102 h.
	1.122 h.

Auxquelles il convient d'ajouter un nombre d'heures de cours de 17 à 19 heures : au maximum, 4 heures par semaine.

Le total horaire annuel ne semble pas pouvoir excéder 1.250 h.

Au delà le nombre d'heures paraît *excessif* (beaucoup plus élevé que dans les Facultés et les grandes écoles) et *dangereux* pour la santé des étudiants, empêchant d'autre part leur culture intellectuelle générale, leur culture corporelle ; nuisible même à une bonne révision des cours.

Actuellement, en raison des dates de la session d'octobre du baccalauréat, un grand nombre d'élèves ne commencent les travaux pratiques qu'en novembre.

Il en est de même pour les élèves en cours d'études refusés à la session de juin. Or les examens de fin d'année s'étendent du 20 mai à fin juin.

L'année scolaire est ainsi pratiquement réduite à moins de sept mois.

* * *

On remarquera dans le tableau récapitulatif (p. 427) la proportionnalité des matières divisées en trois catégories : sciences générales, sciences médicales, sciences odonto-stomatologiques ; l'importance horaire des cours théoriques au début, la progression au contraire des travaux cliniques avec le nombre des années.

PROPÉDEUTIQUE

SCIENCE DE BASE

Première année

Annexes			*Heures*	
			Théorie	*Pratique*
N° 1	Physique		40	30
N° 2	Mécanique générale		20	30
N° 3	Chimie		40	60
N° 4	Biologie		60	50
N° 5	Anatomie générale		30	72
N° 6	Anatomie et embryologie dentaires		30	50
N° 7	Prothèse fondamentale *a)* Bio-morphologie)	Bases des Technologies.	16	30
N° 8	Métallotechnie (Généralités)	Bases des Technologies.	25	40
N° 9	Prothèse de laboratoire		25	480
	Paléontologie Anthropologie		5	
			291	842
			1.133 heures.	

Deuxième année

Annexes			*Heures*	
			Théorie	*Pratique*
N° 1	Physique		30	20
N° 2	Mécanique appliquée		15	20
N° 3	Chimie		30	40
N° 10	Anatomie comparée		15	16
N° 5	Anatomie générale		30	30
N° 11	Physiologie générale		25	16
N° 12	Histologie générale		10	16
N° 13	Histologie dentaire		12	16
N° 14	Bactériologie		10	20
N° 19	Pathologie dentaire		10	10
N° 7	Prothèse fondamentale *b)* Bio-mécanique.	Bases des Technologies.	20	30
N° 8	Métallotechnie	Bases des Technologies.	20	40
N° 9	Prothèse de laboratoire	Bases des Technologies.	20	480
N° 27	Prothèse clinique élémentaire		10	30
N° 26	Dentisterie élémentaire		8	30
N° 40	Services hospitaliers de médecine et de chirurgie			50
			265	864
			1.129 heures.	

ENSEIGNEMENT CLINIQUE

Troisième année

Annexes		*Heures*	
		Théorie	*Pratique*
N° 14	Bactériologie	10	20
N° 15	Anatomo-pathologie générale	12	12
N° 16	Anatomo-pathologie dentaire	14	12
N° 17	Pathologie interne	20	30
N° 18	Pathologie externe	25	30
N° 19	Pathologie dentaire	10	8
N° 20	Pathologie bucco-dentaire	22	8
N° 21	Pathologie bucco-maxillo faciale	10	20
N° 22	Pharmacologie	25	8
	Thérapeutique générale		
N° 23	Thérapeutique spéciale	15	8
N° 24	Chirurgie bucco-dentaire	10	
N° 25	Anesthésie (physiologie et technologie)	16	45
N° 26	Dentisterie opératoire	20	140
N° 27	Prothèse générale : Partielle	25	420
N° 28	Prothèse générale : Complète	10	60
N° 29	Orthopédie dento-faciale	15	40
N° 30	Hygiène dentaire et générale	10	
		269	861
		1.130 heures.	

Qualrième année

Annexes		*Heures*	
		Théorie	*Pratique*
N° 17	Pathologie interne	20	
N° 21	Pathologie bucco-maxillo faciale	15	
N° 23	Thérapeutique spéciale	15	10
N° 31	Physiothérapie et radiographie	10	8
N° 24	Chirurgie bucco-dentaire (technique opératoire)	12	60
N° 26	Dentisterie opératoire	25	180
N° 32	Parodonto-pathologie	12	50
N° 27	Prothèse partielle	20	250
N° 28	Prothèse complète	10	90
N° 34	Prothèse maxillo-faciale	12	40
N° 35	Prothèse en Curiethérapie	6	
N° 29	Orthopédie dento-faciale	20	80
N° 36	Céramique	16	40
	Services hospitaliers :		
N° 40	Dermato-syphiligraphie		75
	Cancérologie		30
	Chirurgie maxillo-faciale		24
		193	937
		1.130 heures.	

ENSEIGNEMENT CLINIQUE

Cinquième année

Annexes		Heures	
		Théorie	*Pratique*
N° 31	Physiothérapie-Radiographie.....	10	12
N° 32	Parodonto-pathologie.....	20	60
N° 27	Prothèse partielle	10	240
N° 28	Prothèse complète.....		60
N° 26	Dentisterie opératoire.....	15	200
N° 29	Orthopédie dento-faciale.....	15	80
N° 36	Céramique	15	50
N° 24	Chirurgie bucco-dentaire.....	12	65
Nos 22-23	Thérapeutique	7	
N° 33	Chirurgie maxillo-faciale	10	30
N° 34	Prothèse maxillo-faciale	15	60
N° 37	Déontologie.....	15	4
	Sociologie professionnelle	13	
N° 38	Organisation professionnelle.....	11	6
N° 39	Histoire professionnelle	4	
N° 41	Services de stomatologie		90
		172	957
		1.129 heures.	

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES PRÉVISIONS D'HORAIRES

Années	*Sciences générales*		*Sciences médicales*		*Sciences odonto-stomatolog.*		*Totaux*
	Théorie	*Pratique*	*Théorie.*	*Pratique*	*Théorie*	*Pratique*	
1re T.....	190		30		71		291 = 1133
P.....		210		72		560	842
2e T.....	110		75		80		265 = 1129
P.....		136		132		596	864
3e T.....			102		167		269 = 1130
P.....				120		741	861
4e T.....			35		158		193 = 1130
P.....				129		808	937
5e T.....			17		155		172 = 1129
P.....				120		837	957
Totaux	300	346	259	573	631	3542	
	646		832		4173		5651

Resumen :

El Director de la Escuela Dental de Paris indica las reformas de la enseñanza llevadas á cabo en la Escuela en vari. s etapas desde 1925 — hásta 1944 — no obstante que el programma no han sido modificado, las reformas de la enseñanza han sido hechas en un cuadro que no ha permitido una distribución mejor.

El preconiza una reforma general segun un plan de 5 años de estudios continuos, mejor ordenados y más homogeneos.

El maestra á la vez la importancia de la protésis fundamental, base de las tecnologías y de la mayor parte de clínicas.

La protesis fundamental (Biomorfología en el 1º año. Biomecanica en el 2º año) esta la base de todas las tecnologias de reconstitución ó de restauración de el diente ó de grupos de dientes.

Indica en seguida que elle debe acompañar el estudio de Biologia y de la mecanica general vectoriella.

El practicante debe estar en una cierta medida, un biologo y un ingeniero.

El autor precisa las relaciones entre las diferentes ramas de la enseñanza asi que la importancia en materias muevas : metalotecnica (siencia del empleo de los metalos y de las reacciones mecanicas y biologicas), anatomia comparada, paleontologia, antropologia, etc...

Sigue una proposición de reformas de los estudios y una clasificación mueva de la enseñanza teoricas y practicas en un programma de 5 años regularmente progressivos.

GUERRA.

Summary :

The Director of the E. D. P. indicates the amendments in the studies made at the school in several stages since 1925, since 1930 and since 1944.

However the official program and the probation examination not having been modified, the teaching reforms made have taken place in a set up which has not allowed for its best development.

He suggests a general reform along a plan of 5 years of continuous studies, better organized and more homogeneous.

He shows the importance of fundamental prosthesis, the basis of all technologies and of most of the clinics.

Fundamental prosthesis (Biomorphology the first year, Bio-mecanics the second year) is the basis of all reconstruction technologies or restoration of the tooth or groups of teeth.

He shows that it must accompany the study of Biology and general vectorial mechanics.

The practitioner must be, to a certain extent, a biologist and an engineer.

The author stresses the relations between different branches of studies as well as the importance of new materials : Metallotechnologie (science of the use of metals and of their mechanical and biological reactions) omparative anatomy, paleontology, anthropology, etc...

Follows a proposition for amendment of studies and a new classification of theorical and practical teaching in a regularly progressive five years program.

J. FOURÉ.

RELATIONS ENTRE LES ACCIDENTS INFLAMMATOIRES D'ORIGINE BUCCO-DENTAIRE ET LES INFECTIONS SPÉCIFIQUES DE LA FACE ET DU COU

RELACION ENTRE LOS ACCIDENTES INFLAMATORIOS DE ORIGEN BOCA-DENTAL Y LAS INFECCIONES ESPECIFICAS DE LA CARA Y DEL CUELLO.

RELATIONS BETWEEN INFLAMMATORY REACTIONS OF BUCCO-DENTAL ORIGINE AND SPECIFIC INFECTIONS OF THE FACE AND NECK.

Par le Dr F. BONNET-ROY

(*Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le 22 septembre* 1947).

616.31 : 616

J'ai eu l'occasion de présenter, ici même et dans de multiples publications, des observations dans lesquelles s'affirmaient d'étroites connexions entre des accidents dentaires ou buccaux, d'apparence banale, et une infection spécifique : tuberculose, syphilis et mycose.

Rappelons comment les choses se passent en clinique.

TUBERCULOSE. — L'accident initial est un accident gingival ou dentaire, voire une stomatite ou une angine discrète. Quelques jours après le début, et souvent très vite, une adénite jugale, ou sous-maxillaire, se manifeste sous la forme de ganglions hypertrophiés, indurés, assez volumineux. La peau rougit. L'aspect d'une adénite simple se mue, dans certains cas, rapidement en un adénophlegmon typique. Dans d'autres cas, l'évolution est plus torpide, l'adénite se ramollit plus lentement. Dans les deux éventualités, le processus aboutit à la suppuration. Cliniquement, le diagnostic semble s'imposer, l'infection buccale banale a provoqué une adénopathie également banale et qui, éventuellement, suppure.

Mais l'évolution de ces adénopathies ne laisse pas d'être assez troublante. Le chirurgien est amené à ponctionner, ou même à inciser ces collections ganglionnaires, mais il est surpris de constater que, le pus évacué, la cicatrisation ne se fait que lentement et aboutit même parfois à une fistule. Soulignons que l'accident dentaire ou buccal initial, celui auquel on attribue l'adénite, est terminé, soit que la dent infectée ait été enlevée, soit que la gingivite, la stomatite ou l'amygdalite soit guérie dans les délais habituels. Soulignons également qu'il s'agit de sujets parfaitement sains d'apparence, chez lesquels l'attention n'a jamais été attirée par une adénopathie quelconque.

Troublé pendant longtemps par ces faits, soupçonnant à la

base de ces incidents ganglionnaires, une adénite latente tuberculeuse, j'ai eu le mot de l'énigme en procédant à quelques investigations élémentaires.

Le pus prélevé par ponctions dans la tuméfaction ganglionnaire est amicrobien. Cette constatation, à elle seule, confirmerait la nature tuberculeuse de l'adénite. La recherche du bacille de Kock est négative, ce qui n'est pas pour nous surprendre, mais l'inoculation au cobaye est positive, ce qui lève tous les doutes.

J'ai observé, il y a quelques années, une jeune malade de dix ou douze ans, qui a présenté, à la suite d'un incident gingivo-dentaire banal, une adénite suppurée dont l'évolution pourrait servir de type à celle que je viens de décrire. J'avais affirmé à son médecin la conviction d'un réchauffement d'une adénite tuberculeuse. Je ne suis pas parvenu à lui faire partager mon opinion et il a procédé à une inoculation au cobaye. Celle-ci a été positive.

Dans les cas de ce genre, l'infection bucco-dentaire réchauffe et bien souvent révèle une adénopathie tuberculeuse latente. Je m'empresse d'ajouter que le pronostic n'en est pas défavorable. Encore faut-il orienter le traitement en connaissance de cause.

Aux incisions trop généreuses qu'appelle souvent un adénophlegmon banal, ou même une adénite moins chaude, il faut préférer la ponction avec drainage filiforme aux crins de Florence. L'état général, modérément fébrile, peut bénéficier de la sulfamidothérapie ou de la pénicillinothérapie, mais ces antibiotiques n'ont aucune influence sur ce qui, dans le syndrôme observé, relève de la tuberculose et ils n'agissent que sur l'élément infectieux secondaire, celui qui est déterminé par l'infection bucco-dentaire transitoire.

En revanche, on se trouvera bien, si la tuméfaction ganglionnaire est lente à se résorber, de quelques séances de radiothérapie. Rappelons, enfin, que contre les adénites suppurées, tendant à se fistuliser et dont la suppuration se prolonge, la thérapeutique biologique (vaccin de Vaudremer, collobacilline, etc...) constitue un adjuvant souvent très efficace.

Syphilis. — Les choses se passent de façon toute différente en ce qui concerne l'association entre la syphilis et les accidents dentaires de pratique courante.

Il est classique, dans les traités de pathologie, de décrire les gommes des maxillaires, sous deux formes cliniques différentes : syphilôme circonscrit et syphilôme diffus. On ne saurait contester l'authenticité de ces formes cliniques mais il est remarquable que, tandis que les traités soulignent l'indépendance de ces lésions avec

le système dentaire, la pratique au contraire nous affirme qu'elles se développent très souvent au contact d'une dent malade en état d'accident ostéopériostique banal. Si l'on dépouille la littérature classique, on constate que la plupart du temps, la gomme est méconnue au début et confondue avec un abcès ostéopathique secondaire à une pulpo-radiculite. Il y a autre chose encore. Lorsqu'une ostéite notoirement d'origine dentaire se développe chez un syphilitique même ancien, et même si le B. W. est négatif, les dégâts osseux (esquilles, séquelles) sont infiniment plus étendus et plus fréquents que chez un malade indemne de toute imprégnation syphilitique.

Tout se passe donc comme si, d'une part, l'incident inflammatoire banal, d'origine dentaire, réalisait une sorte de zone d'élection pour le développement du syphilôme et comme si, d'autre part, le terrain syphilitique (pour employer, à défaut d'un meilleur, un terme imparfait) imprimait à l'évolution de l'accident dentaire, un caractère ostéopathique bien en rapport avec ce que nous savons de l'évolution destructive des gommes osseuses.

Pratiquement, j'en suis arrivé chaque fois que j'opère une une ostéite dentaire et que je suis frappé par l'étendue des lésions osseuses, à soumettre le malade au traitement spécifique, même si le B. W. est négatif. Faute de cette discipline, ou assiste à l'élimination interminable de séquestres et à une cicatrisation indéfiniment prolongée. A plusieurs reprises, intervenant en présence du médecin de famille, il m'est arrivé de questionner celui-ci, au cours même de l'opération, sur les antécédents personnels et familiaux du sujet et de m'entendre confirmer le soupçon que j'avais d'une syphilis ancienne et qu'on pouvait croire définitivement éteinte.

Actinomycose. — Une série de malades observés depuis une douzaine d'années, m'a permis de vérifier des relations fréquentes entre le développement d'une actinomycose cervico-faciale et un accident — ou tout au moins un incident — d'origine dentaire.

Des cas que j'ai suivis, je ferai deux parts.

Les uns, les plus fréquents, ont présenté, après une extraction dentaire normale — (dent de sagesse inférieure) un foyer mycosyque net. La plaie gingivale étant alors parfaitement cicatrisée, je n'interprèterai pas ces observations comme affirmant un rapport de cause à effet entre l'extraction et l'éclosion de la gomme mycosique. En revanche, les seconds sont caractéristiques d'une association clinique si étroite entre les accidents infectieux d'origine dentaire et la mycose que leurs connexions pathogéniques semblent indiscutables.

Dans la première éventualité, dont nous rappelons qu'elle est la plus fréquente, le péril n'est pas de méconnaître l'accident dentaire, mais, au contraire, d'en exagérer l'importance et de porter, sur l'apparition d'une infiltration de la face ou du cou, le diagnostic erroné d'ostéo ou d'adéno-phlegmon buccal.

Dans un cas, j'ai vu survenir un mois après l'extraction d'une dent de sagesse inférieure parfaitement cicatrisée, un petit abcès fluctuant de la région mandibulaire analogue à une adénite suppurée tiède. Incisée, cette collection donna issue à un pus grumeleux dans lequel le Dr Rubens-Duval trouva les spores et les filaments caractéristiques de l'actinomycose.

Dans un second cas, j'ai assisté, six semaines après l'extraction d'une dent de sagesse inférieure, à l'envahissement de la face et du cou par une infiltration dure, rouge, ligneuse, modérément fébrile que je traitai pendant quelques jours comme un accident inflammatoire banal. Mais, sur l'apparition d'une fistule, je fis un prélèvement dont la culture révéla la nature actinomycosique.

Dans les deux cas, analogues par leur évolution quoique très différents par leur étendue, l'incident, ou mieux la simple intervention dentaire a peut-être joué le rôle d'une voie d'inoculation, mais ne s'est accompagnée d'aucun phénomène inflammatoire ostéitique réellement secondaire à une infection maxillo-dentaire.

De ces observations un double enseignement est à retenir. Tout d'abord, le diagnostic biologique est très difficile. C'est par une chance exceptionnelle que chez la première de ces deux malades, l'examen direct a révélé la présence des filaments et des spores caractéristiques. En réalité, la constatation extemporanée du champignon est aussi inconstante que celle des grains jaunes. Il faut recourir à la culture qui demande plusieurs jours et à la séro-agglutination. En second lieu, toute manœuvre chirurgicale (incision et curetage) est intempestive. Elle diffuse le processus dans les tissus voisins. Il faut se borner à ponctionner ou à vider la collection quand elle tend à s'ouvrir spontanément, et recourir au traitement ioduré intensif associé à la radiothérapie.

De la seconde éventualité, moins fréquente, celle qui associe étroitement une infection dentaire indiscutable à l'éclosion d'une mycose, je donnerai une observation probante :

Il s'agissait d'un soldat qui entra dans mon service à l'H.O.E. N° 7, à Compiègne, au cours de l'hiver 1939-1940. Il présentait un ostéo-phlegmon typique de la région mandibulaire gauche, qui fut traité comme à l'habitude : extraction de la dent causale, incision externe et drainage. Deux manifestations anormales se pro-

duisirent les jours suivants : la cicatrisation fut longue et même un second foyer suppuré sous-maxillaire se constitua, qu'il fallut inciser également et drainer. En second lieu, les deux plaies opératoires saignèrent pendant trois à quatre jours d'une façon absolument inhabituelle et l'hémorragie, sans être alarmante, prit cependant des proportions assez sérieuses. Une quinzaine de jours après la première intervention, les incisions ne montraient aucune tendance à la cicatrisation, une infiltration exceptionnellement rouge et indurée gagnait la région cervicale, alors que de nombreux malades, atteints d'accidents phlegmoneux analogues d'origine dentaire, guérissaient rapidement dans le même service. C'est alors que j'eus l'idée de faire chercher une mycose possible dans l'exsudat des fistules et que le Dr Rouché, au laboratoire de l'H.O.E. découvrit et cultiva l'agent de l'actinomycose.

* * *

Je ne m'aventurerai pas dans une explication pathogénique des manifestations que je viens de rapporter en me plaçant à un point de vue exclusivement clinique.

La clinique constate l'éclosion ou le réchauffement d'une infection tuberculeuse, d'un processus d'ostéite syphilitique ou d'une gomme actinomycosique apparaissant secondairement à un incident d'origine dentaire ou en même temps que lui. Il est aussi difficile d'admettre l'influence du hasard seul à l'origine de ces cas que de démontrer biologiquement une véritable association des agents pathogènes.

En insistant une fois de plus sur les problèmes cliniques que posent ces constatations, je n'ai eu pour objet que d'en souligner l'importance pratique.

Resumen :

El autor atrae la atención sobre un cierto número de síntomas cuya presencia es susceptible de embarazar el practicante.

La sífilis, la tuberculosis y la actinomycosis tienen por consecuencia turbar el ritmo de las infecciones boca-dentale.

La comprobación de una cicatrización lenta debe incitar al praticante á un examen de laboratorio que aclare el diagnostico.

GUERRA.

Summary :

The authors calls attention to a certain number of symptoms the presence of which is susceptible of embarassing the practitioner.

Syphilis, tuberculosis and actinomycosis result in disturbing the rythme of evolution of bucco-dental infections.

The presence of retarded healing must incite the practitioner to avail himself of laboratory examinations which will elucidate the diagnosis.

J. FOURÉ.

UN PSEUDO ACCIDENT DE DENT DE SAGESSE INFÉRIEURE (1)

SEUDO ACCIDENTE DE UNA MUELA DEL JUICIO | PSEUDO ACCIDENT OF THE THIRD MOLAR

Par le Dr A. AUDY

(Communication faite aux Journées Dentaires *tenues dans le cadre de la XXe Session des Journées Médicales de Bruxelles,* 1946.*)*

616.314.8 — 007.08

Après les travaux ultra scientifiques et laborieusement documentés présentés à cette tribune par les éminents conférenciers venus de tous les pays, je suis confus de ne vous apporter qu'un fait que, si je ne craignais d'être irrespectueux pour l'auditoire, je qualifierais presque simplement d' « amusant ». Aussi à l'avance, étant donné la modestie de mon sujet, je récuse le titre de conférence sous lequel le programme m'a classé et je vous demanderai de ne considérer ici que la communication d'une observation clinique.

Nous avons à la Société d'Odontologie de Paris une rubrique dénommée « Faits de pratique journalière » c'est là où mon histoire aurait sa place si précisément elle n'était pas « journalière » du fait de sa rareté. En effet, je n'ai trouvé dans la littérature aucune mention d'une observations de ce genre.

Hier notre éminent confrère Soleil a critiqué le terme de « pseudo odontalgie » lancé par Roy, j'espère qu'il serait moins sévère pour moi qui ai pris pour titre de mon observation « Pseudo accident de dent de sagesse ». Mais je passe au fait et vous expose tout simplement mon observation.

Il s'agit d'une femme de 47 ans qui se présente à la consultation de mon fils envoyée par le médecin qu'elle a consulté la veille pour un mal de gorge interne et qui, ayant diagnostiqué un « Accident de dent de sagesse », lui a conseillé après prescription d'un gargarisme de voir le dentiste.

Je n'aurai pas l'outrecuidance de vous rappeler les symptômes classiques des « Accidents de dent de sagesse, ni leur classification », je vous décrirai simplement que cette femme se présente très fatiguée, elle souffre depuis quatre jours de façon intense jour et nuit de la région angulo-maxillaire gauche, elle ne peut plus dormir, la déglutition est douloureuse et gêne l'alimentation, même

(1) Extrait du *Journal Dentaire Belge,* nº 1, janvier-février 1947.

le fait d'avaler sa salive est pénible, mais elle a de la fièvre sans pouvoir préciser la température.

A l'examen, on constate en effet une grosse tuméfaction de la région angulo-maxillaire gauche, étendue en avant à la moitié de la région sous-maxillaire, les ganglions sous-maxillaires sont volumineux, douloureux à la pression au milieu d'un empâtement qui descend jusque sur le cou.

A l'examen intra-buccal, voici le schéma dentaire de la mâchoire inférieure :

. . . . 4, 3, 2, 1 | 1, 2, 3, 4, 5, ., 7

Au maxillaire supérieur, quoique cela soit indifférent, nous avons :

8, 7, ., ., 4, 3, ., 1 | 1, ., 3, ., ., 6, ., .

Les commémoratifs concernant les dents de sagesse inférieures surtout à gauche sont imprécis, on a pratiqué au cours des années un certain nombre d'extractions pour cause de caries douloureuses sans pouvoir rien préciser.

Aujourd'hui on constate en arrière de la molaire inférieure gauche un capuchon muqueux très développé, congestionné, rouge violacé, douloureux. A la pression on provoque un écoulement de pus filtrant le long de la paroi vestibulaire de la molaire.

La recherche à la sonde de la dent de sagesse incriminée en arrière de la molaire est négative, aucun contact éburné n'est perçu malgré un examen minutieux.

Un examen radiologique est tout indiqué, mais le radiologue voisin qui pratiquait pour nous ces examens n'a pas encore pu récupérer son appareil réquisitionné pendant la guerre et nous renonçons, vue l'urgence, à envoyer la malade faire cet examen dans la ville voisine. On se décide donc à inciser le capuchon et cette opération est faite sous analgésie par un jet de chlorure d'éthyle. Cette incision donne issue à une grosse goutte de pus et après lavage et tamponnement nous apercevons dans le fond de la plaie un filament de couleur blanchâtre ressemblant à un poil. L'idée d'un kyste dermoïde avec production pileuse traverse l'esprit de mon fils et il veut faire l'extirpation de ce filament. Il saisit à la précelle ce poil qui vient assez facilement pendant 3 millimètres environ (ce qui semble bien long) et se termine par une petite boule de couleur brune de la grosseur d'une tête d'épingle. Mais dans le fond de la plaie, apparaissent d'autres filaments, et en fin de compte *six* poils terminés par une boule sont extraits de la cavité.

Mais qu'est-ce que peuvent bien être ces corps étrangers ?

A la loupe on reconnaît que ce sont des grains végétaux en cours de germination et alors le questionnaire reprend avec la patiente.

La plaie est débridée un peu plus largement, on pratique sous faible pression un lavage à l'H^2O^2, l'hémostase est parfaite, on prescrit des lavages de bouche, des applications antiphlogistiques sur la région maxillaire et quelques comprimés de sulfamide.

Elle finit par raconter qu'il y a environ six semaines, trouvant dans un tiroir des graines de colza, elle s'était amusée à en croquer une pincée, qu'ayant trouvé agréable le goût de ces graines oléagineuses, elle en avait mâché une certaine quantité.

Et alors la genèse de cet accident de dent de sagesse s'éclairait tout d'un coup ; sous la mastication, des graines avaient pénétré dans un décollement de la muqueuse en arrière de la dernière molaire, sorte de cul de sac pré-pyorrhéique, elles avaient trouvé une température et un état hygrométrique favorable, et en avaient profité pour parcourir le cycle de leur vie végétale et pour germer.

Resumen :

Observación de un caso clinico en una mujer de 47 años que se presentó despues del diagnostico del medico de la familia, teniendo todos los sintomas de un accidente de erupción de una muela del juicio izquierda inferior.

El examen radiologico no habiendo podido ser practicado por la urgencia y la falta de sitio suficientemente cercano, un examen profundo de la boca permitió descubrir despues de una incisión hecha bajo la anestesia local una capucha mucosa :

1° Una gruesa gota de pus.

2° En el fondo de la herida un filamento de color blanquecino semejante à un pelo.

3° Al extirpar ese seudo pelo de tres milimetros de largo una bola pequeñita de color obscura de el gruese de la cabeza de una alfiler.

4° La extirpación uno à uno de seis cuerpos semejantes.

Con el lente de aumento esos cuerpos extraños eran granos de un vegetal en curso de germinación.

En el interrogatorio la paciente recuerda que seis semanas antes, encontrando algunos granos de colza masticó unos.y encontrando el gusto del oleaginoso agradable lo hizo de nuevo en cierta cantidad.

Todo se explica : bajo la masticación algunos granos penetraron en un hueco pre-piorrea de la mucusa de la última muela donde la temperatura y estado higrométriquo se encontrarón favorables llenando asi el siclo de la vida vegetal germinando alli. GUERRA.

Summary :

Observation of a clinical case of a 47 years old woman who came following the diagnosis of the family physician with all the symptoms of difficult eruption of the lower third molar.

Radiographic examination not having been made due to the emergency nature of the case and the distance to the nearest X-rays machine, the careful examination of the mouth revealed after the incision of a muccal flap under local anesthesia :

1° A large drop of pus.

2° At the bottom of the wound a withish filament resembling a hair.

3° On removing the pseudo hair of three millimeters in length a small brown colored ball of the size of a pin head.

4° The removal one by one of six such bodies.

The magnifying glass showed these bodies to be grains of a plant in the course of germination.

On being questioned the patient states that six weeks before finding some colza seeds she chewed some and finding the taste of this oleaginous plant pleasant she chewed a certain quantity of them.

The explanation then is that under the force of mastication a few grains penetrated under the muccal pre-pyorrheic flap behind the last molar where the temperature and hydrometric conditions being favorable they completed the cycle of their plant life and germinated.

J. FOURÉ.

CALCIFICATION ET DÉCALCIFICATION DE LA DENT MÉDICATIONS ET RÉGIMES RECALCIFIANTS

CALCIFICACION Y DECALCIFICACION DEL DIENTE, MIDICINAS Y REGIMENES RECALCIFIANTES.

CALCIFICATION AND DECALCIFICATION OF THE TOOTH, MEDICATIONS AND RECALCIFYING DIETS.

Par R. DUBOIS-PRÉVOST,

Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le 3 juin 1947).

616.314.003.84

La calcification est un phénomène qui se produit quand un tissu précédemment protoplasmique s'imprègne de sels calcaires et d'éléments minéraux au point de se transformer plus ou moins, dans sa structure et sa consistance.

La calcification de l'organe dentaire est représentée par la calcification de trois tissus : l'émail, l'ivoire et le cément.

Il nous paraît difficile de séparer l'étude de la calcification de l'émail de celle de l'ivoire, car la calcification de ces tissus s'opère simultanément ; le cément, par contre, est un tissu fonctionnel dont la calcification se fait lorsque l'éruption dentaire est terminée, c'est-à-dire lorsque la dent est en fonction.

A l'époque embryonnaire il n'est pas possible de parler de calcification proprement dite, mais il est normal de l'envisager du point de vue cellulaire et du point de vue humoral.

Il faut considérer les adamantoblastes et les odontoblastes comme des cellules antagonistes et fertiles. Nous n'avons pas à faire ici l'étude de leur évolution embryologique, mais à considérer plus particulièrement leurs rôles cellulaires, au cours de la calcification de ces deux tissus, l'émail et l'ivoire.

Les théories relatives à la formation de l'émail sont nombreuses, mais l'étude de l'adamanto-genèse est difficile et aujourd'hui encore, les opinions diffèrent à ce sujet.

En 1903, Hopewel Smith, dans son excellent ouvrage : *The histology and histo-pathology of the teeth*, consigne déjà le résultat des nombreuses théories émises à cette époque en faisant remarquer que la tendance de l'opinion est en faveur de la théorie de la

conversion, mais il expose les conclusions contradictoires de Sir John Tomes et de son fils.

Sir John Tomes considère l'émail formé par suite d'une conversion des améloblastes (adamantoblastes). Les extrémités prononcées de ces cellules subissent avant tout certaines transformations chimiques, plus tard la calcification suit. La partie centrale des cellules se calcifie après la partie périphérique ; les cellules contiguës s'unissent à mesure que se produit la calcification.

Pour Charles Tomes, bien au contraire, l'améloblaste ne se calcifie pas. Les transformations chimiques et calcaires ont lieu au milieu ou autour d''une formaton de fibrilles (fibrilles de Tomes) qui, étant continue avec le protoplasme de l'améloblaste guide la calcification du prisme ou fibre d'émail sur toute son étendue.

Il est inutile de passer en revue les nombreuses théories émises à cette époque et depuis cette époque, car à quelques détails près, elles se situent entre les opinions contradictoires de Tomes père et de Tomes fils.

Cependant, nous devons citer l'opinion de Prenant qui, plus près de nous, dans une remarquable étude de l'adamanto-genèse, exprime un rapport avec Charles Tomes, en considérant l'adamantoblaste comme une cellule ciliée dont le cil guiderait les secrétions cellulaires propres à la calcification de l'émail.

Citons aussi la théorie originale de Retterer pour lequel la couche interne de l'organe adamantin disparaîtrait comme tout le reste de l'organe sans donner d'émail, ce tissu résultant, d'après lui, de l'hypercalcification périphérique de l'ivoire sous l'influence de facteurs mécaniques, de frictions et de pressions.

Pour nous, nous envisageons l'étude de la calcification de l'émail et de l'ivoire comme un problème d'ensemble, posé de telle façon, qu'il est difficile de le détacher complètement de la théorie classique. Nous estimons que les cellules adamantoblaste et odontoblaste ont bien un rôle spécifique sans pour cela parler de rôle secrétoire comme il convient à l'esprit classique.

Les éléments propres à la calcification des tissus durs de la dent et de l'alvéole sont apportés sur place par le sang.

Avant d'étudier l'intimité du processus, il nous paraît indispensable de rappeler comment s'établit la vascularisation du germe dentaire.

C'est pourquoi nous citerons l'extrait suivant, traduit de l'ouvrage d'Hopewel Smith : « En résumé, on peut dire avec quelque

certitude que des tissus mous, la pulpe étant l'agent nutritif le plus important, a le plus grand système capillaire, tandis que la gencive a le plus petit ; au lieu que dans l'organe adamantin les cellules réticulées et l'épithélium externe sont dénués de vaisseaux sanguins de quelque sorte que ce soit.

Les cellules de l'épithélium interne doivent recevoir un approvisionnement sanguin libre de quelque part, dans le but de fabriquer la base calcifiante de l'émail, et il est difficile de concevoir ce phénomène physiologique comme provenant de cellules n'ayant aucune sorte de connexité avec le système vasculaire du corps.

Chez un fœtus de sept mois, l'artère alvéolaire fournit une branche pour chaque germe dentaire qui est ainsi pénétré à sa base. Juste avant de pénétrer dans le sac l'artère peut toujours être reconnue comme telle, et distinguée des veines qui l'accompagnent. Plus loin, les parois de l'artère deviennent si fines que même dans des préparations teintées on ne peut plus les distinguer des deux veines qui l'accompagnent. Le vaisseau s'élève maintenant vers la plus haute partie de la pulpe et se divise là en un grand nombre de ramifications qui s'étendent en éventail de la base vers l'apex du germe dentaire. Ces ramifications sont réellement des capillaires. Ils s'avancent entre les odontoblastes vers la dentine et forment là de larges boucles qui s'unissent entre elles. Comme on l'a déjà décrit, pour les animaux, il s'étend également chez l'homme, à la surface de la pulpe entre les odontoblastes, un large réseau de capillaires, qui se distingue de la trame restante parcourant la pulpe, par sa largeur et sa densité.

L'examen de nombreuses coupes nous apprend que la répartition de ce réseau capillaire n'est cependant pas la même sur toute la surface de la pulpe. A la base de la dent l'anastomose vasculaire est toujours plus dense et plus complexe que vers son apex, où le réseau devient comparativement plus large et plus lâche. Cette disposition des vaisseaux suit la disposition des odontoblastes. Sous de faibles grossissements, on peut voir dans des préparations teintées au carmin, une large bande d'odontoblastes à la base du germe dentaire juste où les vaisseaux sont aussi présents en grand nombre. Vers le sommet du germe dentaire la largeur de la couche d'odontoblastes diminue de façon appréciable, et simultanément le réseau de vaisseaux devient plus lâche. Il est peu douteux que ces deux aspects aient des rapports entre eux. On peut aussi facilement expliquer pourquoi à la base du germe dentaire les vaisseaux et les odontoblastes sont disposés de façon plus serrée qu'ailleurs ; car c'est à la base de la dent que se dépose la nouvelle subs-

tance, et les vaisseaux et les odontoblastes sont principalement concernés dans cette formation. Comme on peut voir dans toute préparation cette répartition des vaisseaux et des cellules, nous pouvons la considérer comme étant la règle dans la formation des dents. Pour ce qui est des relations mutuelles entre les capillaires et les odontoblastes, on peut mentionner que les premiers, en tant que boucles, atteignent, entre les odontoblastes, la couche dentinale. Ils n'ont pas de part directe dans la formation des canaux dentaires. D'un autre côté, nous devons supposer qu'ils transportent le matériel nécessaire à la construction de la dent, et en déduire une activité spéciale de la part des odontoblastes. La distribution dense des vaisseaux à la surface de la pulpe, entre les odontoblastes en général, comme aussi spécialement aux parties fondamentales du germe dentaire semble l'indiquer.

« Les vaisseaux qui entourent extérieurement l'organe adamantin sont reliés avec les vaisseaux pulpaires. Les vaisseaux proviennent des artères intra-alvéolaires qui fournissent l'alimentation à la substance osseuse spongieuse des maxillaires. Ils s'étendent en un réseau dense à la surface de l'organe adamantin, mais ne pénètrent cependant pas entre les améloblastes de l'organe adamantin. Si l'on en juge d'après des coupes microscopiques, ils appartiennent au système veineux. Ils entourent le germe dentaire depuis l'existence de ses premiers rudiments. En dépit du fait qu'ils diffèrent par leur méthode de disposition des vaisseaux de la pulpe, ils ressemblent à ces derniers dans la mesure où, d'un point de vue physiologique, ils jouent un rôle actif dans la formation de l'émail comme les autres ont une part importante dans la formation de la dentine. Si l'on examine de près les préparations, on observe qu'aux apex des germes dentaires, où l'émail est le plus épais, le réseau vasculaire est aussi le plus dense. Les pointes correspondent aux parties les plus élevées de la dent. Lorsque la couronne dentaire est près d'être complétée, l'activité des cellules adamantines cesse graduellement, et les vaisseaux qui les alimentent subissent lentement des transformations rétrogressives. A l'intérieur de la dent, cependant, l'activité formatrice des odontoblastes et des vaisseaux sanguins continue toujours, jusqu'à ce que la dentine de la couronne et des racines ait été construite.

« La disparition des vaisseaux de l'organe adamantin commence au sommet de la dent et se poursuit dans la direction de la racine. Dans les stades d'évolution au moment où la dent fait éruption, les vaisseaux superficiels s'unissent avec ceux de la gencive, ceux qui sont plus profonds entourent la racine et ali-

mentent sa membrane périodontale nouvellement formée. Ils s'étendent sur les parois de l'alvéole et restent dans cette position tant que la dent existe... Parmi les vaisseaux pulpaires, des vaisseaux individuels ou des faisceaux d'entre eux se séparent occasionnellement, perforent par endroits la couche dentinale et la couche adamantine et arrivent ainsi à se relier aux vaisseaux qui entourent le germe dentaire à l'extérieur. J'ai observé des exemples de telles connexions vasculaires dans des préparations dentaires d'embryons d'animaux inférieurs, aussi bien que chez ceux de l'homme.

Lepkowski prétend que : « si nous comparons la répartition vasculaire dans les dents de l'homme et dans celles des mammifères, tels que le porc, le cheval et le lapin, nous trouvons, ce à quoi nous devions nous attendre, qu'ils ne présentent pas de différence appréciable. Le cours des vaisseaux, leur répartition, la densité du réseau vasculaire en des endroits correspondants, et ses relations vis-à-vis des tissus en cours de formation, sont les mêmes des deux côtés. Les différences les plus prononcées sont dans le nombre des vaisseaux existant dans le germe dentaire. Chez les embryons des espèces animales citées, il existe dans la pulpe, comme aussi dans l'organe adamantin des ramifications vasculaires de loin plus riches que dans les dents correspondantes des embryons humains. A mon avis, on ne doit pas chercher loin l'explication. Il existe des différences très considérables, d'abord dans la taille relative des dents individuelles entre les animaux et l'homme (par exemple la canine) ; et ensuite, dans l'épaisseur des couches de la substance. Chez le chien, l'épaisseur de la couche adamantine dépasse de loin celle des dents humaines. Il est par conséquent tout à fait naturel que les germes dentaires des animaux soient pourvus plus abondamment en vaisseaux. »

Après cette étude d'une période préparatoire à la calcification où nous avons considéré les cellules hautement différenciées que sont les adamantoblastes et les odontoblastes, la vascularisation du germe dentaire dont la richesse est en rapport avec la nécessité d'amener sur place les matériaux nécessaires, il nous faut maintenant envisager la période de différenciation de la substance fondamentale.

Pour que cette étude soit profitable il faut faire appel aux travaux de A. Policard sur la formation de la substance osseuse, guide précieux qui éclaire d'un jour nouveau nos conceptions de la calcification dentaire et renforce notre opinion personnelle.

La trame organique de l'organe dentaire ou squelette organo-collagenique de la dent comme le désigne le Professeur Beltrami, est formée d'un réseau plus ou moins serré de fines fibrilles collagènes.

Entre les fibrilles de cette trame collagène se trouve une substance inter-fibrillaire qui se superpose à la substance fondamentale conjonctive ou en dérive. Cette substance inter-fibrillaire au cours des phénomènes de la calcification revêt un caractère des plus importants ; elle seule aurait la propriété de fixer les sels calcaires les fibrilles n'étant pas calcifiables (fibrilles de Tomes et réseaux inter-fibrillaires).

Le germe dentaire considéré au moment de la calcification présente, comme l'os, une condensation de fibrilles collagènes dans les régions où doivent s'opérer les premiers dépôts de sels calcaires, c'est-à-dire au niveau de ce que nous appelons les points de dentification ; ces points sont toujours situés au sommet des futurs cuspides, en regard d'adamantoblastes et d'odontoblastes très différenciés.

De même, nous assistons à une condensation des cellules du stratum inter-médium au niveau de l'organe adamantin et des cellules conjonctives pulpaires au voisinage des régions où se fait la calcification, c'est-à-dire dans l'espace compris entre la ligne des adamantoblastes d'une part et celle des odontoblastes d'autre part, là où se situe la substance inter-fibrillaire destinée à se calcifier.

Comme pour l'os, nous pouvons, en nous référant à A. Policard, nous demander si les fibrilles collagènes sont nées dans le protoplasma cellulaire ou autour de la cellule dans un exo-plasma particulier, ou enfin, nées en dehors de la cellule ; pour la dent, il nous semble dans ce cas particulier pouvoir indiquer que c'est en dehors de la cellule que naissent ces condensations de fibrilles. Elles se répartissent dans la zone comprise entre l'épithélium interne (adamantoblaste) et la périphérie de la pulpe (odontoblaste). Les cellules participeraient à distance par une action du type fermentaire — en cela nous pourrions souscrire aux idées de A. Policard qui indique que la clé du problème réside dans deux domaines, le domaine physico-chimique et le domaine colloïdal.

Il est normal de comparer le dépôt des sels calcaires au niveau des condensations fibrillaires à la prise d'un ciment ; ce dépôt s'opère brutalement sans qu'il soit possible d'en saisir le mécanisme, c'est une précipitation *in situ* des sels calcaires. Il est permis de

supposer qu'à partir d'un moment donné, la concentration de ces sels augmente dans le milieu et qu'ils se déposent au sein de la substance inter-fibrillaire qui a acquis la propriété de les fixer, cette fixation étant sans doute guidée par le réseau fibrillaire destiné par la suite à entretenir la vie au sein des tissus devenus calcifiés (tissus durs).

L'origine de ces éléments calcaires peut être locale ou générale, peut-être à la fois les deux ; locale par emprunt aux tissus calcifiés du voisinage (os alvéolaire), générale surtout au début de la calcification par apport humoral, mixte pour entretien du phénomène calcifiant pour : compensation, emprunt, addition — ce sont les mutations calciques rencontrées au cours de l'évolution physiologique ou pathologique de l'organe dentaire. Pour que le dépôt de sels calcaires ait lieu, il faut que ceux-ci soient à l'état de phosphates inorganiques, mais dans le sang, ils existent à l'état de complexe organique ou glycero-phosphates de calcium ; pour que la transformation se fasse de complexe organique en sels inorganiques, il faut l'action d'un ferment spécial appelé phosphatase et découvert par Robinson.

Ces conceptions réduisent le rôle classiquement attribué aux cellules, celles-ci n'agiraient plus qu'indirectement et à distance. Les adamantoblastes et les odontoblastes pourraient être considérés comme cellules secrétoires si l'on voulait admettre que la substance prédentaire préparatoire à la calcification résulte de leur activité, de même que la substance pré-osseuse nécessaire à l'ossification serait due à l'activité de l'ostéoblaste.

Ainsi que nous l'avons indiqué au début de cet article, il nous est permis d'affirmer malgré les opinions contradictoires, que le Prof. Retterer avait vu juste en faisant du cément un tissu fonctionnel, il n'existe pas d'organe du cément, comme il existe un organe adamantin ou une papille conjonctive. C'est dans la substance fondamentale du ligament inter-dento-maxillaire que les éléments cellulaires ou cémentoblastes (ostéoblastes venus de la paroi alvéolaire) viennent présider à la formation du cément, virole de tissu osseux qui se dépose en couches concentriques autour de la racine en suivant un processus en tout point comparable à celui exposé au cours de cet article.

Cependant, à la suite de l'examen de coupes histologiques préparées par nos soins, il nous est possible d'affirmer qu'au cours des phénomènes d'hyper-cémentose, le cément arrive à se substituer à l'ivoire de l'extrémité radiculaire en utilisant le retour à

l'état conjonctif du territoire de celui-ci sous l'influence de facteurs pathologiques. Cela ne peut nous étonner si nous voulons bien admettre la grande reversibilité des territoires conjonctifs calcifiés et que l'hyper-cémentose est toujours en rapports avec un état de souffrance de l'organe dentaire sensible notamment au niveau de l'espace apical.

(à suivre)

Resumen :

El autor comienza su estudio recomendando las, diferentes teories relativas á la calcificación del esmalte y del marfil. Comenta en segnida los trabajos de histólogos particularmente en lo que concierne la disposición de la redecilla vascular en el hombre y en los mamiferos.

Los trabajos de Policard son en seguida recordados y el autor haciendo un paralelo entre el hueso y el diente, deduce algunas hipoteses sobre los fenomenos intimos de depósitó de sales calcáreas en el esmalte y el marfil.

El termina ésta primera parte citando los trabajos de Retterer relativos à la elaboración del cemento.

(Continuà). GUERRA.

Summery :

The author begins his study with a recall of different theories concerning calcification of enamel and dentine.

He then comments on the works of the histologists especially in respect to the disappearance of the vascular system in man and in mammals.

The works of Policard are then mentionned and the author, establishing a parallel between bone and tooth structure, formulates several hypotheses on the intimate phenomen of calcium salt deposits in enamel and dentine.

He ends this first part by citing the works of Retterer concerning the elaboration of cement.

(To follow). J. FOURÉ.

REVUE ANALYTIQUE

ANALGÉSIE — ANESTHÉSIE

WOOLMER-RONALD. — **Analgésie en dentisterie** (*British Dental Journal*, N° 12, juin 1947, pp. 256-259).

L'analgésie répond au désir du patient qui a la crainte de la douleur.

L'analgésie comprend les procédés qui diminuent ou abolissent la sensibilité tout en conservant la conscience.

Deux méthodes : l'analgésie par conduction (périphérique), l'analgésie centrale.

L'anesthésie par infiltration convient spécialement à la chirurgie buccale, car elle ne s'adresse pratiquement qu'à un seul tronc nerveux, le nerf trijumeau qui peut être abordé en deux points pour le maxillaire supérieur, en trois points pour le maxillaire inférieur, soit par la voie buccale, soit par voie externe. De plus, les filaments terminaux peuvent être bloqués facilement dans la région buccale.

L'emploi de l'anesthésie par conduction élargit le champ de la chirurgie buccale chez les patients ambulants. Quelques précautions doivent cependant être observées. Une stricte asepsie doit être maintenue du fait que la bouche est le séjour normal des bactéries.

Syncope. — L'injection d'anesthésiques peut déterminer des syncopes même mortelles. Quelquefois, il s'agit d'injection dans un vaisseau sanguin. L'auteur a fait des injections intraveineuses pour tenter de calmer certains prurits (850 cm³ à 0,2 % par heure, ce qui équivaut à environ 1,5 cm³ à 2 cm³ % à la minute).

L'administration à cette dose a été maintenue pendant deux ou trois heures sans déclencher d'effets toxiques.

Il est évident que l'organisme a éliminé le médicament plus vite qu'il ne l'a accumulé. D'autres auteurs confirment ces données.

Les réactions toxiques sont de trois types (Gilman, 1938).

Le plus souvent, le système nerveux central est profondément touché. Les symptômes sont l'angoisse, l'excitation, le délire, les convulsions, suivis d'arrêt de la respiration.

Le second type concerne le système cardio-vasculaire, avec pâleur, sudation, pouls rapide, chute de pression sanguine et faiblesse, rapidement suivi dans les cas les plus graves par un arrêt du cœur et une mort rapide.

Le troisième type est une réaction allergique, résultant probablement d'une sensibilisation préalable et se manifeste par un callapsus cardio-vasculaire rapide et profond. Le patient doit être immédiatement allongé de préférence sur la face de façon que le passage de l'air soit resté facile et que la respiration artificielle soit plus facilement mise en œuvre.

Un analeptique tel que la coramine peut être administré par voie intraveineuse (bien que les circonstances soient peu favorables), car la circulation périphérique est arrêtée et les médicaments en injection hypodermique n'atteignent pas les centres vitaux. La dose actuelle de 1 cm³ de coramine n'est pas suffisante. 3 à 5 cm³ doivent être donnés pour être réellement efficaces, dans une syncope profonde.

Parallèlement, la respiration artificielle doit être commencée avec apport d'oxygène et de gaz carbonique. La bouche doit être débarrassée de tous débris et le patient doit être maintenu allongé jusqu'à complet rétablissement.

En cas de délire ou de convulsion avec dépression cardio-vasculaire, on peut employer une injection intraveineuse d'un barbiturate tel que le

thiopentone 0,2 à 0,4 grammes, dont les effets sont impressionnants. Malheureusement, il n'existe pas de moyens sûrs pour prévoir ces mécomptes, peut-être le traitement préventif avec des barbituriques. En cas de doute, il vaut mieux avoir recours à l'anesthésie par inhalation. Le test de la sensibilité épidermique (Allen 1945), a une valeur certaine pour détecter les patients qui sont sensibles à la novocaïne.

Analgésie par inhalation. — Tous les agents susceptibles de produire l'anesthésie générale sont capables de provoquer l'analgésie. Le chloroforme, par suite de sa toxicité, a été abandonné. L'éther ne peut être employé à cause de sa nature irritante. Le vinesthène a été employé, mais sa grande volatilité en rend le contrôle difficile. Le cyclopropane peut être employé pour l'analgésie, mais il est si puissant qu'il est difficile d'empêcher l'anesthésie totale. D'autre part, son emploi requiert un appareillage complexe. Le chlorure d'éthyle est généralement considéré comme plutôt dangereux et toxique, mais il a été employé par Forman (1942) et d'autres avec grand succès en analgésie. Forman a imaginé un inhalateur nasal léger. La vaporisation du chlorure d'éthyle est réglée automatiquement par le patient actionnant une poire de caoutchouc.

Le protoxyde d'azote. — Comme analgésique, est supérieur surtout lorsqu'il est donné avec de l'oxygène. Il a certains avantages sur l'analgésie par conduction. Plusieurs dents, dans des parties différentes de la bouche, peuvent être traitées en une séance. Son action est rapide, environ deux minutes, pour obtenir une analgésie maxima. Cette analgésie peut être continuée indéfiniment. La vibration de la fraise ne trouble pas le patient.

Cette analgésie est indiquée pour les extractions de dents abcédées, kystes infectés, pulpotomies, curettages, corrections osseuses, suture de gencive, tamponnements, cautérisations, etc...

Le protoxyde d'azote doit être employé à environ 60 % pour donner une bonne analgésie. Si on se sert de l'air comme adjuvant, le pourcentage d'oxygène inspiré par le patient est d'environ 8 %. Un si faible pourcentage ne peut être supporté longtemps et on doit diminuer la proportion de protoxyde d'azote perdant ainsi un peu d'efficience. Le protoxyde additionné d'oxygène est l'analgésique idéal et se prête admirablement à la self-administration. Pour le succès de l'analgésie, une certaine psychologie est nécessaire, il est utile qu'il ait lui-même expérimenté l'appareil (suit la description des sensations éprouvées par le patient).

Appareils

Il existe beaucoup d'appareils pour l'analgésie gaz et oxygène ou gaz et air. Ils sont tous basés sur le principe du flot intermittent inventé par Mc Kesson. Bien que la valve soit constamment ouverte, un dispositif automatique ne permet au gaz de s'écouler que lorsque le patient respire, épargnant ainsi beaucoup de gaz.

Quelques types sont contrôlés par l'opérateur, d'autres par le patient et ne délivrent du gaz que lorsqu'il presse sur une poire. Les appareils sont munis d'un contrôleur de mélange, permettant de varier la proportion des deux gaz inhalés.

Pour l'inhalation analgésique, le patient doit respirer par le nez. Il faut démontrer que cela est facile même lorsque la bouche est ouverte. Quelques gouttes d'aphedrine facilitent la respiration nasale. Il est bon de parler au patient durant l'analgésie. Mais la conversation doit être à sens unique sans quoi le patient respire par la bouche et l'analgésie s'interrompt.

Il faut veiller à l'application correcte du masque qui ne doit pas obstruer les narines.

L'appareil doit être réglé pour donner de 50 % à 70 % de protoxyde, certains alcooliques demandent 80 %.

Au bout de deux minutes, la valve d'expiration doit être close partiellement et on peut commencer à opérer. Dans la préparation des cavités, il faut veiller à ne pas laisser chauffer la fraise, car la sensation thermique est peu touchée par l'analgésie.

Il faut surveiller l'analgésie qui ne doit pas aller jusqu'à l'anesthésie. On est prévenu par la fermeture de la bouche, l'incoordination musculaire, une respiration bruyante, une réponse exagérée aux excitations, une respiration plus profonde (quelquefois avec stertor), une fixité des pupiles et des mouvements de déglutition.

Médication préparatoire

Surtout nécessaire avec les appareils donnant gaz et air.

Aspirine 10 grains avec bromure de potassium 15 grains, une heure avant. Quelques praticiens préfèrent les barbituriques tels que le nembutal, 0,5 à 1,5 grains ou luminal (phenobarbitone) 1 à 2 grains, leur action est inconstante.

Si l'on a donné un barbiturique, le patient doit être accompagné à son domicile.

Trichloréthylène

Récemment préconisé pour l'anesthésie (Galley 1945) et l'analgésie. C'est un hydrocarbone chloruré, non saturé, semblable au point de vue de la constitution chimique au chloroforme. C'est un liquide incolore, à odeur douce comme celle du chloroforme. Sa densité est de 1,46, son point d'ébullition 87° C, il est donc peu volatil. Il n'est ni inflammable, ni explosif. Il est assez stable mais peut donner certains produits de décomposition toxiques par exposition à l'air et à la lumière solaire. C'est pourquoi il est conservé dans des bouteilles d'ambre fermées.

« Trilène » qui est le produit commercial, contient 0,01 % de thymol pour favoriser sa conservation. et de la waxoline bleue pour lui donner une couleur reconnaissable. Il a été employé comme anesthésique en 1942 (Hewer). Ses effets ressemblent à ceux du chloroforme, il est moins puissant et moins toxique, son action analgésique est plus marquée.

Employé en anesthésie générale chirurgicale en circuit fermé avec addition de gaz carbonique, il fut mis en évidence qu'il se formait des produits toxiques (Humphrey et Mc Clelland, 1944 et Carden, 1944). Il ne doit donc pas être donné en circuit fermé. Cette restriction n'a pas d'importance en analgésie.

Il est assez rapide. Williams (1946) indique 3 minutes ; son action est contrôlable et reversible rapidement.

Il est agréable pour le patient et inoffensif ; il comporte peu d'effets nuisibles. Son emploi est économique et l'appareillage, contrairement à celui qui emploie gaz et oxygène est simple et peu coûteux. Il se prête à l'auto-administration par le patient, l'intervention d'un anesthésiste n'est pas utile.

Son efficacité est importante et la moyenne de succès est estimée à 95 % (Ellingham, 1944).

Son odeur ne remplit pas la pièce comme celle de l'éther et du chloroforme, elle n'est plus perçue par le patient après les 15 ou 20 premières inspirations (Sher, 1946).

Les contre-indications sont peu nombreuses. On obtient peu de succès avec les enfants et avec les patients qui ne savent pas collaborer, mais cela est vrai pour toutes les méthodes d'analgésie.

Des lésions cardiaques non compensées, de graves troubles hépatiques ou rénaux sont considérés comme des contre-indications.

Il n'est pas indiqué pour une administration prolongée. D'une part, le patient aspire les vapeurs au moyen d'une poire à main et la fatigue arrive en vingt minutes environ. Le gaz peut être aspiré mécaniquement, mais on supprime ainsi le facteur de sécurité, qui est considéré comme de première importance. Si la vaporisation est obtenue par le pompage manuel, le superdosage est impossible car le patient s'endort et s'arrête de pomper.

D'autre part, si l'administration est prolongée plus de trente ou quarante minutes, des nausées surviennent. L'appareil à Trilène Williams-Hill

(Williams, 1946), convient à l'usage ; il est conçu pour la self-administration. Il comporte un flacon de verre pour le trilène qui ne peut être renversé ou trop rempli, une poire à main, un tube de caoutchouc, un masque nasal.

Le médicament est évaporé sur une mèche dans le flacon et la vapeur est apportée au masque nasal par le jet d'air venu de la poire. Des trous dans le masque admettent l'air lorsque la poire n'est pas employée et servent ultérieurement à réduire la concentration de trilène.

L'appareil peut être fixé à la têtière du fauteuil par une vis et tient peu de place. Le masque est d'abord tenu à quelques pouces du nez, on demande alors au patient de respirer par le nez et d'appuyer sur la poire. Après 15 ou 20 inspirations, pendant lesquelles le masque est rapproché graduellement de la face, il n'est plus alarmé par l'odeur du trilène.

L'appareil est alors fixé sur le nez et le patient est prié d'actionner la poire plus énergiquement. En deux ou trois minutes tout ce travail peut être accompli. Le patient reste coopérant et l'ouïe n'est pas troublée, il est capable de suivre les instructions.

Aussitôt que le travail est fini, on laisse une ou deux minutes au patient pour se remettre.

Quelquefois, pendant l'analgésie, quelques mouvements indiquant une souffrance sont remarqués, mais le patient n'en garde pas le souvenir, ce qui est encore un avantage de l'analgésiant.

Parfois, comme avec le protoxyde d'azote, on observe une réaction involontaire, on peut s'en prémunir en faisant uriner le patient avant l'analgésie. Il doit également se garder de toute alimentation solide pendant les deux heures qui précèdent.

Le trilène restant dans le flacon à la fin de la journée doit être enlevé. Il peut contenir des produits de décomposition, il est probablement dilué par l'eau de condensation.

Un autre vaporisateur a été récemment décrit par Scher (1946). C'est un appareil simple, facile à construire au laboratoire.

Comme l'appareil de Williams-Hill, il comprend un vaporiseur, une poire, un tube et un masque. Le vaporiseur fonctionne d'après le principe de l'injection et ne comporte pas de mèche. Le tube est simple et passe sur la tête du patient. Il encombre moins le champ opératoire que les tubes cheminant au niveau des joues. Le masque est fait de résine acrylique, il est transparent et permet de voir si l'on n'obstrue pas les narines.

Les indications d'emploi du trichloréthylène sont celles de l'analgésie au gaz-oxygène. L'administration est facile et ne cause aucun trouble au patient.

Comme avec le gaz-oxygène, il est nécessaire de donner quelques explications en quelques mots sur l'emploi et le but à atteindre. De même, les résultats sont meilleurs si le patient a été préparé. Avec les alcooliques, sujets difficiles, un verre ou deux de leur breuvage habituel vaut mieux que de risquer un amoindrissement de l'analgésie. Les effets accessoires du trichloréthylène sont minimes. La salivation est signalée par certains praticiens. Un rythme respiratoire rapide (surtout dans les anesthésies chirurgicales) se rencontre également quelquefois dans l'analgésie. C'est une indication pour diminuer la force de la vaporisation.

Les vomissements sont très rares (environ 0,5 %), se voient dans les administrations prolongées, et même alors ne se produisent que si le patient a mangé récemment.

Le choix entre les trois méthodes : infiltration, gaz et oxygène, trichloréthylène, est une question de préférence individuelle. Il n'y a pas de préférence marquée par les patients.

Scher trouve que sur 150 cas, 43 % préfèrent le trilène à l'infiltration et 34 % l'autre méthode.

Sur 150 autres cas, 59 % préfèrent le trilène au gaz et oxygène, et 34 % l'autre méthode. L'auteur n'a pas de statistiques personnelles, mais il lui semble qu'elles seraient probablement en faveur du trilène. L. S.

HICKLEY (Maurice J.), D.M.D., M.D., New-York. — **Anesthésie locale en chirurgie buccale.**

La production de l'anesthésie dans un territoire limité et sans perte de connaissance a été le chef principal des recherches pendant plusieurs siècles. L'invention de la seringue hypodermique en 1845 et la découverte de la cocaïne en 1879 peuvent être considérées comme marquant le début de l'anesthésie locale comme nous la connaissons actuellement. L'usage de la cocaïne comme agent anesthésique fût bientôt prouvé comme non satisfaisant. Cette drogue était dangeureusement toxique quand elle était injectée, et la durée de l'anesthésie était très courte. Les désavantages de la cocaïne furent quelque peu diminués avec la découverte de l'*épinephrine* (1). L'addition de l'épinephrine à la solution en réduisait la toxicité et prolongait l'anesthésie en délayant l'absorption. La cocaïne reste encore maintenant une drogue dangereuse à injecter.

La recherche d'un agent anesthésique moins toxique continua et, en 1905, un produit synthétique fut découvert : la procaïne. Depuis, les techniques de l'anesthésie furent améliorées et les recherches pour un toujours meilleur anesthésique continuèrent.

L'administration d'un anesthésique local en chirurgie buccale présente de grands avantages. Il n'y a, en fait, qu'un nerf avec lequel nous avons à faire ; de plus, la nature a si bien fait les choses que l'anatomie de ce nerf est telle qu'elle nous permet de choisir par de nombreux points le lieu ou nous pratiquerons l'anesthésie. La grande majorité des opérations buccales peuvent être tentées soit après l'anesthésie de la seconde ou de la troisième division de la 5e paire de nerf cranien.

Méthodes d'administration. — La méthode d'anesthésie locale se divise en deux principaux groupes :

1° Le blocage du nerf dans lequel tous les points innervés périphériquement sont anesthésiés depuis le point d'injection de l'anesthésique ;

2° L'infiltration du champ opératoire.

Dans cette dernière méthode, l'anesthésie est limitée par l'étendue la plus lointaine de la diffusion de la solution anesthésique dans les tissus. Le choix de la méthode dépend de beaucoup de facteurs, mais, en général, la meilleure règle à suivre est d'employer la plus simple méthode. Cette décision est basée sur de tels facteurs comme : l'étendue de la surface opératoire, la facilité avec laquelle l'anesthésie peut être donnée, la présence ou l'absence d'infection. L'infection seule est rarement le facteur décisif, il y a peu de cas où l'infection ne permet pas d'anesthésier dans un champ déterminé.

Le choix de lieu d'injection rend ceci possible.

Blocage du nerf. — L'anesthésie du maxillaire, y compris les sinus maxillaires, peut être obtenue à partir de la 2e division du nerf. L'étendue de l'anesthésie peut être réglée par le choix du point d'injection si le cas est tel qu'une grande partie ou tout le maxillaire doit être anesthésié, cette 2e division peut être bloquée dans l'espace sphéno-maxillaire, la technique de cette anesthésie n'est pas plus difficile que le blocage de la mandibule, elle ne nécessite pas d'équipement spécial, seule une aiguille coudée à angle droit peut faciliter la technique.

Trois voies sont possibles : intra-buccale, exo-buccale et orbital, cette dernière voie est plus dangereuse et moins usitée. La voie exo-buccale est certainement la plus facile et la plus sûre de toutes ; l'opérateur se tient devant le patient qui a la tête bien en arrière.

P. A. CANIVET et J. GUITTON.

(1) Isomère racemique pur d'adrénaline.

CARIE DENTAIRE

JACCARD (René). — **Notre enquête sur la fréquence des caries.** (*Médecine et Hygiène* (Suisse), 1er janvier 1947).

Conclusions. — Il semble établi que les carences et restrictions alimentaires n'ont pas aggravé l'état dentaire au point de vue caries, du moins.

L'auteur estime que la question mérite d'être reprise et suggère qu'elle pourrait faire l'objet d'une thèse de doctorat. L. S.

KOSTECKA (Prof. Fr.). — **Prévention de la carie dentaire.** (Extrait de *Ceskoslovenska Stomatologie*, numéro du Congrès de Prague).

Les organes dentaires sont soumis à toutes les lois de l'hérédité et de la constitution, comme tous les autres organes du corps humain.

Les changements pathologiques qui se produisent dans l'organisme apparaissent également plus ou moins dans la denture, bien que nos méthodes actuelles de recherches ne nous permettent pas toujours de le prouver.

Le métabolisme dentaire est lié au métabolisme général. Après l'éruption des dents, il faut distinguer deux sortes de métabolisme : l'un général, a lieu par la pulpe ; l'autre local, est d'origine salivaire. Ces deux importants facteurs jouent un rôle, non seulement dans le développement physiologique normal, mais également au cours des évolutions pathologiques.

La carie dentaire est, dès le début, un processus physico-chimique qui attaque la surface saine de l'émail d'une façon diffuse et non pas en un seul point.

La principale cause de la carie est la formation d'acides organiques par l'action des bactéries sur les hydrates de carbone. Selon la rapidité avec laquelle se forment ces acides et la résistance de l'organisme, il faut distinguer des caries rapides, chroniques ou récidivantes.

Jusqu'à présent le diagnostic de la carie dentaire est resté insuffisant et doit être amélioré. Il faut également donner plus d'importance à l'étude épidémiologique de la carie.

Le but de la thérapeutique de la carie est son dépistage dès les débuts, puis son inhibition au moyen de soins appropriés.

Il faut rendre visite fréquemment à son dentiste afin que celui-ci puisse effectuer une surveillance effective.

Le régime alimentaire peut jouer un rôle important, non seulement comme facteur étiologique, mais aussi dans un but préventif.

L'étude biochimique du milieu buccal fait actuellement l'objet de recherches qui donnent des résultats satisfaisants.

Nous pouvons supposer que la présence de fluor ou d'autres substances similaires dans les eaux de boisson diminue la réceptivité à la carie.

On espère que l'action protectrice de la salive consistant à déposer une couche épiminéralisée (dont l'existence a été histologiquement prouvée) et d'autre part à réminéraliser la dent sera utilisée à l'avenir dans la prévention de la carie.

A condition d'être simples et faciles à mettre en action, les tests sur l'activité de la carie seraient fort utiles. C. J.

DENTISTERIE OPÉRATOIRE

JEFFERY Alexander W. — **Obturation à l'or en feuille. Description d'une technique spéciale.** — (*Journal of the American Dental Association*, mai 1947).

Plaidoyer en faveur de l'obturation vers l'âge de 10 ans de la face mésiale de la dent de six ans souvent cariée au contact de la deuxième molaire temporaire (Vérification par la Radio).

La préparation de la cavité est facilitée par la pose de la digue qui déprime la languette gingivale à la face mésiale.

Extension latéralement et en haut jusqu'au dessus du point de contact.

L'avantage de ce genre d'obturation est que la feuille d'or correctement insérée possède la plupart des qualités requises pour une obturation permanente. L'opération est achevée rapidement en une séance avec le minimum de sacrifice de tissu dentaire.

L'auteur emploie conjointement l'or cohésif et l'or non cohésif. — L. S.

MARMASSE (A.). — **Cicatrisation néo-dentinaire de la plaie pulpaire. (Observations cliniques).** (*La Revue Odontologique*, mars 1947, page 11).

Relation de 45 cas de pulpes exposées traitées par la méthode conservatrice suivant les procédés de MM. Held, de Genève, Müller, de Bâle ; Hess, de Zurich.

Hess annonce de 75 % à 85 % de succès, M. Marmasse estime arriver à peu près aux mêmes résultats.

Jusqu'à présent il n'a pas traité de pulpites aiguës, il commence maintenant cette deuxième série d'expériences.

Le *modus operandi* est longuement et minutieusement décrit : produit de coiffage et technique.

Ce qu'il importe avant tout, c'est de respecter la parfaite asepsie des manœuvres. L. S.

Dr Antonio YAZIGI. — **Chirurgie des lésions périapicales** (*Revista Dental de Chile*, Vol. 39, mars 1947, N° 3).

On peut conclure en disant que si les succès obtenus (environ 250 cas) sont nombreux et flatteurs dans notre expérience clinique, tout autant peuvent l'être les échecs, car il reste une autre ressource qui est la chirurgie à but conservateur ou mutilateur. Quoique pour la première il ne soit pas toujours possible de la pratiquer, soit pour des raisons médicales, soit à cause des difficultés d'ordre chirurgical, soit enfin par suite de la résistance du malade. Le Dr Yazigi veut démontrer avec le présent travail que le traitement médicamenteux simple des conduits radiculaires, bien conduit, donne un pourcentage appréciable de succès dans des lésions périapicales déterminées et il est une ressource utilisable par l'odontologiste pratique, il ne nécessite aucune spécialisation d'appareillage d'application compliquée ou dangereuse. Par le traitement médical on a l'avantage d'éviter l'extraction de la dent ou la mutilation de la racine à son extrémité, comme dans l'apicectomie, qui laisse à l'organe, dans des conditions défectueuses, son utilité pour des restaurations prothétiques.

A l'appui nous désirons montrer un nombre appréciable de radiographies de cas traités par divers médicaments, dans beaucoup de ceux-ci le succès a couronné les efforts du Dr Yazigi et dans d'autres il n'a pas été suivi de réaction de l'organisme. Ces échecs ont correspondu à des terrains peu favorables à la réaction, ou, parfois à un traitement incomplet par défaut du cathétérisme total des canaux, par suite de conformations anatomiques spéciales, ou à cause des conduits s'ouvrant d'une manière invisible macroscopiquement. D'autres échecs se sont présentés dans nos granulomes qui paraissaient avoir une prédominance de cellules épithéliales (granulome épithélial). Chaque cas peut présenter un intérêt particulier. La littérature de Puci, Maisto et d'autres auteurs apporte des développements assez nombreux et intéressants, avec un succès évident en suivant la technique médicamenteuse simple. G. L.

FLUOR ET DENTS

Compte rendu du Congrès annuel du Comité de thérapeutique dentaire. (*Journal of the American Dental Association*, N° 11, 1er juin 1947, page 780).

Communiqué relatif aux fluorures.

Il est d'évidence que les solutions de fluorures convenablement appliquées sur les dents sont capables d'inhiber dans une certaine mesure les caries dans une collectivité enfantine. Toutefois, la méthode est associée à beaucoup de facteurs inconnus, parmi lesquels, le nombre optimum des applications, la concentration, l'état local favorisant l'absorption et le mode d'action des fluorures.

En dépit de ces réserves, cette thérapeutique paraît offrir un moyen de réduire les caries, avec une sécurité relative, dans une population particulièrement fragile et mérite l'attention comme une mesure de salubrité publique susceptible de se développer largement.

Actuellement la concentration optima de fluorure n'est pas connue, d'après les estimations les plus vraisemblables, les applications répétées d'une solution aqueuse à 2 % de fluorure de sodium précédées d'un nettoyage buccal semblent devoir être recommandées.

BELLINGER, WILLARD (R.). — **The dental implications of fluorine. A review of the literature. — Les effets dentaires des fluorures. Revue de la bibliographie.** (*Journal of the American Dental Association*, N° 11, juin 1947, pages 719 à 737, 4 tableaux).

Conclusions. — 1° Il a été prouvé que des personnes ayant ingéré des eaux de boisson contenant des fluorures dans la proportion de 1 pour 1.000.000 ou plus, pendant toute leur vie, présentent deux ou trois fois moins de caries que les personnes qui prennent des eaux exemptes de fluorures.

2° Des applications topiques de fluorure de sodium sur les dents jeunes dans les pays dépourvus de fluorures ont abouti à une réduction de 40 % du nombre des caries dentaires.

3° Les applications topiques de fluorure de sodium se montrent avantageuses dans les contrées où les eaux de boisson contiennent seulement des traces de fluorures.

4° Des applications topiques de fluorures de sodium sont avantageuses pour les populations qui ne peuvent se procurer une eau naturelle contenant une concentration optima de fluorures.

5° Les résultats d'expériences sur des animaux montrent une relation inverse entre le nombre des caries et l'ingestion de nourriture et d'eau contenant des quantités optima de fluorures.

6° Il a été démontré qu'il y a une étroite corrélation entre le nombre des bacilles lactiques acidophiles et la production des caries et que le nombre de ces bacilles varie en raison inverse de l'ingestion des eaux contenant des fluorures.

7° Il est possible qu'un ou plusieurs facteurs autres que les fluorures dans les eaux de boisson naturelles puissent exercer leur influence inhibitrice sur les caries dentaires.

8° La valeur du senil déclenchant la fluorose (intoxication fluorée, darmous) a été fixée à 1 de fluorure pour 1.000.000 d'eau.

9° La réduction des caries par l'ingestion d'une dose optima dans l'eau de boisson n'agit que si cette ingestion a lieu au moment de la calcification des dents. (Durant les 8 ou 10 premières années de la vie).

10° Il n'a pas été démontré que l'ingestion ou le contact avec des eaux contenant des fluorures eut un effet sur les dents après leur calcification complète.

L. S.

DENSTON C. S. — **Fluorine. — Etude sur son rôle dans la production des hypoplasies dentaires et comme facteur d'arrêt des caries** (*The Dental Journal of Australia*, N° 3, mars 1947, p. 59 à 77).

Le travail débute par un rappel historique.

Les premières constatations relatives à la présence de fluorine dans les dents remontent à 1803 (Dominico Morichini). D'accord avec Gay-Lussac, il démontre la présence de fluorine dans les dents fraîches humaines et animales.

Rabuteau expérimentant sur l'animal démontre les propriétés toxiques de la fluorine, en 1867. Depuis cette date, de nombreuses publications ont vu le jour dans diverses contrées.

Le « mottled enamel » ou « Darmous » sévit dans plusieurs pays :

Angleterre	Chine du Nord
U. S. A.	Argentine (Dientes Veteados)
Indes	Mexique
Australie	Barbades
Afrique du Nord	Bahamas
Afrique du Sud	Espagne
Hollande	Açores
Iles du Cap Vert	Italie Rome (Denti Scritti)
Japon	Italie Naples (Denti di Chiaie)

Chimie. — Le fluor se trouve dans le spath fluor, la cryolite, le mica, la tourmaline. Dans les eaux de mer, dans des sources minérales, dans les os, les dents, le sang, le lait et dans certaines plantes.

C'est un élément très actif qui, à l'état libre, entre immédiatement en composition avec l'eau ambiante formant l'acide fluorhydrique.

Le fluorure de calcium est presque insoluble.

Les fluorures marquent une tendance prononcée à former des composés complexes.

Solubilité de quelques composés :

	Teneur en fluorure	*Solubilité à 23° C. p.* 100
Fluorure de sodium NAF	45,46	4,210
CAF_2 (Spath fluor ou fluorite)	48,63	0,0017
$NA_2 SIF_6$ (fluoro silicate de sodium)	60,57	0,759
$K_2 SIF_6$ (fluoro-silicate de potassium)	51,70	0,176
$Ba SIF_6$ (fluoro-silicate de Barium)	50,68	0,024
$NA_3 ALF_6$ (cryolite)	54,26	0,039
$NA_3 ALF_6$ (synthetic	52,50	0,063

On estime que la fluorine représente environ 0,1 % du premier demi-mile de la croûte terrestre (terres et eaux) ; il est le 20e élément par ordre d'importance.

Le phosphore occupe une place à peu près équivalente et le calcium est environ 30 fois plus abondant.

Toutes les eaux en provenance de couches phosphatées ou d'argiles marines sont riches en fluorine par humidification des roches. Les plantes sont d'autant plus imprégnées que le sol est plus riche. La peau de certains fruits présente une teneur élevée, 11 fois plus dans l'enveloppe de la banane que dans la pulpe.

Le « Darmous » d'Afrique du Nord est un exemple d'intoxication par les plantes et par les eaux. La poussière contient 600 mg. %. Le « Darmous » ne se déclare que lorsque le sol renferme plus de 20 mg. % (0,02 %) de fluorine.

Gaud, Charnot et Langlais donnent (1934) les chiffres suivants :

	Cendre d'os mandibulaire	*Cendre de dents*
Monton normal	0,32 % F	0,40 % F
Mouton avec « Darmous »	3,20 % F	4,60 % F

Eaux. — Dans les régions calcaires, les eaux contiennent peu de fluorine, elles en renferment beaucoup dans les zones à roches phosphatées.

L'eau de mer contient de 1 à 1,4 mg. par litre suivant la saison, la profondeur et la distance du rivage. La présence de CO^2 augmente la solubilité de la fluorine.

Le fluorure de sodium est considéré comme 20 fois plus toxique que le fluorure de calcium. Bromchead considère que le fluorure de sodium est mille fois plus soluble que le fluorure de calcium.

Il ne faut pas perdre de vue que l'eau n'est pas la seule source de fluorine, le poisson, les œufs, les légumes, les fruits sont à considérer.

Le seuil toxique de la fluorine est actuellement estimé à 0,9 mg. par litre d'eau.

Histopathologie de l'hypoplasie de l'émail. — Les défectuosités résultent d'arrêts temporaires dans l'activité de l'organe de l'émail.

L'auteur décrit les hypoplasies en points, en lignes horizontales. Le microscope montre des déficiences ou des absences de cément inter-prismatique. Quelquefois, les prismes sont brisés, irréguliers.

Ces lésions s'étendent vers les lignes de Retzins, vers la limite avec la dentine. L'opinion générale est que l'excrétion de fluorine par la salive n'est pas un facteur puissant.

Machle considère que les eaux de boisson ne peuvent être incriminées seules et qu'on doit rechercher la source des fluorures dans l'alimentation solide.

Day conclut que le placenta est perméable à la fluorine qui est également éliminée par le lait maternel.

Il est cependant rare de constater des dents temporaires « mottled », alors que si les enfants boivent des eaux à forte teneur de fluorine, leurs dents permanentes présentent des hypoplasies lors de l'éruption.

Le passage de fluorine par le placenta et les glandes mammaires n'est toutefois observé que lorsque la teneur des aliments et des eaux en fluorine est élevée.

Lefkavitz et Bodecker écrivent : L'émail normal semble posséder une fonction protectrice semblable à celle de la peau.

Dans les dents des jeunes chiens et des jeunes enfants, il est perméable dans le sens limite de la dentine mais non en sens inverse.

La constatation de cette imperméabilité dans le sens centripète semble exclure toute possibilité d'obtenir une action calcifiante au moyen des sels contenus dans la salive. Plusieurs auteurs infirment cette opinion.

Bunting et Hill résument ainsi : Il est certain que l'absence de cellules vivantes ne peut s'accorder avec un métabolisme comparable à celui des autres tissus du corps. Mais il est possible que certains changements physico-chimiques puissent intervenir, soit par la salive de l'extérieur, soit par la pulpe, qui accroissent ou amoindrissent la solidité de l'émail.

La fluorine. — Facteur inhibiteur de la carie. — L'état actuel des constatations semble prouver que la fluorine agit pour diminuer le taux des caries.

En particulier, aux E. U., cette question a fait l'objet de nombreux travaux concordants.

Théories relatives à l'action inhibitrice de la fluorine :

a) La fluorine imprégnant les tissus dentaires les rend moins solubles dans le milieu ambiant ;

b) Elle réduit le taux de l'acidité sécrétée par les bactéries, sans réduire le nombre de celles-ci ;

c) Elle réduit le nombre des bactéries acidogènes.

En faveur de la première théorie, on note que la quantité de fluor est plus élevée dans les dents saines que dans les dents cariées.

La réduction de l'acidité est démontrée par les expériences de Bibby qui prouva que le fluorure de sodium dans la proportion de 1 p. 1.000.000 dans une culture glucosée retarde la production d'acide sans arrêter le développement des bactéries.

La question semble donc résolue pour les enfants.

Les effets sur les dents adultes ne sont pas encore suffisamment élucidés pour entraîner la conviction.

Emplois de la fluorine dans un but prophylactique ou thérapeutique. — Divers procédés sont préconisés :

a) Action locale. — Fluorure de sodium 1 p. 1.000 en solution aqueuse, appliquée tous les 3 ou 4 mois (Bibby) ;

b) Poudre d'os dans le régime alimentaire (Branson) ;

c) Bain de bouche additionné de fluorine (Atkins) ;

d) Pâte dentifrice à la fluorine ;

e) Eaux de boisson surveillées au point de vue de leur teneur en sels de fluor.

Pandit démontre que les adultes doivent avoir consommé des eaux riches en fluor pendant plus de 15 ans pour montrer des atteintes hypoplasiques.

Weaver estime que la fluorine est plutôt retardatrice que préventive à l'égard des caries. L'action pendant la période pré-éruptive et immédiatement après l'éruption semble la plus favorable.

L'auteur cite des faits relatifs à l'Australie.

Il existe des foyers où sévit la fluorose des moutons.

On relève des cas d'hypoplasie humaine, notamment chez les indigènes. L. S.

Fiorentini Serge. — **La prévention de la carie dentaire par l'utilisation des sels de fluor.** — (Extrait de *La Clinique Odontoïatrique*, 30 avril 1947). *Institut Supérieur de la Santé Publique à Rome.*

L'auteur est d'avis que cet important problème pourra donner, dans un proche avenir, une solution heureuse à la prévention de la carie chez les jeunes générations.

Cependant les constatations de l'auteur se rapportant à l'action toxique des sels de fluor lui semblent devoir imposer encore une grande réserve et de sérieuses précautions. H. L.

Schmid Hch. — **Le problème « contenance en fluor de la dent humaine ». Résistance à la carie** (*Médecine et Hygiène*, 1-7-1947, p. 226).

Conclusions.

. . . . . .

2° L'eau peut contenir davantage de fluor en solution quand elle traverse d'épaisses couches de sable et la teneur en fluor de la dent augmente tandis que la prédisposition à la carie diminue.

3° La teneur en fluor de la racine est environ double de celle de la couronne. Il s'ensuit que la teneur en fluor de la dent entière augmente quand il y a carié. La dentine et le ciment sont plus riches en fluor que l'émail.

4° Presque tout le fluor pénètre dans la dent par la voie sanguine. La teneur en fluor de germes dentaires (germectomisés) ne diffère guère de celle de dents ayant fait leur éruption récente. La teneur en fluor augmente avec l'âge.

5° Le fluor pénètre dans la dent par l'émail *in vivo* et *in vitro* encore plus rapidement par la dentine.

Le sulfocyanure de potassium appliqué préalablement au fluorure de sodium augmente l'absorption de ce dernier (véhicule). Les germes dentaires traités préalablement au RLK montrent *in vitro* plus d'avidité et d'inhibition que les dents ayant fait leur éruption.

6° Les dents enrichies en fluor (transmission rapide de la substance organique à la substance inorganique, hydroxyl-apatite) sont plus résistantes. Une bonne hygiène est néanmoins indispensable. Histologiquement : dépôt considérable de dentine secondaire ; chambre pulpaire rétrécie. L. S.

SOGOLOF. — **Sur la question de ce qu'on nomme l'émail pointillé (tacheté).**

La cause en serait une trop grande proportion de fluor dans l'eau de boisson. L'alumine posséderait la propriété de débarrasser l'eau de toute trace de fluor.

STOMATOLOGIA (U.R.S.S.), 1938, N° 4 :

TORCHINSKY. — **La perméabilité aux sels d'argent de la dentine soumise à l'action du fluorure de sodium.**

L'auteur montre que cette perméabilité est réduite.

KROUPNIKOVA. — **Observations sur l'emploi du fluorure de sodium dans le traitement des dents atteintes de pulpites et des périodontites chez les adultes.**

L'auteur recommande de laver les canaux avec une solution isotonique (0,7 %) de fluorure de sodium, et de les obturer ensuite par la pâte au N a F.

ROUBINSTEIN (J.). — **Observations sur la microflore du canal en connexion avec l'emploi du fluorure de sodium dans la thérapeutique des périodontites.**

L'emploi de la solution de NaF et de la pâte au fluorure de sodium est une méthode de choix pour les périodontites.

GOULIAEWA (A.), GORODETZKY, ROUSLIANDSKY et PANOFF. — **Emploi de fluorure de sodium en prothèse.**

Pour le meulage des dents vivantes à couronner, les auteurs conseillent de les enduire, dès l'apparition de la sensibilité, d'un mélange de NaF (75 %) et de glycérine (25 %) que l'on renouvelle à la réapparition de la sensibilité. Ce mélange sert également à protéger la dent contre l'irritation produite par les variations de température et les agents chimiques. L. B.

ORTHODONTIE

TOWNEND B. R. — **La philosophie de l'orthodontie** (*The Dental Record*, N° 6, juin 1947, p. 140 à 147).

L'auteur pose en principe que tous les troubles orthodontiques sont sous la dépendance à la fois des influences génétiques et de l'ambiance.

L'évolution depuis notre ancêtre arboricole tend au raccourcissement des arcades dentaires, les dents subissant moins rapidement que les muscles et les os ce processus évolutif, d'où il résulte un déséquilibre.

En diminuant le « volume dentaire », le praticien ne fait que précéder les étapes évolutives en cours.

La génétique nous apprend que des changements interviennent dans les glandes endocrines et dans leurs sécrétions, ces changements devenus héréditaires influencent à leur tour les malformations, de sorte que l'on attribue à tort des régimes, des conditions pathologiques du nez et de la gorge qui, dans beaucoup de cas, trouvent leur origine dans un processus génétique. L'auteur cite le travail de Kretschmer « *Physique et Charactère* ». Trois types sont décrits :

Leptosome. — Λεπτός mince, Σῶμα corps.

Type élancé, épaules étroites, omoplates saillantes, poitrine longue, étroite et plate.

Mange beaucoup, reste maigre.

Tendances. — Développement incomplet de la mandibule. Ulcère gastrique ou duodénal. Schipophrénie intellectuels et poètes (Shakespeare, Dante, Voltaire).

Piknic. — (Πυκνὸς, épais, compact, fort).

Stature courte, cou court, épaules rondes, poitrine en forme de baril. Face large.

Tendance à l'obésité et aux troubles de la vésicule biliaire, semblent portés à la dépression maniaque, ce sont les constructeurs du monde, Winston Churchill, Napoélon, Staline, etc...

Athlétic ou musculaire. — Muscles fortement développés, mandibule carrée avec une tendance au prognathisme et à l'obésité à la fin de leur vie. Plus de chair que de cerveau. Phsychologie relativement simple et primitive.

Le Leptosome a des arcades longues, étroites, aboutissant à des malocclusions comprenant des palais étroits et un développement insuffisant de la mandibule.

Le type Piknic montre une tendance à une déficience dans la croissance dans le sens antéro-postérieur avec le danger de chevauchements et d'inclusions.

Le type Athlétique a des tendances au prognathisme mandibulaire.

Sheldon et ses collaborateurs admettent trois types, suivant la prédominance du développement de l'endoderme, du mésoderme ou de l'ectoderme. L'endomorphique correspond au Piknic de Kretschmer, le mesomorphique à l'athlétique ou musculaire, l'ectomorphique correspond au leptosome.

Ces types ne se trouvent généralement pas à l'état pur ; les croisements créent, multiplient les différences individuelles.

L'auteur définit ensuite les expressions. Croissance et développement.

On peut assister à un développement spectaculaire associé à une croissance retardée. Il est probable que beaucoup de malformations dentaires sont dues à un manque de corrélation entre ces deux processus qui habituellement vont de pair.

Il définit l'état normal. L'absence de trouble de santé, ou d'incapacité fonctionnelle susceptible d'altérer la morphologie normale ou d'entraver la physiologie naturelle.

Nous héritons de certaines tendances à la dysharmonie et aux troubles de la croissance et du développement qui à leur tour produisent des anomalies, plutôt que nous héritons de ces anomalies elles-mêmes.

L'auteur cite à l'appui de cette assertion, sa thèse relative à l'extraction prématurée des dents temporaires. Il estime que la perte de ces dents doit être considérée comme un facteur secondaire qui peut aggraver une tendance potentielle, mais si cette tendance n'existe pas, la malocclusion ne se produit pas.

Il passe ensuite en revue les conditions ambiantes qu'il considère comme des facteurs secondaires agissant sur un terrain préparé.

Le régime et les maladies exercent leur influence sur la fonction musculaire et retardent la croissance, dominant les causes spécifiquement locales, exception faite du groupe important de malocclusions dues à des dents surnuméraires aux fissures vélo-palatines, aux becs-de-lièvre qui n'entrent pas dans le cadre de ce travail.

Le résumé de cette lutte entre notre hérédité et les facteurs ambiants est résumée dans ce raccourci de Ashley Montagne dans son introduction à l'Anthropologie Physique.

On ne peut pas faire une bourse de soie avec une oreille de porc, mais en amoindrissant suffisamment les facteurs ambiants, on peut faire une oreille de porc avec des matériaux qui, sous l'influence de meilleures conditions, eussent pu devenir une bourse de soie.

L'auteur cite le travail de E. Rix « Déglutition et les dents » qui étudie les influences des habitudes sur la morphologie du système dentaire.

L'observation des parents des troubles de leur système nerveux doit inciter à penser qu'ils ont transmis à leur descendance des potentialités susceptibles de se développer. Le suçage du pouce, la respiration buccale sont aisées à diagnostiquer ; il n'en est pas de même d'autres habitudes de déglutition atypique qui peuvent entraîner des malocclusions par des perturbations dans les muscles faciaux et masticateurs. L'hyper ou l'hypotonicité des muscles masticateurs peut être mise à la base de troubles qui peuvent se déclencher si le terrain est favorable.

L'auteur, à propos de l'intérêt que présentent des chiffres et des mesures

remplaçant des descriptions imprécises et confuses, cite les travaux de Simon, de Brodie Chapman 1934, des Américains (auxquels il reproche d'oublier de citer leurs cousins anglais). Il retient de ces derniers qu'ils envisagent l'emploi de l'extraction comme une mesure thérapeutique en orthodontie.

Il termine en citant une récente étude de Tweed sur la constance de l'angle que fait le bord inférieur de la mandibule avec le plan de Francfort.

Cette constatation lui apporte une aide précieuse dans le diagnostic et le traitement des malocclusions. L. S.

FREIDEL (Ch.), LEVI et PERNOT. — **Prognathie inférieure traitée par la méthode de Lindemann.** (*Annales Odonto-Stomatologiques*, juin 1947, page 143).

Observation d'une patiente traitée par la section des deux branches montantes.

L'opération est suivie d'un blocage au fil métallique, maintenu un mois et demi, continué par l'application de forces inter-maxillaires.

La scie de Lindemann *doit être guidée par un doigt intra-buccal*, car elle risque de se fracturer. L. S.

MERLE-BÉRAL (J.). — **L'orthodontie envisagée sous l'angle d'une spécialité.** (*Information Dentaire*, N° 24, 15 juin 1947).

L'auteur expose ses conceptions personnelles sur la spécialisation orthodontique.

Il étudie successivement :

Les limitations d'exercice que doit s'imposer le spécialiste.

Son installation matérielle.

La conduite des traitements. L. S.

RUFFA J. — **Expanseur endognathique amovible à deux arcs réglables** (*L'Information Dentaire*, N° 27, 6 juillet 1947, pages 757-759, 1 planche).

Description d'un appareil destiné à remédier à une endognathie bilatérale.

Cet expanseur convient aux deux maxillaires. Il est amovible facilement et réglable.

Les seules parties fixées en bouche sont des bagues scellées. Deux par maxillaire. L. S.

PARODONTOSE

Dr Juan VILLAVICENCIO. — **Rapports de la parodontopathie et des anomalies dentaires** (*Revista Dental de Chile*, vol. 39, mars 1947, N° 3).

Le Dr Juan Villavicencio, ne pouvant tirer de conclusions des cas examinés, se borne à faire quelques déductions susceptibles de servir de guide dans la connaissance plus complète d'un chapitre de la pathologie bucco-dentaire, encore insuffisamment éclaircie ; connaissance qui doit être une mutuelle contribution d'orthodontistes et parodontistes.

On a toujours signalé l'importance que tiennent les diskinésies dans le développement des parodontopathies.

Le Professeur A. Leng commença déjà une étude dans laquelle il trouva un fort pourcentage de parodontopathies avec des gencives à niveau normal, sans cul de sac, mais avec divers types d'atrophies alvéolaires.

Dans beaucoup de ces cas, les anomalies dentaires seraient celles qui se rapporteraient à diverses modalités de parodontopathies par des actions purement mécaniques.

Le Dr J. Villavicencio s'est toujours préoccupé du rapport entre les anomalies dentaires et les altérations embryologiques qui pourraient affecter le parodonte.

Une documentation nombreuse permettra de mieux connaître les rapports qui peuvent exister entre les anomalies et les parodontopathies

avec « locus minor resistentia » et non seulement les altérations mécaniques, mais aussi pathologiques de caractère différent.

Aussi il serait possible de s'expliquer, avec quelque certitude, si la réapparition dans une période avancée de la vie d'un facteur pathologique qui agit à une époque embryologique sur une ou plusieurs pièces dentaires, pouvait se manifester précisément sur ces pièces et non pas sur les autres dont les parodontes demeurent exempts pour des raisons chronologiques durant la période embryonnaire. G. L.

PATHOLOGIE BUCCALE

P. CERNÉA. — **Formes atypiques et traitement de la tuberculose buccale** (*La Revue Odontologique*, N° 4, avril 1947, p. 173).

L'auteur rapporte deux cas cliniques qui présentent des aspects atypiques.

Dans un cas, très petite lésion, pas de passé pulmonaire. Antécédents négatifs. La biopsie est cependant positive. La radio montre une sclérose pulmonaire très ancienne.

Electro-coagulation et guérison.

L'affirmation classique que ces lésions sont des affections terminales chez des phtysiques avérés est donc ainsi controuvée.

Dans un autre cas, ulcération jugale importante. sans ganglions, *el indolente*. Biopsie peu concluante, pas de BK. BW négatif.

Trois mois après, biopsie positive.

Electro-coagulation, guérison lente.

Trois mois après, rechute à droite coïncidant avec un abcès froid costal volumineux. Traitement par vitamine D (méthode de Charpy) et deux injections de gluconate de calcium.

Au bout de six semaines, le malade semble en bonne voie de guérison.

Il meurt cependant un an après de granulée pulmonaire aiguë fébrile, sans récidive muqueuse.

Cette dernière observation montre que les lésions buccales peuvent précéder les lésions pulmonaires ou générales, le pronostic doit donc être réservé.

La tuberculose buccale peut simuler une tumeur, un épithélioma.

Les chancres tuberculeux primitifs peuvent se présenter sous forme d'ulcération indolente, régulière, propre, surélevée, indurée, ou au contraire à bords minces décollés, violacés.

L'adénite, d'abord mono, puis pluriganglionnaire doit attirer l'attention. Plus tard ramolissement et fistulisation.

Le bacille de Kock est facilement identifié. La cuti-réaction devient positive. Quelquefois, bacille bovin en cause (lait, fromage).

Diagnostic. — Recherche du bacille et biopsie (cette dernière est quelquefois suivie d'améliorations dues au traumatisme ? à l'anesthésie ?).

Traitement. — Primo infection : traitement général, pas d'intervention.

Lésions isolées de la muqueuse buccale : vitamines D et régime. 15 mg. 1 à 3 fois par semaine pendant plusieurs mois. Des doses plus fortes peuvent donner des accidents d'intolérance. En même temps, donner du lait. A défaut, gluconate de calcium (0,50 par jour).

Donner des crudités. Proscrire : porc, charcuterie, conserves, salaisons. Peu de sel. 1 à 3 jours par semaine, régime déchloruré total. Ni alcool, ni pain complet. Vie active, aérée.

Charpey *insiste sur la nécessité de soigner les dents cariées.*

L'auteur discute ensuite de l'intoxication par la vitaminothérapie intensive.

L'état des reins avant et pendant la médication doit être surveillé.

En résumé, la méthode de Charpey doit être essayée dans la tuberculose buccale où elle a donné des succès. Elle ne doit pas faire oublier les autres thérapeutiques. Régime, traitement interne, cautérisations par Zn Cl, électricité. Pas d'intervention dans les poussées évolutives. — L. S.

RACHET M. et TOUCAS-MASSILLON. — **La préparation du malade en odonto-stomatologie et chirurgie maxillo-faciale** (*La Revue Odontologique*, N° 4-1947, p. 179).

Le Dr Rachet souligne d'abord la différence entre l'exercice odonto-stomatologique qui, devant l'urgence et le manque d'organisation matérielle, condamne souvent le praticien à opérer sans avoir pu s'entourer de tous les renseignements et qui, ensuite, ne peut offrir à son patient toutes les ressources hospitalières qui s'imposeraient bien souvent.

Le Dr T. Massillon fait un rappel du mécanisme de la coagulation sanguine. L'état du foie est à considérer ; il guide le diagnostic et commande la thérapeutique préventive.

L'auteur envisage les deux éventualités qui se présentent dans la pratique :

a) Opération suivant immédiatement la consultation.

Par prudence, il recommande l'emploi systématique de Ca Cl^2, extraits hépatiques, sérum hémopoïétique. Exceptionnellement, transfusion sanguine ;

b) Opération faite avec un délai de quelques jours.

Prise du temps de saignement, prise du temps de coagulation.

Si tout est normal, un peu de sérum et de Ca Cl^2. Si le temps de saignement est très allongé, vitamine K, sérum Ca Cl^2, extrait de foie.

Le Dr Rachet traite ensuite de la préparation du patient en odonto-stomatologie.

Il faut rétablir l'équilibre neuro-végétatif et endocrinien variable avec chaque individu.

Il faut varier la thérapeutique avec les cas cliniques.

Le patient qui souffre intensément, c'est le cas le plus favorable, car celui-là supporte en général le surcroît de douleur opératoire.

Celui qui souffre un peu et qui appréhende peut être préparé en quelques heures. Celui qui consulte pour une extraction compliquée de dent atopique, par exemple 4 ou 5 jours de préparation.

L'auteur donne quelques exemples de préparatifs concernant un patient atteint de goître exophtalmique de diabète, de syphilis, etc... L. S.

Dr R. BATAILLE. — **Les lésions traumatiques de l'étage moyen de la face.** (*Actualités Odonto-Stomatologiques*, N° 1, 1947).

Résumé :

Après avoir brièvement rappelé les notions classiques sur les fractures de l'étage moyen, l'auteur formule des réserves sur certains points, particulièrement sur la rareté de ces fractures, sur les délais de consolidation qui lui semblent souvent supérieurs à ceux généralement indiqués, sur les déplacements secondaires que l'on rencontre de temps à autre et aussi sur les séquelles qui sont beaucoup plus sérieuses que de simples troubles de l'articulé dentaire et qui comprennent en particulier des lésions nerveuses, oculaires et sinusales.

Il montre que les dislocations ne sont pas nécessairement symétriques et que l'on rencontre fréquemment des fractures atypiques.

L'auteur passe ensuite à la clinique et étudie successivement l'enfoncement isolé du malaire qu'il oppose au point de vue thérapeutique aux lésions malaires accompagnant les grandes destructions, les disjonctions cranio-faciales hautes et basses qui posent souvent le problème des lésions craniennes.

Passant en revue les grands syndromes neurologiques qui font soupçonner une lésion cranienne, l'auteur insiste sur l'intérêt présenté par la collaboration entre spécialistes neurologiste et maxillo-facial.

Il met en évidence, au passage, que chez les grands traumatisés l'urgence maxillo-faciale n'est plus absolue, que la première chose à faire, avant tout autre soin, est d'arrêter l'hémorragie, désinfecter les blessures, les fosses nasales et le sinus, que la pénicillinothérapie et le traitement par les sulfamides sont des armes indispensables dont il a pu apprécier la valeur

au cours de ses fonctions de chef du groupe maxillo-facial de la Première Armée Française.

Etudiant en détail la sémiologie des fractures de l'étage moyen, l'auteur insiste sur l'assez grande fréquence de certaines disjonctions qui passent inaperçues, leurs signes cliniques étant très peu apparents.

Enfin, l'auteur parle des différentes méthodes de traitement insistant sur les procédés les plus simples, efficaces parce qu'ils sont rapidement employés et mieux tolérés et il termine par une série d'observations qui lui permettent de préciser les données de son exposé. C. J.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE DENTAIRES

STONES H. H. — **Les effets du régime sur la production des caries dentaires et de la parodontose chez l'homme** (*British Dental Journal*, 4 juillet 1947, pages 1 à 7).

L'auteur limite son étude aux effets physiques et chimiques du régime sur les caries dentaires et la parodontose.

La carie est beaucoup moins fréquente chez les peuples dont la civilisation est restée primitive.

Maori. — Pickerill (1923) trouve deux caries sur 260 crânes provenant d'une période antérieure à la civilisation.

Le régime alimentaire comprenait alors beaucoup de viande, de poisson, des fruits et des légumes.

Avec l'introduction du régime moderne, 47 enfants sur 50 ont des caries..

Esquimaux. — Le pourcentage des dents cariées (Weston Price, 1934) dans les tribus primitives, varie de 0 % à 0,9 %.

Le régime est presque entièrement carné (les organes internes sont consommés), beaucoup de graisse de poissons et de racines.

Waugh (1928) examinant des tribus nourries actuellement de pain, de sucre, confitures et légumes, constate que le nombre des caries a décuplé.

Pedersen (1947) constate que l'influence est surtout marquée chez les jeunes.

Bantous. — Colyer (1916) note l'absence de caries chez les indigènes vivant d'un régime primitif.

Staunus (1917) examine 1.300 indigènes et trouve 8,6 % de caries.

Le régime se compose de farines indigènes cuites de différentes manières et du potage, mais la nourriture était d'autre part dure et il s'ensuivait une trituration intense due au sable non éliminé.

Les indigènes mâchent des cannes à sucre ; Wohioz (1935) a noté que le sucrose n'est pas hydrolysé dans la bouche.

La civilisation a grandement accru le taux des caries.

Oranje (1936) arrive aux mêmes conclusions.

Dans les districts écartés, on compte environ une carie par individu, le contact avec les Européens augmente ce pourcentage. Middleton Schow (1931) et Osborne (1937) arrivent aux mêmes conclusions.

Staz (1938) sur 300 individus Bantous et Européens, conclut :

a) Que les caries sont présentes dans toutes les bouches. Moins nombreuses chez les Bantous primitifs, plus nombreuses chez les Bantous citadins et chez les Européens ;

b) Le pourcentage des caries chez les Bantous primitifs est très bas ;

c) Les caries varient en raison inverse de la trituration qui élimine les fossettes. La trituration est maxima chez les primitifs ;

d) La salive est plus acide et plus riche en mucine dans les groupes porteurs de caries ;

e) L'émail, la dentine et les lésions sont les mêmes au point de vue histologique dans tous les groupes.

On ne note pas d'hypoplasie chez les primitifs, bien que leur régime soit déficient en vitamines C et D, en calcium et en phosphore.

Tristan da Cunha. — Moins de deux cents habitants : Anglais, Ecossais, Hollandais, Italiens et natifs de Saint-Hélène.

Avant 1932 (peu de visites de navires), Simpson trouve 1,82 % de caries sur les dents permanentes. Le régime consistait en poisson, œufs, lait, pommes de terre et légumes.

Depuis cette date, les navires ont apporté de la farine et du sucre. Barnes (1937) rapporte que les chiffres ont monté à 4,6 %.

Nouvelles Hebrides. — Wiston Price (1933) note dans les îles isolées un très petit pourcentage de caries.

Il observe les résultats suivants :

Primitifs : 0,7 % à 1,3 % ;
Modernes : 16,3 %.

Sur 1.530 enfants, King (1940) dans l'île Lewis, note :

Enfants exempts de caries : Ruraux 28,1 % à 50 % ; Citadins 2 %.

Suisse. — Wiston Price (1933).

Dans la vallée du Lotschental où les 2.000 habitants vivent isolés et se nourrissent sur le pays de produits locaux, le régime, surtout celui des enfants, consiste en pain de seigle complet et en lait ; viande une seule fois par jour. Santé excellente, 0,3 cavité par individu.

Dans les cas où les communications sont facilitées avec la ville, le pourcentage s'accroît considérablement. A Vissoie, on note 20,2 cavités pour 100 dents et à Saint-Moritz, il est de 25 %.

Norvège. — Dans un district isolé, sans chemin de fer, chez les enfants entre 6 et 15 ans, 6,5 % avaient des caries. Le régime comprenait peu de sucre, du pain fait avec de la farine moulue à la maison, la présence de fragments de grès causant une attrition considérable.

A Oslo, par contre, 99,8 % des habitants sont atteints par la carie.

Incidences chimiques de divers facteurs alimentaires sur les caries

Les principes essentiels nutritifs pour la calcification, sont la vitamine D, le calcium et le phosphore.

L'absence ou la raréfaction de l'un de ces facteurs entraîne l'hypoplasie de la dentine en formation (Mellanby, 1929-1930).

La dentine déjà formée ne paraît pas influencée.

Lait. — L'allaitement prolongé jusqu'à 6 ans chez certaines races va de pair avec un très petit pourcentage de caries (Esquimaux, Indiens du Nord, Amérique, Maoris, Japonais (?), Kaffir, Loulous).

Le lait de vache diffère du lait humain (différences dans les constituants et dans les hormones). Le biberon est accusé de beaucoup de maladies infantiles.

Sprawson (1932) note dans une institution que le lait crû offre un avantage certain dans la prophylaxie des caries, surtout chez les enfants avant la période d'éruption.

Des enfants d'environ 4 mois et demi d'âge, mis au régime du lait crû et recevant du jaune d'œuf frais n'ont aucune carie 4 ans plus tard.

Roberts (1938) n'obtient pas les mêmes résultats sur 144 enfants. Il suppose que le régime était d'une part déficient en vitamine C, et d'autre part, trop riche en sucreries et en hydrocarbone.

Apport de vitamines, de calcium et de phosphates. — Lady Mellanby (1936) conclut qu'un supplément de vitamine D rend les dents moins susceptibles à la carie, et que les céréales paraissent avoir un effet antagoniste.

En Grande-Bretagne, pendant la seconde guerre mondiale, les femmes enceintes et les nourrices, les nourrissons et les jeunes enfants ont reçu du lait, de l'huile de foie de morue et du jus d'orange, et une priorité pour les œufs. Du carbonate de calcium a été ajouté au pain, la margarine a été additionnée de vitamines A et D.

La comparaison entre 1.604 enfants de 5 ans des écoles londonniennes en 1943, 532 en 1945, avec 1.293 enfants de cinq ans en 1929 montrent une nette amélioration (Mellanby et Comoulos, 1944 et 1946).

En 1929 environ 4,7 % exempts de caries ;
En 1943 — 22,4 % —
En 1945 — 26,5 % —

Boyd (1943) note peu de différence sur les incidences des régimes pauvres ou riches en graisses sur les caries ; il observe le taux des caries chez les enfants diabétiques soumis à un régime strict et par comparaison avec les autres enfants, il trouve ce taux très réduit.

Buntrey (1934) obtient des résultats peu démonstratifs avec des enfants soumis à un régime spécial et d'autres enfants dont le régime était apparemment peu apte à réduire le nombre des caries. Les résultats sont très peu différents.

Les vitamines (Brausby, Burn, Magec et Mackechine, 1946, sur 1.620 enfants) ne semblent pas diminuer le nombre des caries.

Au Pendjab, Taylor et Day (1939) constatent qu'un régime déficient en vitamine D, calcium et phosphore s'accompagne cependant exceptionnellement de dents bien formées sans hypoplasie, et peu de caries. Les enfants de mères ostéomalaciques présentent eux-mêmes peu de caries.

Effet des hydrates de carbone sur les dents

Céréales. — Les céréales employées d'une façon primitive semblent ne pas augmenter le nombre des caries. Les procédés modernes de blutage avec les cylindres ne favorisent pas une trituration énergique. Les parcelles du pain blanc collent aux dents et fermentent facilement.

Sucre. — Il semble évident que le nombre des caries augmente avec la quantité de sucre ingéré. En Angleterre, Colyer et Sprawson (1942) notent au commencement du 18e siècle, 3 livres par an ; au commencement du 19e siècle, 22 livres ; en 1928-29, 101 livres 3.

Banting (1936) montre que la réduction du sucre alimentaire s'accompagne de la diminution du lactobacillus acidophilus et les caries même en évolution se stabilisent.

Lorsque des sucreries sont données, immodérément des caries se développent en quelques mois.

Conclusions concordantes de Jay (1940-1944), Becks, Jensen et Miller (1944). Ces auteurs signalent cependant que l'action du sucre n'explique pas les causes profondes de la maladie. Car on voit des mangeurs de sucre sans caries et d'autre part des porteurs de caries nombreux qui ne mangent pas ou peu de sucre. Différents sucres ont été analysés. Murray (1939) montre que les sucres naturels contiennent de 0,05 % à 0,36 % de calcium et 0,016 % à 0,057 % de phosphore, alors que les sucres raffinés n'en contiennent pas. Ces quantités semblent bien petites pour expliquer les différences de résultats constatés.

Effets de la fluorine sur la réduction des caries dentaires

La fluorose ne se déclare qu'au-dessus de 0,9 p. 1 million de fluorine dans l'eau de boisson (Smith 1935).

Si la concentration s'élève à 6 p. 1 million, 100 % des habitants sont touchés et d'une façon sévère (mottled enamel, darmous).

En même temps, on note chez les habitants de ces contrées riches en fluor une diminution du nombre des caries.

Aux environs de 1 p, 1 million, le nombre des caries est d'un tiers ou d'une moitié moindre que chez les enfants qui absorbent de l'eau contenant seulement 0,5 p' 1 million.

L'effet est plus marqué sur les incisives supérieures que sur les molaires.

D'un examen portant sur les adultes, Weaver (1944) conclut que le fluor semble retarder l'âge d'apparition des caries, mais ne pas empêcher celles-ci d'évoluer postérieurement. Des expériences de contrôle sont en cours à Liverpool.

Parmi les groupes de populations signalées au début de ce travail, on remarque que les plus réfractaires à la carie sont les mangeurs de poisson, cet aliment est assez riche en fluorine En conclusion, les observations sur les caries mettent en évidence que leur nombre peut être réduit par des régimes. Pour obtenir une amélioration dans l'état actuel de nos connaissances, il faut d'abord modifier considérablement le régime et ensuite obtenir l'assentiment des intéressés.

Facteurs nutritifs en relation avec la parodontose

L'attention dans ce domaine est attirée particulièrement sur les vitamines A, B et C.

Vitamine A. — Les Professeurs G. L. Roberts et R. A. Morton concluent qu'aucune maladie dentaire ne peut être mise sur le compte de la déficience en vitamine A.

Vitamine B complexe. — La déficience de certains éléments de la vitamine B complexe, est responsable d'affections diverses des tissus buccaux : chéilite, glossite, pillagre stomatite. Les relations de la gingivite et de la parodontose sont étroites et cependant il n'est pas évident chez l'homme qu'une déficience de vitamine B soit associée avec la parodontose.

Vitamine C. — La privation de cette vitamine cause le scorbut. Malgré la diminution supportée en Grande-Bretagne, pendant la guerre, un groupe d'étudiants nettement touchés (contrôlés par des examens urinaires) ne montre pas un accroissement du nombre des gingivites.

Effet physique du régime sur la parodontose

Un régime exigeant une mastication énergique exerce une action salutaire sur les gencives et le périodonte. Une abrasion résultant d'une trituration énergique efface les sillons et les fossettes, elle réduit les saillies dentaires des dents qui, sans cela, supporteraient seules l'effort musculaire. L'abrasion interproximale tend à réduire les espaces inter-dentaires évitant ainsi les dépôts d'aliments.

Des crânes trouvés dans des tombeaux égyptiens confirment ces vues.

Une abrasion importante est remarquée sans résorption des crêtes alvéolaires. L. S.

GUTHNER (J.) et REWIDZEWA (R.). — **Caractéristique clinico-radiologique comparée des pulpites.** *Stomatologia* (U. R. S. S.), 1938, N° 4.

Les auteurs démontrent le lien biopathologique indubitable de la pulpe et du péricément. Une inflammation de la pulpe s'accompagne dans un nombre important de cas d'une atteinte du péricément, et non seulement dans la forme exhédative aiguë, mais aussi dans la forme qui a son expression anatomique visible à la radiographie.

Une telle pathologie au péricément se révèle surtout dans les formes totalement purulentes et chroniques proliférantes des pulpites. Tous les facteurs qui agissent sur l'intégrité du péricément (âge, type d'occlusion, etc...) se reflètent dans la même mesure sur le degré de sa lésion dans les pulpites.

PIMENOVA (A.). — **Contribution à la caractéristique clinique des douleurs alvéolaires post-opératoires.** *Stomatologia* (U. R. S. S.), 1938, N° 4.

Les douleurs doivent être considérées comme une ostéomyélite de l'alvéole compliquée de névrite. Elles sont la conséquence du traumatisme opératoire. La lutte contre ces douleurs doit être préventive et consister en une bonne technique de l'extraction.

GUTZEIT (J.). — **Lutte contre les douleurs post-opératoires.** *Stomatologia* (U. R. S. S.), 1938, N° 4.

L'auteur conseille d'introduire dans l'alvéole la pâte de Loukomsky composée de : anesthésine, 5 % ; huile de noyau de pêche et cire d'abeille, aa pour 95 % (l'anesthésine est l'éther éthylique de l'acide para-aminobenzoïque obtenu en 1890 par le Dr Ritsert). Voir : Tome VI du *Traité de Stomatologie* de Nogué, page 257). L. B.

PALMER (R.).— **L'état des dents et leur traitement comparé dans des services de maladies organiques et nerveuses.** (*British Dental Journal*, 6 juin 1947, p. 234).

Relation relative aux patients soignés dans un hôpital de 800 lits pendant plus de deux ans, environ un tiers organiques, deux tiers de nerveux.

Aucun fait saillant ne sépare la denture des organiques des nerveux.

La préparation psychologique est plus nécessaire chez les nerveux, il semble plus indispensable chez ces patients de pratiquer une anesthésie de surface avant de faire une injection anesthésiante.

Dans l'anesthésie générale le comportement des nerveux est assez spécial, au moment de l'anesthésie, les scènes de bataille et de bombardement sont évoquées fréquemment. Ces réminiscences ont quelquefois fait découvrir la cause des désordres nerveux. En général, le psychiâtre donnait l'anesthésie. Le protoxyde d'azote et le Pentothal sont habituellement employés. Naturellement, l'appréhension et les réactions physiques sont plus marquées chez les nerveux.

Rien de particulier à signaler dans la préparation des cavités, les extractions et la petite chirurgie, une fois la confiance établie.

En général, les nerveux s'adaptent moins vite aux prothèses et ils sollicitent plus de recherches. Leur endurance ne va jamais jusqu'à supporter une véritable ulcération.

Aucun cas de patient psychologiquement incapable de supporter une prothèse n'a été relevé.

Foyers septiques. — Pas de différence entre les deux groupes. La théorie que les foyers septiques peuvent être la cause de maladies nerveuses n'a reçu aucune confirmation parmi les cas traités, on ne peut évidemment pas en conclure que cette origine ne puisse être rencontrée.

Les patients soumis à un traitement psychiatrique montrent une tolérance plus marquée aux soins dentaires.

L'anesthésie générale aggrave l'état d'infection buccale.

Les états septiques buccaux contre-indiquent l'emploi de l'anesthésie générale.

Dans quelques cas où l'anesthésie générale fut donnée, sans traitement buccal préalable, on dut suspendre certains traitements jusqu'à ce que la bouche fut soignée.

La lésion la plus fréquente après l'A. G. est la stomatite ulcéreuse.

Un grand nombre de patients nerveux se plaignent de douleurs ne reposant sur aucun symptôme clinique ou radiographique. En général, ces cas s'amendent lorsqu'on démontre aux patients qu'ils n'ont aucune lésion organique.

Quelquefois, au contraire, la radiographie fait découvrir des infections péri-apicales, des calcifications pulpaires, des dents incluses.

Enfin, la radiographie donne l'assurance au patient que tout a été mis en œuvre pour le traiter.

Deux groupes de 50 patients, pris dans chaque catégorie, montrent que le nombre des caries, des dents saines, des obturations, n'est pas sensiblement le même dans chacune d'elles. L. S.

CHMOUKINA (R.) et TOKAREVA. — **Traitement des dents à pulpe gangrenée.** *Stomatologia* (U. R. S. S.), 1938, N° 4.

Dans ce traitement, ce qui est le plus important c'est le nettoyage mécanique minutieux des canaux, surtout dans leur partie terminale, et leur obturation parfaite. Les médicaments employés ne jouent qu'un rôle secondaire, tant pour le traitement que pour l'obturation des canaux. L'important est d'ouvrir largement la cavité et de rendre l'entrée des canaux bien visibles et accessibles aux instruments. L. B.

MÉLACHETCHKÉNA (M.). — **De l'influence du trioxyméthylène sur la dentine et la pulpe.**

Après une courte introduction historique, où l'auteur mentionne des auteurs français (Marion, Petsch, Mahé), ce qui est rare dans les travaux russes, elle expose ses observations d'où il résulte que le trioxyméthylène dans des conditions normales n'exerce sur la pulpe aucune action nuisible et, qu'employé à des doses convenables, il provoque sur la portion correspondante de la pulpe un dépôt de dentine secondaire. L. B.

René GABRIEL. — **Odontolyse professionnelle.** (*Actualités Odonto-Stomatologiques*, N° 1, 1947).

Résumé.

Cet article traite de trois patients examinés en mai 1943 et trouvés porteurs de lésions dentaires provoquées par des vapeurs acides.

Ces trois patients travaillaient dans une usine d'accumulateurs, deux d'entre eux dans les ateliers de formation et le troisième en tant que soudeur à l'arc.

Les lésions se trouvaient sur les incisives supérieures et inférieures, les autres dents n'étant pas attaquées avant une assez longue durée de travail dans ces usines où les gouttes d'acide sont perpétuellement en suspension dans l'air.

Chez les trois malades examinés, on a trouvé les différents stades évolutifs de cette maladie professionnelle.

Des photographies illustrent la description de ces lésions qui aboutissent à la perte totale des dents.

D'autres examens pratiqués à l'Hôpital Saint-Louis démontrèrent l'existence d'anémie rouge chez ces malades ainsi que de l'hyperleucocytose chez l'un d'eux.

Des travaux ont été entrepris en vue de reproduire expérimentalement cette attaque des dents par les acides et des photographies de ces dernières prouvent qu'elles sont très rapidement couvertes de sels minéraux et que la surface adamantine semble être atteinte dans sa structure.

Cette maladie professionnelle n'est pas reconnue en France. Les littératures médicales anglo-saxonne et allemande en parlent et les auteurs allemands ont établi des statistiques concernant l'évolution de cette maladie professionnelle, selon l'âge des sujets, leur sexe et la durée de leur passage dans les ateliers de formation des usines d'accumulateurs.

Une thérapeutique efficace consisterait à équiper les usines de façon à empêcher la formation de ces vapeurs selon un procédé qui a été perfectionné par les Américains.

En attendant la réalisation de ce plan ; il est recommandé à ces travailleurs de se brosser scrupuleusement les dents deux fois par jour et aux employeurs de ne maintenir ces ouvriers que très peu de temps dans ces ateliers. Ne pas employer d'ouvriers ayant moins de quarante ans, en raison de l'évolution lente des lésions. Eviter l'utilisation de main-d'œuvre féminine. C. J.

PÉNICILLINE

PETER (K. L.) et LITTLE (Mc. M.). — **La pénicilline dans les opérations dentaires.** (*British dental journal*, 6 juin 1947, page 229).

1° Posant en principe que la suture primitive doit être réalisée dans les opérations dentaires lorsqu'elle est praticable ; la pénicilline employée par nous nous a permis d'atteindre ce but dans tous les cas (excepté dans les quatre cas relatés où la pénicilline a été employée sous la forme de cônes en beurre de cacao.

2° La guérison des tissus mous a été grandement accélérée, ainsi la bouche retrouve plus rapidement ses fonctions intégrales.

3° Dans aucun cas, un processus pathologique n'a suivi l'acte chirur-

gical. Dans un cas, des signes d'un léger processus ostéitique devinrent manifestes, 4 à 5 semaines après l'opération (causés probablement par un très petit séquestre osseux).

Dans un cas de processus inflammatoire aigu, une opération indispensable put être accomplie sans mettre le patient en danger et sans crainte de voir s'étendre le processus infectieux.

4° Dans les cas de traitement par la pénicilline, l'hospitalisation du patient paraît indispensable en accord avec le récent travail de Thomas. Il y a peu de danger d'hémorragie post-opératoire.

L'observation d'une technique chirurgicale strictement aseptique est importante dans les opérations dentaires.

5° Aucune constatation n'a été enregistrée relativement au dépôt plus ou moins de l'os par ces procédés. Il est extrêmement difficile de donner une telle preuve, si l'on tient compte de tous les faits. Même les radiographies de contrôle ne montrent de preuves certaines d'une supériorité, relativement aux méthodes précédentes, surtout parce que des radiographies mensuelles n'ont pas été prises dans les cas opérés par les méthodes précédentes.

Depuis cette publication (1er octobre 1946), nous avons tendance à augmenter les doses de pénicilline, à la fois localement et systématiquement. Nous utilisons maintenant des doses d'attaque de plus de 500.000 unités et localement en tablettes des doses de 20.000 à 50.000 unités.

Les cas dans lesquels sont données des doses élevées, donnent des résultats meilleurs à la fois au point de vue de la durée du traitement et au point de vue de l'absence de complications. L. S.

Munz (F. R.). — **Traitement par la pénicilline de pulpes infectées (Essais cliniques)**. (*Dental Record*, N° 5, mai 1947, p. 115).

Résumé. — Huit cas de nécrose pulpaire et quarante-huit cas de pulpes enflammées ou infectées ont été traités par la pénicilline.

Des huit cas de nécrose pulpaire, sept ont été traités avec succès.

Parmi les quarante-huit cas de pulpes enflammées ou infectées, 23 ont été suivis de succès.

Traitement. — En cas d'exposition pulpaire on pratique quelquefois l'amputation. Puis on dépose environ 1,5 milligramme de poudre de Pénicilline contenant de 160 à 250 unités par milligramme. Un coton poudré de Pénicilline est placé sur la pulpe, recouvert lui-même d'une coiffe d'amiante afin d'éviter toute pression. Un peu de cire à modeler est fondue sur l'amiante et le tout est recouvert d'eugénate pendant un ou deux jours.

A la séance suivante, la dent est ouverte, le traitement répété.

Dans les cas d'inflammation sévère, une moyenne de sept pansements fut nécessaire pour obtenir la disparition des symptômes cliniques.

Un cas demanda 32 pansements

Les cas ayant été traités avec moins de trois pansements conduisirent à des échecs.

Toutes les phases du traitement ont été menées avec un souci constant d'asepsie.

L'obturation définitive doit :

a) Ne pas irriter la pulpe ;

b) Ne pas demander d'efforts pour son insertion ;

c) Ne doit pas détruire la pénicilline recouvrant la pulpe ;

4° Doit isoler la pulpe contre la conduction thermique.

L'application directe de ciment à l'oxyphosphate est à rejeter.

Dans l'état actuel des expériences et en attendant les améliorations que la pratique fera apporter, on peut déjà conclure que le tissu pulpaire est susceptible de se guérir et de se réparer comme les autres tissus. L. S.

Dr A. Richard. — **La pénicilline en stomatologie** (*Actualités Odonto-Stomatologiques*, N° 1, 1947, p. 5 à 17).

Résumé.

Le Dr Richard fait tout d'abord un exposé des principales notions générales concernant la Pénicilline.

Après avoir relaté les conditions dans lesquelles Flemming fit sa découverte, l'auteur se livre à des considérations d'ordre pratique sur l'emploi de cette médication, ses indications majeures et mineures, ses contre-indications, ses dosages pour l'administration locale et générale et ses différentes méthodes d'application.

Cependant, la plus grande partie de l'article traite des applications cliniques de la Pénicilline en stomatologie.

Parmi les affections osseuses, l'auteur étudie l'action de la Pénicilline sur l'ostéomyélite aiguë de la mandibule et l'ostéite diffuse du maxillaire supérieur dans les fractures graves du crâne et de la face ; il passe ensuite à l'étude des infections celluleuses de la face d'origine odontopathique parmi lesquelles l'ostéophlegmon occupe une place prépondérante.

Viennent ensuite d'autres manifestations pathologiques de moindre importance telles qu'accidents d'évolution des dents de sagesse inférieures, stomatites et enfin la pénicillinothérapie dans ses applications sur la dent elle-même.

Ces différents chapitres sont illustrés par de nombreuses observations susceptibles d'intéresser le spécialiste qui peut en rencontrer d'analogues dans sa pratique quotidienne.

Le Dr Richard termine son exposé par des considérations sur les possibilités futures de la Pénicilline dans les diverses affections stomatologiques et en exprimant son admiration pour ce médicament merveilleux avec lequel, dans son service de l'Hôpital Saint-Louis, il a obtenu, ainsi que ses assistants, des guérisons surprenantes et parfois spectaculaires que l'on n'aurait pu espérer jusqu'à présent. C. J.

PROTHÈSE

Rund Arne Fredrik. — **Proteses Rader utenfor tann og tannfeste** (*Den Norske Tannlægeforenings Tidende*, N° 5, mai 1947, pp. 207 à 239).

Dommages causés par la prothèse dentaire aux dents et au périodonte

Dommages dans la cavité buccale :

Facteurs étiologiques les plus importants généraux. — Hygiène buccale défectueuse, abus de tabac et d'alcool, mauvais état général, pour les néoplasmes, la prédisposition et la longue durée des facteurs d'irritation.

Locaux. — Mécaniques. Soit du fait d'une prothèse d'emblée défectueuse, soit par suite de la résorption des crêtes alvéolaires. Facteurs thermiques, chimiques, électro-galvaniques, Blessures par des dispositifs de vide (succions).

Description clinique des blessures par prothèse dans la cavité buccale

L'érosion des muqueuses peut être d'ordre mécanique ou allergique. En règle générale, si une érosion n'est pas guérie en 15 jours, après la correction prothétique et par un traitement simple, il faut penser à une maladie générale ou à une transformation maligne.

Le chirurgien-dentiste ne doit faire lui-même une biopsie.

L'épulis est une lésion typique de la prothèse dentaire.

Perturbations faciales causées par la prothèse dentaire

La hauteur de l'articulé est d'une importance capitale pour l'aspect naturel. Un autre facteur important est l'atrophie des muscles faciaux et masticateurs. Des inflammations commissurales peuvent être observées. La conjoncture de la chéilite, des modifications de la langue et des ongles se rencontrent dans beaucoup de maladies générales.

Troubles causés par la prothèse dans l'articulation temporo-mandibulaire et dans son voisinage

Une prothèse vicieuse peut provoquer une arthrite traumatique de l'articulation temporo-mandibulaire et une névralgie du nerf auriculo-temporal (Syndrome de Costens). Le diagnostic différentiel doit être fait parmi d'autres avec le syndrome de Barrès qui est fréquemment déterminé par des calcifications de la colonne cervicale.

Résultats phonétiques défectueux dus à des prothèses dentaires

En règle générale, les difficultés de prononciation sont compensées. La lettre S est difficile à prononcer si la prothèse est déficiente, et l'articulation de cette lettre est rarement compensée.

Une prothèse pour résection de maxillaire doit épouser la paroi muqueuse de la cavité.

Souvent l'obturateur simple doit être préféré à l'obturateur de Sucrsen-Warnekros.

Atteintes de la santé générale

Surmenage physique. De petites prothèses mal fixées peuvent être avalées pendant le sommeil ou, sous l'influence d'une absorption d'alcool, tomber dans la trachée ou l'œsophage, elles peuvent causer la mort du patient.

Le chirurgien-dentiste doit assurer le traitement thérapeutique et prophylactique

Le plus important est de supprimer l'irritation. L'articulé doit être rétabli. Les leucoplasies peuvent être coagulées quand elles sont petites, les plus grandes doivent être soumises à un examen de contrôle. Les épulis doivent être coagulése. Les chéilites commissurales, dues à des prothèses vicieuses, doivent être traitées par un relèvement de l'articulé.

Les formes légères d'arthrite temporo-mandibulaire et la névralgie du nerf auriculo-temporal (syndrome de Costens), sont bien améliorées par une correction de l'articulé. Les formes sévères sont justiciables de la chirurgie. La prophylaxie la plus efficace consiste dans le contrôle et éventuellement la correction des prothèses à intervalles rapprochés.

Tout ceci doit être enseigné au patient.

Le travail de notre confrère Norvégien est accompagné de 21 figures et 83 références bibliographiques.

Nous avons pris connaissance de ses observations cliniques et nous souscrivons d'une façon générale à ses conclusions relatives aux traitements qui en découlent. Nous faisons néanmoins une réserve pour l'électro-coagulation des petites leucoplasies.

Nous continuons à penser que la leucoplasie est un avertissement sévère et que tous les traitements paliatifs doivent être proscrits.

De même que l'auteur s'élève à juste titre contre les biopsies (exacerbation de la lésion, métastases), non suivies d'un traitement immédiat, nous pensons qu'il ne faut pas faire perdre un temps précieux au patient et risquer de se trouver au bout de quelques semaines en présence d'une prolifération qui ne laisse plus aucun doute sur sa nature et dont les possibilités de guérison sont très diminuées. L. S.

René Rigolet. — **Le problème de remplacement d'une incisive centrale supérieure** (*Actualités Odonto-Stomatologiques*, N° 1, 1947).

Résumé :

L'auteur pose comme condition que cette dent soit la seule manquante et qu'elle le soit totalement : couronne et racine.

Il considère que l'appareillage peut être fait précocement ou tardivement et expose les procédés à utiliser dans ces deux cas. Ensuite, expliquant que la prothèse peut être fixe ou mobile, il étudie, dans le premier cas : les piliers, la dent de remplacement et la nature du corps de bridge.

Parlant des piliers, l'auteur explique qu'ils peuvent être contigus ou au contraire placés de part et d'autre de la dent à remplacer ; exception-

nellement aussi, ils peuvent être séparés de la dent manquante par une ou plusieurs dents.

Il passe en revue tous les types d'ancrages sur dents vivantes ou dévitalisées, ouvre une parenthèse au sujet des rupteurs de force et de « l'attachment » sur barres palatines qu'il est quelquefois nécessaire d'employer.

En ce qui concerne la dent de remplacement, l'auteur examine les indications et contre-indications des divers types existant sur le marché et préconise leur emploi selon les particularités variées des cas envisagés.

Parlant de la nature du corps de bridge, il la définit selon la hauteur de l'insertion sur les piliers et il fait ainsi trois catégories.

Bien qu'il préfère la prothèse fixe, l'auteur reconnaît cependant qu'il il y a des cas où il faut admettre une prothèse mobile et présente une série de modèles de conceptions variées, mais se basant toujours sur les lois de l'intégrité tissulaire.

Il parle alors d'un certain nombre de cas particuliers et conclut en espérant avoir réussi à rendre clair cet exemple de prothèse qui est embarrassant à concevoir et à réaliser. C. J.

CHAPEY. — **Considérations sur un nouvel alliage de remplacement** (*La Revue Odontologique*, N° 4-1947, p. 191).

Les alliages de remplacement des métaux précieux sont classés en trois groupes :

1° Fer, nickel, chrome ;

2° Nickel, chrome ;

3° Métaux à base d'argent.

Le premier groupe, au point de vue résistance, donne des résultats parfaits.

Le deuxième donne aussi d'excellents résultats.

Le premier est plus difficile à souder.

Le second est plus commode mais les soudures tiennent mal.

Le troisième groupe est à déconseiller. Les résultats sont déplorables.

L'auteur indique un nouvel alliage. Il se présente sous deux états : l'un destiné à l'estampage, l'autre à la coulée, malgré la présence d'argent dans sa composition, il résiste bien en bouche.

Il permet également de souder les pièces en nickel-chrome. L. S.

PROTHÈSE RESTAURATRICE

DIGGS NELSON (John S.). — **Direct method of forming Tantalum for repair of skull defects. — Méthode directe pour estamper le Tantale en vue de la réparation de pertes squelettiques.** (*Journal of the American Dental Association*, N° 11, juin 1947, p. 745 à 750, 4 figures).

Résumé. — Uhe méthode directe pour faire des plaques crâniennes en tantale.

Cette méthode directe s'est révélée efficiente dans plus de deux cents cas au Lawson general hospital (Atlanta Ga).

La méthode imaginée par Holtzendorf, est présentée dans ce travail avec des modifications apportées postérieurement par l'auteur.

Il est prématuré d'affirmer que ces procédés puissent être utilisés ultérieurement en prothèse dentaire. L. S.

BÉAL. — **Fractures des maxillaires. Traitement. Hypercorrection par coins élastiques.** (*La Revue Odontologique*, mars 1947, page 141).

Certaines fractures ne peuvent être réduites par le blocage.

Le placement d'un coin de caoutchouc entre les molaires permet d'exercer une force plus énergique et favorise la réduction.

Ce procédé a même l'avantage de favoriser l'alimentation du blessé, fort difficile dans le cas de blocage, sans interposition de coin. L. S.

RADIOTHÉRAPIE

TURRELL (A. J. W.). — **Appareils porte-radium pour les néoplasmes buccaux.** (*British Dental Journal*, 6 juin 1947, page 223).

Traitement préliminaire. — L'extraction des dents gravement cariées ou mobiles doit être faite.

Au voisinage de la lésion l'opinion, des radiothérapeutes de l'hôpital général de Luds est en faveur de l'extraction immédiatement avant la radiation, diminuant ainsi les risques de métastase, la radionécrose toutefois semble être plus fréquente dans cette pratique.

Le détartrage des dents restantes et le nettoyage minutieux de la bouche doivent être faits avant l'irradiation.

L'appareil porte-radium qui semble le plus adéquat est une modification de l'attelle de Gunning utilisée pour les fractures maxillaires des patients édentés.

L'auteur prend comme type un appareil pour une lésion supérieure gauche s'étendant dans le palais de la canine à la tubérosité.

Ces patients sont, en général, difficiles à manier ; surtout lorsqu'ils ont subi une biopsie ou lorsque leurs tissus sont enflammés à la suite d'une irradiation intense par les rayons X. Heureusement, le traitement préliminaire par les rayons X n'est maintenant plus employé à l'hôpital de Luds.

Pour la prise d'empreinte de la lésion, l'auteur recommande le Lelex qui demande moins de pression que la pâte ordinaire et qui est plus fidèle.

L'empreinte du maxillaire opposé est prise avec une pâte à modeler ordinaire.

Avant d'articuler les modèles, on dessine le contour de la future boîte qui doit contenir le radium, le contour doit déborder la lésion visible d'au moins un centimètre.

Des cires d'articulation sont ensuite préparées, essayées en bouche et reportées sur les modèles avec les repères tracés.

On doit laisser pendant cet essayage une ouverture d'environ un centimètre entre la lésion et la crête du maxillaire opposé.

Le radium est employé sous forme de sulfate de radium, il est généralement contenu dans des aiguilles creuses de platine irridié de longueur variable et dont les parois ont 0,5 millimètre d'épaisseur. Dans les appareils buccaux les aiguilles ont environ 1 centimètre de long et contiennent chacune 0,6 milligramme de radium.

Les rayons Gamma sont les seuls qui conviennent au traitement, les rayons Alpha et Béta sont absorbés par les parois des aiguilles en même temps qu'un petit pourcentage des rayons Gamma.

Il est évident que les radiations se font dans toutes les directions et atteignent les autres parties de la bouche.

L'appareil peut être construit en méthyl, méthacrylate ou vulcanite, aucun matériel n'offre une protection suffisante.

La radiation obéit aux lois de la proportionnalité inverse du carré des distances. Augmenter la distance offre le maximum de sécurité. Des précautions spéciales doivent être prises pour la langue, dans certains cas de distance courte on interpose une lame de plomb. Une lame de 0,5 centimètre réduit la radiation de 75 %, ce qui est considéré comme un cœfficient suffisant de sécurité.

L'appareil est construit en une pièce si possible ou en deux pièces, s'engrenant lorsque l'introduction est difficile.

La boîte devant contenir le radium ne comporte pas de paroi vestibulaire. Cette disposition facilite le contrôle de la position des aiguilles.

Les lésions de la région buccale sont traitées maintenant en adjoignant

à l'irradiation interne une irradiation externe sur la joue. Un dispositif de repérage permet de situer le radium externe en bonne place.

Le médecin soumet au physicien ses intentions et ce dernier calcule les quantités de radium qui doivent être employées.

Pendant l'insertion des aiguilles porte-radium, l'opérateur doit protéger sa poitrine et son abdomen par un écran plombé et ne jamais manier les aiguilles avec les mains.

Les durées d'application, dans un cas, furent de 54 heures, divisées en huit séances journalières, sept de sept heures, une de cinq heures. L. S.

SALIVE — GLANDES SALIVAIRES

YNGVE ERICSSON. — **Om salivens kalciumfosfater. — Phosphate de calcium de la salive.** (*Svensk Tandläkare-Tidskrift*, N° 2-3, 1947, p. 227).

La dissolution et la précipitation des phosphates calciques sont les caractéristiques essentielles des maladies dentaires les plus communes, spécialement des caries.

Les phosphates calciques salivaires ont été accusés de jouer un rôle important dans ces processus.

Comme l'émail qui est dissout dans les caries au début et comme les calculs qui sont le précipité buccal le plus commun, ont été reconnus tous deux composés surtout d'hydroxyde d'apatite ; le degré de saturation de ce sel dans la salive doit influencer ces processus de solution et de précipitation.

Des difficultés considérables entourent la détermination des facteurs qui influencent le degré de saturation : la concentration en Ions du calcium, la concentration en Ions de l'hydrophosphate (suivant Bjerrum), le pH et le pouvoir ionique. Il en est de même pour la standardisation des échantillons salivaires.

Les efforts relatés dans la littérature dentaire scientifique pour trouver une corrélation entre le calcium salivaire et les caries donnent une impression de grande confusion.

Ceci peut être dû à une technique insuffisante dans la prise des échantillons et dans les analyses, mais peut-être encore plus au fait que la plupart des recherches n'ont concerné qu'un ou deux des facteurs qui constituent le problème fondamental : le degré de saturation.

Suit une courte description relative au travail récent de Bodil-Schmidt-Nielsen, qui émet une conception originale du problème capital et indique des améliorations considérables de la technique des prises d'échantillons, des analyses et des calculs.

Quelques facteurs douteux sont toutefois mis en relief, spécialement la différence entre les analyses de Fosdick et Starke et les formules de Bjerrum et Schmidt-Nielsen.

STRALFORS (Allan). — **Undersökningar över caries mikrobiologi.** (*Svensk Tandlakare-Tidskrift*, N° 2-3, 1947, p. 429).

Au cours de ces recherches une relation étroite fut observée entre l'activité des caries et la présence du lactobacille dans la salive.

La présence de cultures fut plus importante dans les cas avec caries que dans les cas sans caries, mais aucune relation précise ne put être mise en évidence.

Les streptocoques étaient aussi nombreux dans les cas avec caries et sans caries.

Le nombre des streptocoques fut en général plus grand que celui des lactobacilles.

Les causes de la corrélation entre caries et lactobacilles furent discutées.

L'auteur met en relief la difficulté d'expliquer pourquoi un nombre relativement si petit de lactobacilles serait capable de jouer un rôle étiologique dans le processus des caries, comparativement aux streptocoques plus nombreux.

Il suggère que la présence du lactobacille est causée par les fermentations à la surface de la dent le pH optimum du lactobacille étant atteint. Que le lactobacille soit la cause réelle de la carie ou qu'il bénéficie de l'ambiance, il n'en présente pas moins un excellent moyen pour rechercher quels aliments carbohydratés sont les plus nocifs pour les dents. L. S.

JACCARD (René). — **Note sur la salive.** (*Médecine et Hygiène*, 1er janvier 1947).

L'étude de la salive ou plutôt des différentes salives est d'importance capitale pour la compréhension des réactions du milieu buccal.

Il est urgent que l'on donne à cette étude la même importance qu'à celle du sang et de l'urine. L. S.

POLEJAIEVA (L.). — **Les propriétés bactéricides et toxiques de la salive. — La salive humaine fraichement secrétée possède des propriétés bactéricides contre le staphylocoque.**

Cela est vrai non seulement pour la salive mixte, mais aussi pour la salive parotidienne. Filtrée à travers du papier, la salive perd une partie de cette propriété, et la partie visqueuse qui reste dans le filtre est très fortement bactéricide contre le staphylo.

Ces propriétés disparaissent peu à peu avec le temps et aussi par la chaleur.

L'addition d'antiseptiques ne prolonge pas la durée de conservation des propriétés bactéricides de la salive. Alors qu'elle est bactéricide pour le staphylocoque, la salive contient un groupe déterminé de microbes qui ne périssent pas et ne perdent pas leur pouvoir pathogène par un long séjour dans la salive. Injectée à des animaux d'expérience, la salive ou bien les tue ou bien provoque une suppuration locale grâce à la présence en elle de microbes pathogènes pour ces animaux. Les animaux ayant reçu une injection de salive stérile sont restés vivants et n'ont pas souffert, il n'a donc pas été donné de constater des propriétés toxiques dans la salive.

TISSUS DENTAIRES

Drs AMILCAR L., CAMPINI et CARLOS A. URQUIJO. — **Influences biologiques qui interviennent dans la calcification dentaire de l'enfant allaité (Etude sur des enfants de tuberculeuses).** (*Revista Odontologica*, No 1, janvier 1947.

Conclusions. — De l'étude radiologique trimestrielle, des dents de 79 enfants allaités, enfants de mères tuberculeuses, les Drs Campini et Urquijo sont arrivés aux conclusions suivantes :

1o L'ensemble de ces enfants présenta un retard dans leur calcification dentaire par rapport à ce que, d'accord avec les auteurs classiques, on considère comme normal ;

2o Ce retard fut moins remarquable dans la dentition permanente que dans la dentition temporaire ;

3o Il n'était pas en rapport avec la gravité de la tuberculose de la mère ;

4o Il était plus remarquable chez les enfants pesant moins de 3.000 gr. à leur naissance que chez ceux dépassant 3.000 gr. ;

5o Il ne gardait aucune relation avec l'intensité du traitement calcique reçu par la mère durant la grossesse ;

6o La plus ou moins grande croissance pondérale, comme les variations du poids ne paraissant exercer aucune action sur la calcification dentaire ;

7° L'éruption dentaire est plus précoce chez les enfants pesant plus de 3.000 gr. à leur naissance et non rachitiques, que chez les enfants nés avant-terme et chez les rachitiques ;

8° Le rachitisme exerce une action nettement défavorable sur la calcification dentaire ;

9° Le traitement antirachitique atténue les retards dans la calcification présentés par les enfants rachitiques, et paraît atténuer ceux qui se manifestent chez les non-rachitiques ;

10° Le traitement de la gingivite par doses massives de vitamines C et B parut exercer une influence favorable sur la calcification dentaire ;

11° La syphilis, malgré son action rachitisante, ne semble pas retarder la calcification dentaire durant les premiers mois ;

12° L'hypertrophie des amygdales et végétations adénoïdes, comme l'ablation de celles-ci, l'hypertrophie du thymus, les maladies infectieuses aiguës n'accélèrent ni ne retardent la calcification dentaire ;

13° Basés, sur l'étude de 14 enfants nés à terme, de mères légèrement tuberculeuses, non atteints de syphilis congénitale, qui ne souffrirent pas pendant la première enfance de rachitisme ni des autres maladies suspectes pouvant retarder la calcification dentaire, et d'après ce que les Drs Campini et Urquijo considèrent comme enfants normaux ; ces mêmes docteurs proposent comme devant être tenus pour normaux, des chiffres plus bas et moins rigides que ceux qui jusqu'à présent avaient été signalés par les auteurs étrangers.

G. L.

Tous les articles analysés peuvent être lus sur place dans leur texte d'origine à la Bibliothèque de l'École Dentaire de Paris :

de 9 heures à 12 heures et de 14 heures à 18 heures
(Samedi excepté)

REVUE DES LIVRES

GUSTAFSON, NYSTROM et STELLING. — **Five cases of pronounced enamel hypocalcification within the same family (Brown teeth).**

Cinq cas d'hypocalcification intense de l'émail dans la même famille (Dents brunes) (Publié par *Odontologisk Tidskrift*, Vol. 55, N° 2, *Göteborg Suède*, 53 pages, 27 figures et 2 planches en couleur, 24 références bibliographiques).

Dans une famille qui compte dix enfants, cinq présentent des anomalies dentaires consistant en des pertes d'émail importantes. La dentine, mise à nu, est colorée en brun.

Pour des raisons diverses, un certain nombre de dents furent extraites et soumises à de nombreux examens (physique, microscopique, chimique).

Conclusions. — Les dents brunes examinées présentent des troubles sérieux de la calcification. Ces troubles apparaissent sous la forme de changements physiques. L'émail normal biréfringent négatif passe au positif avec une zone intermédiaire d'émail non biréfringent (pseudo-isotropique). Le changement est dû à une réduction graduelle du nombre des éléments minéraux microscopiques se produisant dans l'émail normal pendant le développement de la maladie jusqu'à disparition complète. A leur place apparaît une formation biréfringente dans les espaces où dans les circonstances normales les éléments minéraux microscopiques sont localisés. La structure organique des prismes n'est pas troublée et la défectuosité peut ainsi être qualifiée comme une sorte d'hypocalcification, ce n'est pas une hypoplasie.

Le trouble de la minéralisation s'installe dans chaque prisme séparément et gagne graduellement à l'intérieur de la section prismatique.

Il siège d'abord dans les parties superficielles des faces au voisinage de la membrane limitante. Les parties internes sont touchées les dernières.

Au cours de la guérison, la minéralisation est observée d'abord au milieu des sections d'où elle s'étend à la périphérie.

Il est probable que ces alternances de guérison et de troubles pourront donner des indications relativement au processus normal de la calcification. Il semble que celle-ci commence normalement dans le milieu du prisme.

Comme les troubles sont localisés entièrement dans les différentes sections prismatiques, ces formations peuvent être considérées comme des parties indépendantes du prisme. Elles sont séparées l'une de l'autre par une couche mince biréfringente négative. Il semble que la biréfringence dans cette couche n'a rien à voir avec la minéralisation. Cette couche ne paraît pas être une membrane bien que le fait soit impossible à vérifier, elle ne semble pas avoir un double contour.

En dépit de leur minéralisation très défectueuse, ces dents ne montrent pas de susceptibilité à la carie.

Les caries présentes n'ont pas débuté avant la vingtième année et se sont localisées aux endroits où, probablement, tout l'émail avait disparu. Le fait que l'émail de ces dents ne montre pas de tendance à la carie indique que le degré de minéralisation n'est pas le facteur déterminant de l'immunité. L'hypothèse souvent acceptée mais jamais prouvée que la carie est due à une calcification déficiente est mise en échec par ces dents. Cependant, il est encore possible que le degré de minéralisation soit en quelque manière lié à la carie, encore que probablement une minéralisation trop intense puisse arrêter le passage des substances nutritives dans l'émail.

Ceci est naturellement, à l'heure actuelle, une simple hypothèse. La cause de la coloration brune de ces dents doit être probablement recherchée dans une infiltration secondaire venue de l'extérieur. Il semble assez vraisemblable que l'émail défectueux, aisément colorable dans son ensemble, doit absorber facilement les substances en provenance de la salive et des aliments. Les pièces étudiées ne permettent pas de conclure au caractère héréditaire de ces défauts. Par comparaison avec des cas semblables publiés par d'autres auteurs, il semble néanmoins que l'hérédité puisse jouer un certain rôle. L. S.

Dr Jean CHANTRAINE. — **Extraction chirurgicale de la dent de sagesse inférieure par morcellement et amenuisement des fragments.** (Thèse Lille, juillet 1947).

Après avoir rappelé les procédés anciens d'avulsion de la dent de sagesse inférieure, notamment l'élimination osseuse préconisée par HEYDENRICH, en 1877, l'auteur rappelle l'anatomie de la région, et la classification des malpositions.

Il signale les règles générales d'intervention, décrit la méthode d'extraction chirurgicale par morcellement et amenuisement des fragments, appliquée par J. SOLEIL. Il conclut que :

« La méthode d'extraction chirurgicale des dents de sagesse inférieures, enclavées ou non, par fractionnement et amenuisement des fragments, consiste à limiter la résection osseuse au strict minimum, à sectionner et extraire séparément la couronne, puis chaque racine, en diminuant si nécessaire leur volume pour respecter l'os périphérique.

« Son exécution demande un diagnostic morphologique précis réalisé par des radiographies.

« Un plan d'intervention est établi d'avance et suivi dans la mesure du possible.

« Cette méthode ne demande aucun appareillage spécial, elle réduit le traumatisme opératoire au minimum, conserve le tissu osseux, limitant ainsi la déformation ultérieure.

« Elle supprime pratiquement les douleurs et les soins post-opératoires.

« Elle semble la plus simple et la plus logique de celles proposées jusqu'à ce jour. »

Tous les ouvrages annoncés dans la « Revue des Livres » peuvent être consultés à la Bibliothèque de l'Ecole Dentaire de Paris :

de 9 heures à 12 heures et de 14 heures à 18 heures
(Samedi excepté)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 1er juillet 1947

C'est devant un amphithéâtre comble qu'à 20 h. 45 M. GABRIEL ouvre la séance, en donnant la parole à M. le Professeur agrégé BROUET, qui va nous parler des *acquisitions récentes dans le domaine de la tuberculose*. Conférence magistrale, palpitante de bout en bout, et dont l'exposé paraîtra intégralement dans un prochain numéro. Les qualités du conférencier sont telles, l'exposé si limpide, que tout l'auditoire est passionné. Il a aidé à clôturer notre exercice d'une façon inoubliable, et c'est pour tous un privilège immense d'avoir pu l'écouter ce soir.

Lui succédant, M. le Professeur Paulino GUIMARAES nous parle de l'*Odontologie au Brésil*, à Sao Paulo, et nous dit au cours de son exposé, combien son pays est reconnaissant des données scientifiques de notre spécialité qu'il a puisées dans le nôtre ; il nous présente ensuite un film sur l'École Dentaire de Sao Paulo, qui nous permet d'admirer la richesse de son installation. Nous savions le crédit qu'avait conservé notre pays en Amérique du Sud, et notamment au Brésil, mais qu'il nous a été doux ce soir-là de nous l'entendre répéter par un confrère brésilien ! Qu'il porte dans son magnifique pays nos messages affectueux.

C'est ensuite le renouvellement du bureau. Mme HEMMERLÉ est nommée Présidente pour l'exercice 1947-1948. C'est la première fois à l'Odontologie qu'une femme occupera ce poste. C'est l'occasion pour tous les confrères de la féliciter de son mérite.

Sont élus : *Vice-Présidents* : MM. LENTULO et RIVAULT. — *Secrétaire général* : M. R. RIGOLET. — *Secrétaire adjoint* : M. LISKENNE.

La séance est levée à 24 heures.

Le Secrétaire général : R. RIGOLET.

* * *

Séance du 23 septembre 1947

(Au cours de la *Semaine Odontologique*)

La séance est ouverte à 21 heures, par Mme HEMMERLÉ-EUSTACHE qui inaugure sa présidence de la Société d'Odontologie de Paris. Elle donne la parole à M. VINCENT, Secrétaire Général de la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires qui, en l'absence du Président, M. RAND, souhaite la bienvenue à notre Société et rappelle que c'est la première fois, depuis six ans, que la *Semaine Odontologique* reprend ses manifestations ; il en espère la réussite, ce dont nous ne saurions douter en considérant le mal qu'il s'est donné et la réalisation à laquelle il a abouti.

La Société d'Odontologie de Paris le remercie vivement de sa compréhension et de l'autorité avec laquelle il a organisé l'ensemble des manifestations du Congrès.

La parole est donnée au Dr BONNET-ROY pour sa communication sur : *Les relations entre les accidents inflammatoires d'origine dentaire et les infections spécifiques de la face et du cou*, qu'il divise en trois grands chapitres :

1° Manifestations associées de lésions dentaires et de tuberculose ;

2° Manifestations associées de la syphilis et des accidents inflamma-

toires d'origine dentaire où prédomine alternativement l'accident d'ostéo-périostite, ou au contraire les accidents syphilitiques et enfin :

3° Les relations entre le système dentaire et les mycoses qui revêtent également deux formes selon qu'à la suite d'une intervention dentaire apparaît une actinomycose ou au contraire l'actinomycose apparaissant à la suite d'un ostéophlegmon.

A la suite de cette communication, le Dr Jean SOLEIL demande la parole et rapporte un cas de kyste opéré par lui-même ne se cicatrisant pas, justement à cause d'une syphilis.

La parole est ensuite donnée à M. Frédéric PIGUET, médecin-dentiste de Genève, qui nous parle de : *L'emploi du « Fluor » dans les traitements dentaires*. Après un bref rappel des nombreux travaux présentés sur la question, il parle de son expérience personnelle datant du début de 1946. Il emploie notamment une solution aqueuse de fluorure de sodium à 2 % qu'il applique trois fois, à trois semaines d'intervalle. Les 1.441 dents temporaires et permanentes que la Clinique dentaire des Écoles de Genève a traitées en 1946, subiront un examen de contrôle dès septembre 1947. Le Dr Piguet prétend que pour émettre ou faire émettre une appréciation qui ne soit pas basée seulement sur des apparences, il doit traiter des milliers de dents représentant des centaines de sujets de 4 à 15 ans dans un temps déterminé à des rythmes différents et selon des techniques éventuellement modifiées.

La parole est donnée ensuite à M. le Médecin-Colonel BERNARD qui présente sa conférence traitant de la : *Classification sur le traitement chirurgical des plaies pulpaires*. Il nous rappelle que ces dernières peuvent se cicatriser, mais qu'il faut faire une discrimination entre les plaies provoquées d'une façon aseptique et la gangrène pulpaire.

Le vocable de « plaie pulpaire » exprime une notion plus générale que ceux de « carie pénétrante » ou du « 3e degré » ou de « pulpite »... et n'implique pas le sous-entendu pathologique habituel d'affection fatalement incurable.

La thérapeutique de ces plaies, qui a été jusqu'alors conduite par l'idée directrice de « nécrose » et de maintien dans l'endodonte d'un cadavre pulpaire « momifié », doit s'orienter maintenant vers la conservation vitale maximum de l'organe pulpaire.

Pour cela : 1° L'intervention chirurgicale sur la pulpe ne doit être envisagée qu'après échec du traitement médical (cicatrisation néo-dentinaire ;

2° L'inhibition physiologique par As^2O^3 doit être éphémère, si on veut lui donner comme but une « analgie » opératoire et non plus une « nécrose » ;

3° Après les temps de trépanation camérale, de pulpotripsie, de pulpotomie et éventuellement de pulpectomie, le moignon cruenté (radiculaire ou périapical) ne doit pas être « fixé » ou « momifié » par des antiseptiques à base d'argent ou de formol.

Conservant ainsi leur vitalité, les tissus pulpo-radiculaires peuvent être le siège d'une cicatrisation néo-dentinaire, les tissus conjonctifs apicaux peuvent réhabiter les parties non obturées des canaux radiculaires.

La séance est levée à 23 heures.

Le Secrétaire Général : R. RIGOLET.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE ET DE STOMATOLOGIE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

Séance du 8 juillet 1947

M. L. Rocher, P. Margard. — *Résultat d'une cheiloplastie accompagnée d'infiltration de pénicilline dans un cas de plaie opératoire désunie d'un bec-de-lièvre.*

Les auteurs présentent un enfant de 10 mois opéré d'un bec-de-lièvre unilatéral simple avec réfection narinaire. Le sixième jour après l'intervention, le fil de bronze de cerclage fut enlevé ; le septième jour ce furent les fils de suture. Le huitième jour, l'enfant fit une chute sur la face et désunit la plaie opératoire. Le lendemain, sans qu'aucune tentative de rapprochement ait été faite, la cheiloplastie est refaite. Lorsque tous les points de suture muqueux et cutanés furent placés ainsi que le fil de cerclage, la lèvre fut infiltrée de deux centimètres cubes d'une solution de pénicilline à 10.000 Unités par centicube, de manière à bloquer le champ opératoire en dehors et en dedans. Une deuxième infiltration de pénicilline identique fut faite le lendemain et une troisième le surlendemain. On obtint une cicatrisation *per primam*, et le résultat esthétique fut parfait.

Les auteurs retiennent cette application logique de la pénicilline sur les sutures secondaires des plaies opératoires désunies qui donne de nouvelles possibilités.

P. L. Maronneaud. — *Les gressions secondaires dans la correction des dystopies dentaires.*

L'auteur, avant de signaler ces faits de gression secondaire, fait un rappel liminaire sur les remaniements tissulaires qui accompagnent la correction orthodontique des dystopies dentaires primitives.

Les corrections orthodontiques font appel à des manœuvres de force qui réalisent des subluxations. Les modifications osseuses qui les accompagnent sont précisément assez mal connues. L'observation histopathologique humaine fait à cet égard complètement défaut et l'on s'appuie sur les travaux expérimentaux réalisés depuis longtemps par Oppenheim, Heinrich, Johnson, Appelton et Rittershoffer, Wolf, Roux. Or les conditions expérimentales très différentes amènent à des conclusions parfois discordantes. Seul Jorés, en limitant ses observations aux effets de la pression, apporta quelques données précises. En définitive les orthodontistes admettent couramment que la gression de la dent entraîne une résorption du côté de la pression et une apposition du côté de la traction.

En vertu de ces phénomènes de désensification périodontale qui caractérisent tous les états de remaniements osseux à la fin de la période de réduction, et avant la fin de la période de consolidation, l'auteur signale les mouvements de gression secondaire, dans le sens corono-radiculaire, qu'exécutent parfois les dents mobilisées et qui les met en infratopie. On les observe avec évidence au cours de la correction des dystopies par rotation qui entraînent des altérations pariétales importantes sur toute la hauteur du flanc radiculaire et sur la plus grande partie de sa périphérie ; ils sont encore évidents dans la correction des inversions d'occlusion lorsque la dent exécute spontanément, c'est-à-dire sans béance temporaire provoquée des arcades, le saut de l'occlusion.

Ces mouvements secondaires exigent enfin, la plupart du temps, l'application de forces contentives fermes tout au long de la période de consolidation.

Lafage. — *La céramique de revêtement sur les piliers de bridge.*

L'auteur expose les avantages qu'assure la céramique de revêtement dans les piliers de bridge. Il développe les raisons esthétiques qui l'ont

amené à la confection des facettes de céramique par éléments séparés, et au maquillage des facettes standard. Il précise la technique particulière qu'imposent les coiffe-piliers à revêtement vestibulaire de céramique : taille du moignon, confection de la coiffe de platine ; et résume et défend en définitive la supériorité, tant au point de vue esthétique que mécanique, de ces prothèses mixtes à corps métallique et à facettes de céramique sur les bridges-bloc en céramique armée.

P. LE COULANT et P. MARCARD. — *A propos d'un cas de lésions syphiloïdes muqueuses et cutanées. Diagnostic différentiel de la syphilis buccale floride.*

Les auteurs rapportent l'observation d'un malade de 57 ans adressé par un confrère avec le diagnostic de syphilis secondaire. Sans passé pathologique, père de trois enfants normaux, cet homme présente d'une part une alopécie diffuse, évoluant vers la décalvante totale, et une chute partielle des poils des sourcils, avec là, comme au cuir chevelu, une repousse de follets et poils blancs ; d'autre part, une plaque opaline labiale rappelant singulièrement une plaque muqueuse, et sur la langue une série de grandes plaques fauchées à bordure saillante, festonnée, blanchâtre, à fond rouge, non infiltrée. L'ensemble de ces lésions évolue depuis plusieurs mois avec un état général parfaitement conservé. Si le caractère des lésions, leur étendue, leur circination, la présence d'une plaque blanche opaline labiale, la coexistence d'une alopécie diffuse, sont en faveur d'une syphilis, par contre, l'absence d'adénopathie, l'absence de lésions génitales évolutives ou cicatricielles, la repousse de poils en blanc, s'inscrivent contre elle. Le diagnostic de grande pelade décalvante et de glossite exfoliatrice marginée est porté. La notion tardivement acquise d'un B. W. négatif confirme ce point de vue.

Les auteurs, après avoir fait une revue des tableaux cliniques de la glossite exfoliatrice marginée, et des accidents buccaux de la syphilis secondaire, précisent les éléments du diagnostic différentiel et insistent sur l'intérêt qu'il y a à garder toujours présente à l'esprit, dans la discussion, l'étiologie syphilitique possible, mais à hésiter longuement à prononcer son nom sans signe de certitude.

HIRTZ et BENOIT. — *Retentissement sur la cavité buccale d'un syndrome hypophysaire.*

Les auteurs présentent l'observation d'une jeune malade de 20 ans qui présente un dyspituitarisme congénital hypo-somatotrope et hypergonadotrope avec arriération mentale.

Au point de vue bucco-dentaire, on observe un orifice buccal petit, des lèvres minces, une atrésie bimaxillaire importante portant surtout sur les régions prémolaires, des malpositions nombreuses entraînent un trouble considérable de l'articulé, une ectopie de la canine supérieure droite incluse dans la voûte palatine et vraisemblablement celle de la canine inférieure gauche. La deuxième prémolaire inférieure gauche est enclavée entre les deux dents voisines. On note enfin quelques dystrophies assez légères portant sur les groupes incisivo-canins supérieur et inférieur et des caries multiples s'étendant en nappes, récidivantes et localisées presque exclusivement aux incisives et canines inférieures.

En somme, on se trouve en face de nombreuses lésions bucco-dentaires qui traduisent un trouble important du développement des organes de la cavité buccale assez similaire au trouble du développement de l'organisme tout entier.

Les auteurs préconisent le traitement conservateur de toutes les dents encore récupérables pour éviter une prothèse. Ils pensent qu'un traitement orthodontique est susceptible d'améliorer l'articulé de cette malade et peut-être son état général.

P. L. MARONNEAUD. — *Présentation d'instruments : écarteur-irrigateur pour l'instrumentation diamantée. Manche de canule pour les lavages au bock.*

L'auteur présente : 1° Une poire d'irrigation dont l'embout métallique creux, en forme de palette discoïde, permet d'écarter les parties molles (langue, joue), et d'assurer l'irrigation des meules ou pointes diamantées utilisées dans la taille des dents (morcellement chirurgical, préparation de moignons dentaires). Irrigation qui ménage l'instrumentation et augmente son pouvoir d'abrasion ;

2° Un manche métallique tubulaire dans lequel passe le tube en caoutchouc muni de sa canule de verre et présentant un dispositif de serrage permanent à ressort qui comprime le tube de caoutchouc et ferme sa lumière. Un bouton permet, en tendant le ressort, d'en assurer la décompression pour obtenir un jet plus ou moins abondant.

BIBLIOTHÈQUE DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Tous les travaux indiqués dans les notes bibliographiques (pages de publicité) sont en lecture, sur place, à la Bibliothèque de l'Ecole Dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

MUSÉE P. FAUCHARD

45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE, PARIS-9e

Le Musée P. Fauchard est ouvert tous les matins de 10 heures à 12 heures.

Les visiteurs sont guidés par un membre du Corps Enseignant de l'Ecole Dentaire de Paris.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Compte rendu de la Semaine Odontologique

(22-28 septembre 1947) *communiqué par la C. N. S. D.*

La Semaine Odontologique s'est déroulée du 22 au 28 septembre dans le cadre particulièrement bien aménagé du Parc des Expositions de la Porte de Versailles.

La Confédération Nationale des Syndicats Dentaires a joué les difficultés en organisant cette manifestation professionnelle dans une période d'instabilité économique et sociale, mais nous sommes heureux de pouvoir la féliciter car la Semaine Odontologique 1947 a eu un succès complet.

L'inauguration eut lieu le lundi 22 septembre, sous la présidence de M. Maurice CHASSAGNEAU, Directeur Adjoint de l'Hygiène Publique au Ministère de la Santé Publique. M. Maurice VINCENT, Secrétaire Général de la C. N. S. D., entouré des membres du Comité d'Organisation : MM. MOREAU, RENAULT, REBEL, NICOLLE, BLOCMAN, SENNAC, etc..., accompagnés des représentants des Fabricants, des Négociants, des Importateurs : MM. PERRIGOT, DOLLOT, BARTHEL, CORNUBERT, MOURGUES, BUJEAUD, CHAUDOIS, etc..., fit visiter les stands à M. le Délégué du Ministre qui s'intéressa vivement à l'exposition.

M. CORNIOU, Président du 1er Salon Artistique, présenta les nombreuses toiles, les sculptures, les gravures de ses confrères.

Dans la grande salle des Congrès, M. Maurice VINCENT prononça l'allocution ci-dessous :

« Ainsi que vous le voyez, c'est dans un cadre intime que nous vous « recevons, M. le Délégué du Ministre de la Santé Publique.

« En vous déléguant pour inaugurer la Semaine Odontologique, « 57e Congrès Dentaire, le 1er Salon Artistique des Chirurgiens-Dentistes « et l'Exposition du Matériel des Fabricants et des Négociants en produits « dentaires, M. le Ministre de la Santé Publique vous fait sceller un maillon « d'une chaîne qui a été commencée il y a de nombreuses années par nos « prédécesseurs, chaîne qui avait été forgée par les efforts constants, te- « naces, sérieux de la profession dentaire tout entière, chaîne que nous

« reprenons après huit années d'interruption due aux événements mondiaux douloureux et pénibles dont la France a été à nouveau la victime.

« *La Semaine Odontologique* 1947, 57e Congrès Dentaire, ainsi que les manifestations scientifiques qui la marqueront vont prouver pendant huit jours les progrès qui ont été faits dans les différentes branches d'activité de notre profession.

« Les Associations telles que :

« La Fédération Nationale des Amicales des Dentistes des Armées de terre, de mer et de l'air,

« Le Comité National d'Hygiène Bucco-Dentaire,

« La Fédération Dentaire Internationale,

« L'Association des Chirurgiens-Dentistes Mutilés, Réformés de Guerre, Déportés et Spoliés,

« L'Union des Chirurgiens-Dentistes Français,

« L'Association Générale des Dentistes de France,

« Le Club Aéro-Médical,

« L'Association pour la recherche de la parodontose, vont, au cours de séances exlusivement scientifiques, continuer leur effort et rechercher les moyens de faire reculer la souffrance, la douleur et même la mort en démontrant ainsi que nous sommes parmi les meilleurs artisans de la défense de la Santé Publique.

« Les différentes Associations, les Sociétés, la Confédération Nationale des Syndicats dentaires avec ses 90 syndicats, vont tenir leurs assises au cours de la Semaine Odontologique. Elles feront le point, chacune dans leur secteur particulier, des problèmes qui règlent et développent les activités de la profession. Les Syndicats continueront à étudier la situation des Chirurgiens-Dentistes dans l'évolution sociale actuelle, comme leurs rapports avec les pouvoirs publics, avec un but : celui de conserver le caractère libéral de la profession, d'examiner les revendications et d'organiser la défense professionnelle.

« Vous avez examiné avec un intérêt qui nous a touchés, l'Exposition des Fabricants et des Négociants, vous avez vu le travail de tous ceux qui mettent leur science au service de notre art, et vous avez vu leurs efforts. C'est une branche bien spéciale de la profession médicale que la nôtre qui ne peut soigner ses malades sans un matériel important.

« Nous avons réalisé cette Exposition parce qu'après sept années, nos confrères se montraient avides de savoir à quel point en étaient les progrès accomplis.

« Vous avez vu les stands de la Presse Professionnelle qui diffuse, hors des frontières, la pensée scientifique française et qui permet ainsi à la France de conserver son rayonnement scientifique.

« Vous avez vu nos Prothésistes qui représentent la grande famille des mécaniciens, ce sont des collaborateurs précieux, s'ingéniant à perfectionner toujours la fabrication des appareils exécutés d'après les indications des praticiens.

« Vous avez remarqué que le violon d'Ingres est cultivé avec plaisir et vous avez apprécié la qualité des œuvres de nos Chirurgiens-Den-

« tistes. Les œuvres exposées sont dignes des Salons dont le nombre de « toiles est plus important, mais nos toiles peuvent supporter la compa- « raison avec celles de ces salons.

« A l'entrée de notre Exposition vous avez remarqué les deux grandes « voitures mises à notre disposition par M. le Ministre de la Guerre. Ces « voitures sont destinées à soigner les militaires de l'Armée Française « et, en cas de guerre, à donner les premiers soins aux blessés maxillo- « faciaux. Nombreux sommes-nous dans cette salle qui avons fait la « guerre 1914-1918 et qui sommes partis au combat alors qu'il n'y avait « pas un chirurgien-dentiste dans l'Armée Française. Nous sommes heu- « reux de constater que dans ce domaine comme dans les autres, notre « profession a su s'adapter aux exigences si cruelles de la guerre.

« Vous avez bien voulu vous incliner en même temps que nous devant « le buste de Danielle Casanova qui appartenait à notre profession. Vous « avez dû, en scrutant ses traits, évoquer les sentiments de cette femme « martyre, son admirable patriotisme, sa droiture d'âme. Pour nous, « Danielle Casanova symbolise la douleur des victimes de la barbarie « allemande. Comme les héroïnes de France, elle restera une grande figure « dans l'histoire de notre pays. Nous la saluons, nous la vénérons et nous « avons été particulièrement sensibles au geste que vous avez accompli « en déposant au pied de son buste une gerbe de fleurs, fleurs du souvenir, « de la reconnaissance et de l'affection pour tous les membres de la pro- « fession dentaire morts en accomplissant leur devoir patriotique.

« En vous choisissant pour inaugurer cette *Semaine Odontologique*, « M. le Ministre de la Santé Publique savait que vous étiez à même, plus « que d'autres, par le rôle éminent que vous remplissez au sein du Conseil « National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes et par vos fonctions à « la Commission des Etrangers, de constater les efforts que nous avons « faits.

« Nous vous demandons de remercier M. le Ministre de la Santé « Publique de l'intérêt qu'il porte à notre Semaine Odontologique. Quant à « vous, M. Chassagneau, nous vous assurons de notre haute estime et « si vous le permettez de notre affectueuse reconnaissance. »

M. Chassagneau :

« M. le Ministre de la Santé Publique, retenu par des occupations « impérieuses regrette vivement de n'avoir pu assister aujourd'hui à cette « inauguration.

« Il vous exprime cependant par mon intermédiaire tout l'intérêt qu'il « attache à la technique dentaire, à la profession et à tout ce qui s'y rat- « tache. Elle joue un rôle important dans la protection de la Santé Pu- « blique, elle est une des branches capitales de l'art de soigner et de guérir.

« Il est agréable de constater que dans une France appauvrie, ruinée, « l'honneur de la science subsiste chez beaucoup d'entre nous.

« Par la visite que je viens de faire de vos expositions, je me rends « compte de l'effort que vous accomplissez.

« Nous sommes heureux de voir que nous pouvons compter sur vous « pour que dans le domaine qui nous est cher, celui de la défense de la « Santé Publique, notre pays se place parmi les tout premiers.

« J'adresse mes félicitations les plus vives à tous les artisans de cette « œuvre magnifique et à la Confédération Nationale des Syndicats Den- « taires en particulier, j'apporte mon admiration et mes encouragements. »

Un vin d'honneur fut ensuite servi.

* * *

Quand nous disons que la Semaine Odontologique 1947 a eu un grand succès, nous exprimons faiblement les sentiments de tous ceux qui, de l'étranger, de province ou de la région parisienne, ont visité les 150 superbes stands qui présentaient aux praticiens toutes les nouveautés professionnelles.

La partie scientifique ne fut pas moins intéressante : la Société d'Odontologie de Paris, la Société Odontologique de France, l'Association des Chirurgiens-Dentistes Indépendants, le Comité National d'Hygiène Bucco-Dentaire, l'A.R.P.A. tinrent chaque soir leurs assises. Ces réunions furent suivies par de nombreux confrères attirés par les conférenciers de valeur qui ont donné par leurs exposés un attrait particulier à la Semaine Odontologique. La Fédération Nationale des Amicales des Dentistes de l'Armée de Terre, de Mer et de l'Air, l'Union des Chirurgiens-Dentistes Français (U. C. D. F.), le Syndicat de la Presse Professionnelle, l'Association des Chirurgiens-Dentistes Mutilés et Réformés des deux guerres, Déportés et Spoliés, l'Aéro-Club de France (Section Dentaire), l'Association Générale des Dentistes de France, heureuses de profiter de la présence à Paris de nombreux confrères tinrent leurs Assemblées Générales, chacun des groupements faisant la mise au point des questions relevant de leurs organismes.

Le Conseil d'Administration de la C. N. S. D., et les Commissions, préparèrent l'Assemblée Générale Extraordinaire et pendant une journée entière en présence des délégués venus de tous les départements, les problèmes professionnels et syndicaux furent étudiés.

Le dimanche 28, un grand banquet placé sous la présidence de M. le Dr Pecquignot, Directeur adjoint du Cabinet de M. Robert Prigent, Ministre de la Santé Publique, réunissait dans le cadre charmant du Restaurant du Parc des Expositions, les personnalités et les congressistes. Nous avons noté parmi les invités : MM. les Délégués du Ministre du Travail et de l'Education Nationale ; M. le Général Homburger, Directeur Général du Service de Santé ; M. Guibert, Directeur Ajoint de la Sécurité Sociale ; M. le Dr Cibrie, Secrétaire Général de la Confédération des Syndicats Médicaux ; M. le Dr Hennion, Président du Syndicat National des Stomatologistes de France ; M. Louvet, Secrétaire Général de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes ; M. le Rolland, Directeur de l'Enseignement Technique ; Mlle Janin, Chirurgien-Dentiste, pilote et M. le Dr Servier, de l'Aéro-Club Médical de France ; MM. Aye et Léon, Président et Secrétaire Général du Comité National d'Hygiène Bucco-Dentaire ; M. le Colonel Hamon ; MM. les Avocats Debese et Casabona, Conseils juridiques de la C. N. S. D. ; MM. Jousse et Montreuil, de la Maison des Etudiants en Art Dentaire et de l'Office National Dentaire ; M. le Colonel Bernard ; M. Œconomou, Docteur en Médecine et Chirurgien-Dentiste de la Faculté de Médecine d'Athènes . M. Hildebrand, Professeur de

Prothèse à l'Institut Dentaire de Stockolm ; M. SAMBO, Délégué des Confrères Italiens ; M. UZAN, Président du Syndicat de Tunisie, etc...

Une délégation importante de fabricants et de négociants assistait à ce banquet, nous avons noté MM. LESAGE, PERRIGOT, BARTHEL, MAUGUES, CHAUDOIS, DOLLOT, QUICK, PREMPAIN, MARMET, FAIVRE, etc...

Autour du Président de la C. N. S. D., M. RAND, étaient groupés des Confrères du Conseil d'Administration, du Comité d'Organisation de la Semaine, de nombreux Présidents des Syndicats de Province, les Présidents des Sociétés Scientifiques des groupements professionnels, associations..., parmi lesquels nous avons remarqué MM. REBEL, RENAULT, Maurice VINCENT, BLOCMAN, FOUQUES, BERTHET-BOREL, BUDIN, CORNIOU, Dr LEBOURG, WALLIS-DAVY, SENNAC, MOREAU, NICOLLE, MERCIER, BIANCHI, Dr SOLAS, RIGOLET, SUDAKA, COTTAREL, JOURNE, MARTIN, LEBEAU, EVEN, RIMMEL, BADEL, PICHON ; des discours très applaudis furent prononcés par MM. RENAULT, ŒCONOMOU, HILDEBRAND, LOUVET, HÉMION, CIBRIE, le Général HAMBURGER, le Président RAND et le Dr PECQUIGNOT.

Pour nous résumer, nous ne pouvons qu'applaudir à la reprise des Semaines Odontologiques, la manifestation professionnelle de 1948 aura encore plus d'ampleur et ce n'est un secret pour personne de dévoiler les efforts que font déjà les organisateurs de la Semaine Odontologique 1948, pour essayer de grouper en une seule et unique manifestation professionnelle et scientifique les divers Congrès.

AIDE IMMÉDIATE EN CAS DE DÉCÈS

Caisse d'entr'aide distribuant sans aucune formalité, immédiatement après le décès du sociétaire, une somme qui dépasse actuellement 25.000 francs.

L'âge limite d'entrée est fixé à 45 ans.

Pour renseignements, s'adresser au Trésorier : M. Fontanel, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris (9e).

IN MEMORIAM

Madame G. VILLAIN, veuve de notre confrère disparu si tragiquement avec ses enfants, vient de faire paraître un livre consacré à la mémoire de son mari.

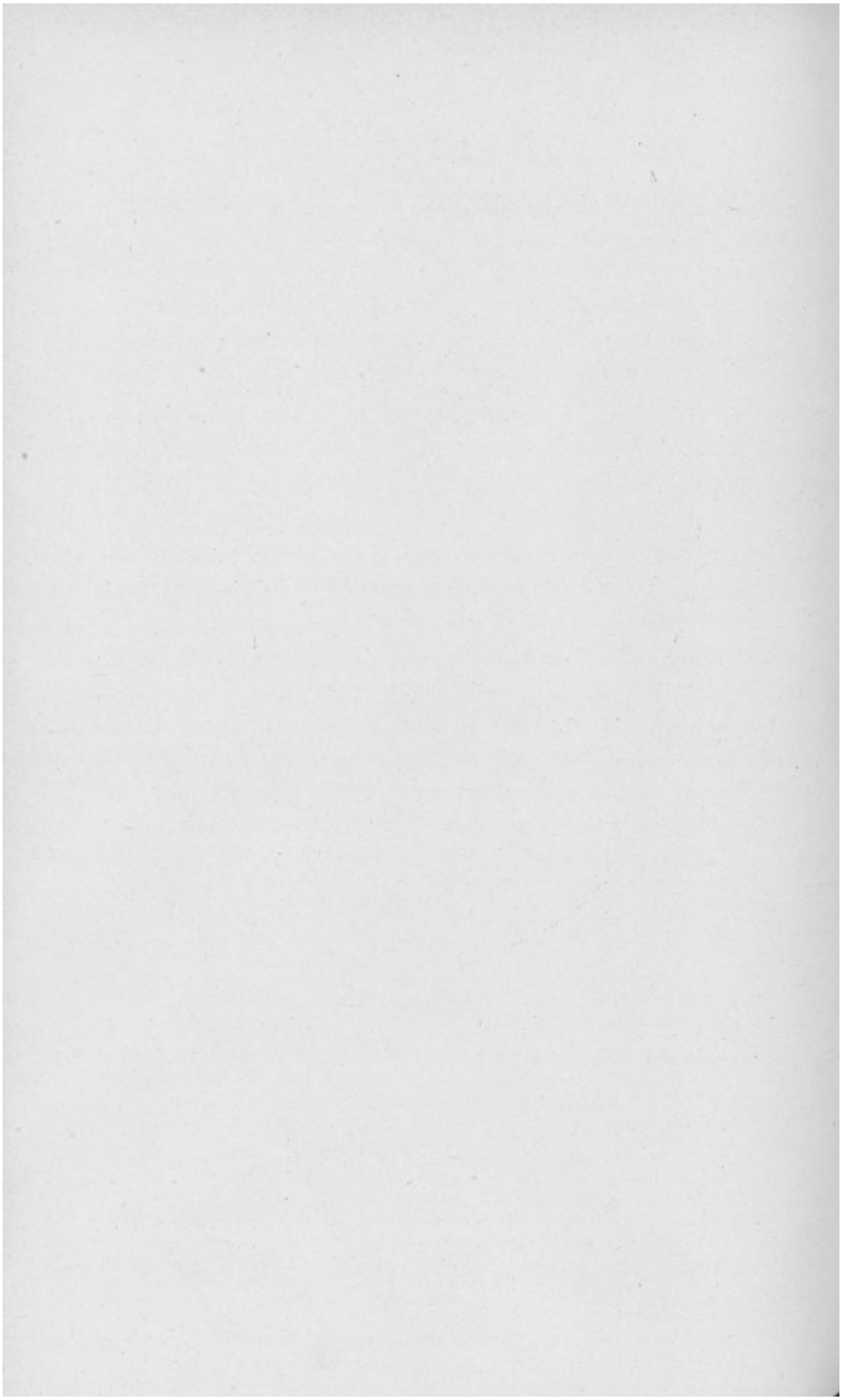
Il a dû en coûter beaucoup à celle qui a été si cruellement éprouvée, pour remuer ces cendres d'un passé encore bien récent, mais cette œuvre était nécessaire. En dehors d'un juste hommage rendu à un confrère dont ses contemporains ont gardé un souvenir tout de sympathie, le livre de Mme G. VILLAIN renferme une bibliographie très complète des travaux publiés pendant cette carrière si bien remplie. (1)

Lorsque notre génération aura disparu, l'œuvre scientifique de G. VILLAIN sera ainsi préservée de l'oubli. Il est certain que c'est la plus juste et la plus méritée des récompenses que l'on puisse décerner à celui dont l'idéal altruiste était dans toutes les circonstances de « SERVIR ».

Que Madame Georges VILLAIN veuille bien trouver ici, avec nos bien vives sympathies, nos remerciements et nos félicitations pour le pieux hommage rendu à la mémoire de son mari dont la disparition a laissé un grand vide dans l'Ecole Dentaire de Paris dont il fut longtemps l'animateur.

Dr L. SOLAS.

(1) Ce livre, édité par Jean CRÉS, imprimeur-éditeur, 27, rue Pernety, Paris, ne se trouve pas dans le commerce.



BULLETIN
de l'Association Générale des Dentistes de France

ALLOCUTION DU PRÉSIDENT, Dr A. AUDY,

à l'Assemblée Générale de l'Association Générale des Dentistes de France réunie au Palais des Expositions, le 27 septembre 1947, au cours de la Semaine Odontologique.

Tout d'abord nos excuses pour la date très défavorable adoptée pour la réunion de ce soir, mais je vous prie de reconnaître que nous n'y sommes absolument pour rien. La date de cette « Semaine Odontologique », interrompue si longtemps malgré nous et dont je réclame personnellement le rétablissement depuis six mois, a été fixée à cette fin de vacances pour des considérations impérieuses de politique professionnelle ; les confrères ont été unanimes à regretter cette date, mais j'ai plaisir à constater que malgré cette désapprobation, ils ont fait un très louable effort pour venir, toutefois nombreux y participer, d'abord je dois le reconnaître et les en féliciter par esprit de discipline et de solidarité professionnelle, et ensuite avec l'espoir que toujours à la recherche du progrès, aussi bien scientifique que technique, il y aurait quelque chose à glaner pour leur perfectionnement personnel.

A tous ceux qui sont passés dans ces salles cette semaine, à ceux qui nous ont fait le plaisir et l'honneur d'être des nôtres à cette soirée, j'adresse mes sincères félicitations et mes cordiaux remerciements.

Depuis notre dernière Assemblée Générale du 20 octobre 1946, du procès-verbal de laquelle notre dévoué Secrétaire Général vient de vous donner lecture, notre action s'est efforcée de prendre part aux événements professionnels de tout ordre qui se sont présentés.

Le fait que notre A. G. D. F. est une association libre groupant les confrères de bonne volonté, nous donne une liberté d'action que des attaches officielles limitent quelquefois pour les autres organismes professionnels.

Du point de vue particulier à notre Association, notre organe régulier d'information, *L'Odontologie*, qui paraît avec, j'ose dire, une régularité exemplaire et une fréquence plus rapprochée que certaines autres publications, et dont le service gratuit est fait à tous les membres de notre association, nous permet de vous tenir au courant, je ne dirai pas au jour le jour, mais tout au moins, mois par mois, des faits intéressants de la profession ; au passage je veux vous signaler que nous faisons l'échange avec une soixantaine de journaux professionnels étrangers et quarante-cinq français, et que depuis le rétablissement des relations internationales, nous avons récupéré une cinquantaine d'abonnés individuels étrangers.

Je ne veux pas passer en revue les rubriques des derniers numéros du Bulletin de l'A. G. D. F.

Nous avons rendu compte, en particulier, des manifestations des étudiants en chirurgie dentaire de toute la France contre le décret du Ministère de l'Education Nationale du 2 janvier 1947, violant tous les règlements antérieurs sur le cycle des études en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Chirurgien-Dentiste.

Cet article avait surtout pour but de renseigner les confrères nombreux dont les enfants sont en cours d'études, de la légitimité de la protestation énergique et je puis dire nationale de nos étudiants, traduite par le procédé à l'ordre du jour dans l'économie actuelle, de la grève générale. La solution, comme toujours, a été un compromis, mais cette manifestation a fait

constater l'unanimité des praticiens actuels et futurs pour le maintien du niveau des études de notre profession.

L'application pratique du décret des Ministres de l'Education Nationale et de l'Intérieur du 1er mars 1947, instituant une visite de dépistage des affections bucco-dentaires, liée à la visite d'incorporation dans les écoles primaires des enfants au cours de leur cinquième année, a fait l'objet de plusieurs articles; destinés surtout à mettre nos confrères, appelés dans toute la France à assurer ce service, au courant de l'action conjuguée des Syndicats, des Comités d'Hygiène Bucco-Dentaire et de notre Association dans ce domaine.

Des renseignements qui nous parviennent de toute part, les différents articles de l'arrêté du 1er mars, sont l'objet de critiques sérieuses, mais il faut que nos confrères sachent que si nous ne pouvons obtenir actuellement aucune modification dans son texte, nous pouvons, par contre, avoir quelque accommodement dans son application pratique et c'est à cela que tendent les nombreuses réunions professionnelles auxquelles votre Président s'est fait un devoir de prendre part.

S'il m'est permis de vous donner avant la lettre quelque indication à ce sujet, je vous exposerai le projet de convention que je propose en remplacement du projet de convention libellé par l'Administration de l'Education Nationale et dont vous avez certainement eu connaissance officielle.

Projet de Convention Syndicat-Ministre

Entre le Ministre de l'Education Nationale, d'une part, et le Président du Syndicat des Dentistes de ....., d'autre part ;

Il est convenu ce qui suit :

Le Syndicat des Dentistes de ....., par l'organisme de son Président, M. ....., agissant ès qualité,

s'engage à assurer dans le Département de .....

la visite de dépistage des affections bucco-dentaires, jointe à la visite médicale d'admission dans les écoles, prescrite par l'arrêté du 25 mars 1947 des Ministres de l'Education Nationale et de l'Intérieur.

Le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de ..... désigne comme affectés à ce Service d'Hygiène Scolaire, après avis du Comité départemental d'Hygiène Bucco-Dentaire, les Praticiens désignés nominativement sur la liste ci-jointe et qui acceptent.

Les attributions, le statut et l'indemnité alloué aux dentistes scolaires sont déterminés par le règlement en vigueur (10 fr. par examen).

La date de prise en fonction des praticiens désignés par le Syndicat est fixée au .....

L'indemnité allouée pour ce service sera versée en totalité au trésorier du Syndicat qui répartira entre chacun des dentistes affectés à ce service la part qui leur revient.

La présente convention est conclue pour une durée d'un an à dater de ce jour. Elle peut être dénouée de part et d'autre moyennant un préavis d'un mois.

Fait en quadruple exemplaire.

Nous allons, de ce côté, continuer notre action de mise au point et serons heureux des desiderata que vous voudrez bien nous communiquer.

La question de la Sécurité Sociale nous a aussi fortement préoccupés ; nous avons publié dans un numéro de *L'Odontologie* le tarif national des honoraires et, ce soir, cette importante question est portée à l'ordre du jour de notre Assemblée Générale.

Je m'excuse d'insister sur notre journal professionnel, mais c'est pour préciser que ce n'est pas seulement une revue spéciale, mais en même temps l'organe officiel de notre A. G. D. F., dont l'abonnement est inclus dans la cotisation annuelle de notre Groupement.

L'adhésion à l'A. G. D. F. vous donne non seulement le service régulier de *L'Odontologie*, mais tous les avantages réservés à ses membres. Je veux signaler simplement en attendant la constitution de la retraite étudiée par l'Ordre, notre Caisse particulière : l' « *Aide Immédiate en cas de Décès* ».

Tous, nous sommes destinés, tôt ou tard, à abandonner ici bas notre profession et les êtres qui nous sont chers ; pour ceux qui, au milieu des tracas de chaque jour, envisagent l'avenir de leur famille, c'est quelquefois avec angoisse que se pose la question du dépannage immédiat au jour de notre disparition.

« *L'Aide Immédiate* » répond à cette inquiétude ; par la précaution d'une cotisation minime au cours de notre existence professionnelle, elle nous assure le versement sans formalités ni retenue fiscale, d'une somme importante à la personne désignée. Notre ami et dévoué Trésorier FONTANEL qui administre avec la sagesse que tout le monde lui reconnaît, cette œuvre de prévoyance, vous donnera toutes précisions à ce sujet.

Je n'insisterai pas davantage sur le fonctionnement de notre Caisse de Prévoyance qui, au cours des années douloureuses que nous venons de vivre, a rendu service à de nombreux confrères victimes des calamités accumulées sur notre malheureux pays.

La Caisse de Prévoyance prend aussi à sa charge les bourses et secours d'études dont sont heureux de bénéficier nos studieux étudiants, particulièrement fils ou parents de confrères vivants ou disparus, continuant ainsi dans leur descendance avec les facultés d'atavisme, l'idéal qui les a animés ici-bas.

Je ne rappellerai que d'un mot l'appel adressé par l'A. G. D. F. pour la souscription ouverte en faveur de notre confrère Blatter que tous ici nous avons admiré pour son dévouement à notre profession, et qui a pris cette année une retraite bien méritée.

Je m'en voudrais d'abuser plus longtemps de votre patience et de votre attention dans les brèves heures de cette réunion, et dont je vous remercie sincèrement, et je termine en priant notre Secrétaire Général de vous donner connaissance de son rapport sur le fonctionnement de notre Association depuis notre dernière Assemblée Générale, rapport qui sera publié dans un prochain numéro de *L'Odontologie*.

Dr A. AUDY.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Nous apprenons et sommes heureux de faire part à nos confrères auxquels cela peut rendre service que :

La Société Nationale de Vente des Surplus envisage une vente directe du matériel dont elle dispose, à tous praticiens (médecins, dentistes, etc.) directement intéressés.

Le matériel, en attendant l'organisation d'une salle d'exposition d'échantillons à Paris, est concentré dans cinq camps : *Miramas* (Bouches-du-Rhône), *Mourmelon-le-Petit* (Marne), *Vincennes* (Seine), *Gennevilliers* (Seine), *Camp* 508A, route des Marais.

Les permis de visite sont individuels et donnent accès les mardis et mercredis ; les renseignements complémentaires doivent être demandés par lettre (délai de réponse 10 jours), par téléphone ou sur place : Section II de la S. N. V. S., bureau 309, 3e étage, 1, boulevard Haussmann, Paris (9e). Taitbout 85-12, le matin de 9 à 12 heures.

JURISPRUDENCE

D'un jugement rendu contradictoirement par la 19e Chambre du Tribunal Civil de la Seine, le 25 avril 1947, enregistré, entre :

Monsieur FONTANEL, 1, rue Vercingétorix à Paris, contre la Société des Laboratoires MERMINOD et Cie, 49, rue de Paradis à Paris, Editions « SIM », 39, rue Cambon à Paris ...Le Tribunal .....Oui en son rapport le magistrat chargé de suivre la procédure en leurs conclusions et plaidoiries — CAMPANA, Avocat, assisté de MALINVAUD, Avoué, pour le sieur FONTANEL. TERCINET, Avocat, assisté de FAURE, Avoué, pour la Société des Laboratoires MERMINOD et Cie — DEMOUSSEAUX, Avocat, assisté de ROUAULT René pour les Editions « SIM ». Le Ministère public entendu et après en avoir délibéré conformément à la loi jugeant en matière ordinaire et en premier ressort. Attendu que le 10 mars 1944, FONTANEL a assigné la Société des Laboratoires MERMINOD en paiement de cinq mille francs à titre de dommages-intérêts. Qu'il demande en outre d'ordonner l'insertion du dispositif du jugement à intervenir aux frais de la dite Société dans deux journaux professionnels au prix maximum de quinze cents francs par insertion et par journal. Attendu qu'au soutien de son action, FONTANEL prétend que les Laboratoires MERMINOD ont distribué des prospectus qui utilisaient des passages de sa thèse sur la thérapeutique des sulfamides en stomatologie, soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en mil neuf cent quarante et un de telle façon que les produits, objet de cette publicité, semblaient présentés sur son conseil et même sous son contrôle et qu'il paraissait en préconiser l'emploi. Attendu que la Société des Laboratoires MERMINOD soutient que la demande de FONTANEL est irrecevable, ses laboratoires étant exploités par la dame SAMSON lors des faits qui lui sont reprochés, que cette demande est en outre mal fondée, le prospectus incriminé ne faisant que reproduire un feuillet de la publication des fiches NAMIN dans lequel après des passages de la thèse de FONTANEL est insérée une réclame pour un sulfamide des Laboratoires REBOUL. Attendu que la Société des Laboratoires MERMINOD a appelé en garantie la Société « SIM » qui édite les fiches NAMIN. Attendu que cette dernière société faisant valoir que FONTANEL reproche aux Laboratoires MERMINOD un fait qui lui est personnel, conclut au mal fondé de cet appel en garantie et demande reconventionnellement de condamner lesdits Laboratoires à lui payer VINGT CINQ MILLE FRANCS à titre de dommages-intérêts pour le préjudice qu'elle a subi par l'emploi des fiches médicales NAMIN dans un prospectus à usage commercial en raison du discrédit jeté ainsi sur cette publication.

Sur la demande principale : Attendu que la Société des Laboratoires MERMINOD ne produit aucun document susceptible d'établir que pendant les faits incriminés, lesdits laboratoires n'étaient pas exploités par elle. Attendu que la demande formée par FONTANEL à son encontre est donc recevable. — *Au fond* : attendu qu'il n'est pas contesté qu'en mil neuf cent quarante-deux, lors d'une Exposition de Fournisseurs et de Laboratoires à l'Ecole ODONTOTECHNIQUE de la rue Garancière à Paris, les Laboratoires MERMINOD ont distribué avec des échantillons de leurs produits, le prospectus litigieux. Attendu que ce prospectus versé aux débats portait comme titre : « Thérapeutique sulfamide en stomatologie » suivi de la mention « Pierre FONTANEL (Thèse Paris, 1941) ». Passage extrait des fiches médicales NAMIN, répertoire des traitements nouveaux, numéro : cinquante-six, onze juillet mil neuf cent quarante-deux. Qu'après plusieurs passages de la thèse de Pierre FONTANEL habilement assemblés, le prospectus continuait ainsi sans aucune transition : « nous préconisions avant et après

l'extraction notre sulfamide DAKIN qui porte son action en profondeur de la manière suivante : *Premièrement* : Bains de bouche à l'aseptamide... ou aseptadent. *Deuxièmement* : Introduire dans la dent creuse ou alvéole une fraction de crayon alvéolo-dentaire à l'aseptamide, qu'à la suite se trouvait dans un cadre en lettre capitale : « L'ASEPTAMIDE » avec indication de ses effets aseptisants, enfin la mention : « en vente au détail dans toutes les pharmacies. Licence et vente en gros Laboratoires MERMINOD ». Attendu que ce prospectus ainsi rédigé tendait à faire croire que le Docteur FONTANEL conseillait l'emploi du produit vendu par les Laboratoires MERMINOD. Attendu qu'il n'est pas douteux qu'en usant ainsi du nom et de la thèse de FONTANEL sans son autorisation et dans un but de publicité commerciale, la Société des Laboratoires MERMINOD a commis une faute génératrice d'un préjudice moral pour ce praticien vis-à-vis de ses confrères et pécuniaire eu égard à sa clientèle en raison du discrédit que cette publicité commerciale jetait sur lui. Attendu qu'en raison de ce préjudice il apparaît équitable d'allouer à FONTANEL une somme de HUIT MILLE FRANCS et en outre d'autoriser l'insertion du dispositif du présent jugement aux frais de la dite Société dans deux journaux professionnels, coût chacune de ses insertions ne pouvant dépasser quinze cents francs. *Sur l'appel en garantie de la demande reconventionnelle de la Société des Editions* « SIM ». Attendu que cette Société ne peut être tenue responsable de l'emploi abusif fait par les Laboratoires MERMINOD de divers passages extraits du résumé de la thèse de FONTANEL par elle publiés dans les fiches médicales auxquelles se réfère le prospectus que si à la fin de ces fiches dites fiches « NAMIN » éditées à l'usage des médecins, la Société SIM insère de la publicité contenant des produits pharmaceutiques, cette publicité d'ailleurs sans rapport avec le texte à caractère scientifique est toujours nettement distinct et ne peut laisser supposer que l'auteur du texte préconise l'emploi du produit. Attendu, au contraire, qu'en reproduisant sans l'autorisation des éditions SIM, non des extraits sous forme de compte rendu, mais de longs passages de l'une de ses fiches médicales dans un but de publicité commerciale, la Société des Laboratoires MERMINOD a commis encore une faute à l'égard de la Société des Editions SIM et a causé ainsi à cette dernière un préjudice tout au moins moral. Attendu qu'une somme de TROIS MILLE FRANCS apparaît suffisante pour indemniser ce préjudice.

Par ces motifs : Déclare recevable la demande formée par : FONTANEL contre la Société des Laboratoires MERMINOD. En réparation du préjudice causé à FONTANEL par la Société des Laboratoires MERMINOD, condamne cette Société à lui payer une somme de HUIT MILLE FRANCS et autorise aux frais de la dite Société l'insertion de l'extrait du dispositif du présent jugement dans la revue *L'Odontologie*, 45, rue de la Tour-d'Auvergne à Paris et dans la *Revue Odontologique*, 5, rue Garancière à Paris, le coût de chaque insertion dans chacune de ces revues ne pouvant dépasser mille cinq cents francs. Reçoit la Société des Laboratoires MERMINOD en son appel de garantie contre la Société des Editions SIM, l'y déclare mal fondée. Et recevant la Société des Editions SIM en sa demande reconventionnelle contre la Société des Laboratoires MERMINOD. Condamne cette dernière à lui payer TROIS MILLE FRANCS à titre de dommages-intérêts. Condamne la Société des Laboratoires MERMINOD en tous les dépens dont distraction au profit de Me MALINVAUD et BOUAULT, Avoués, qui l'ont requise aux offres de droit. Fait et jugé par M. LONGEVIALLE, Vice-Président, en présence de M. LAGIER, subs. assistés de VINGERON, greffier, le 25 avril 1947. Enregistré à Paris, 4e Civil, le 13 mai 1947. F. 60 / Cse 1.718 reçu. MILLE FRANCS. P. C. C. (n) MALINVAUD.

EXERCICE ILLÉGAL

(Extrait d'une insertion légale)

Le Tribunal Civil de première instance du département de la Seine, séant au Palais de Justice à Paris, Audience publique de Police Correctionnelle de la 17e Chambre, du 27 mai 1947, a condamné pour exercice illégal de l'art dentaire, sur plainte du Conseil Départemental de la Seine de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes :

M. X..., mécanicien pour dentiste, né le 2 août 1903, à Paris (14e arrondissement), demeurant à Paris, rue....., à :

5.000 francs d'amende,
40.000 fr. de dommages-intérêts,

Insertion du présent jugement dans un journal professionnel au choix de la partie civile, sans que le coût de cette insertion ne puisse excéder *trois mille francs.*

Condamne M. X... aux dépens. Fixe au minimum, la durée de la contrainte par corps.

Pour extrait :
Le Président du Conseil Départemental de la Seine de l'Ordre des des Chirurgiens-Dentistes : M. CORNIOU.

LA BOITE AUX LETTRES

Mme A. B., Le Lavandou :

Les changements de teintes des métaux en bouche, particulièrement de l'or à 18 *carats*, sont généralement attribués à un effet de sulfuration atteignant l'argent et le cuivre qui y sont alliés.

Cette explication est évidemment trop sommaire, car la décoloration de l'or est extrêmement variable d'une bouche à une autre. Certains régimes alimentaires ; quelquefois des périodes relevant de troubles organiques, semblent influencer ces décolorations sans spécificité connue.

Quoi qu'il en soit, il est bien vérifié qu'un polissage parfait de l'alliage tend à éviter sa décoloration : résultat probablement dû au phénomène de *Bailby* qui traduit le polissage parfait par une remontée en surface — à l'échelle ultra microscopique — du métal d'alliage le plus précieux, c'est-à-dire le moins oxydable.

Comme moyen de désoxydation extemporanée, pouvant être mis à la disposition du patient, porteur d'appareils mobiles, nous avons généralement obtenu satisfaction en conseillant de laisser séjourner l'appareil durant la nuit dans une solution d'eau chlorée :

Eau dite de Javel : XX gouttes environ pour un demi verre d'eau.

H. L.

NOUVELLES

DISTINCTION HONORIFIQUE. — Le titre d'Officier de l'Ordre de la Santé Publique vient d'être conféré à M. le Dr A. Audy, Président de l'Association Générale des Dentistes de France.

Nous sommes heureux de cette distinction qui vient récompenser le Dr Audy des services éminents qu'il rend depuis si longtemps à la profession, et nous lui adressons nos bien sincères félicitations.

UNIVERSITÉ DE GENÈVE. — Cours de perfectionnement pratique de prothèse partielle.

Ce cours aura lieu à Genève, à l'Institut de médecine dentaire de l'Université, du 19 mars 1948, à 14 heures, au 21 mars, à 12 heures.

Il est organisé par les Prof. Ackermann et Gerber, directeurs des services de prothèse à Genève et à Berne, avec le concours de collègues et de spécialistes.

Ce cours essentiellement pratique, exposera des techniques avec méthode et concision. Les techniques les plus récentes, suisses, américaines, etc., sont au programme.

Le 50 % du cours se compose de conférences-démonstrations introductrices, et l'autre 50 % est réservé aux cliniques, démonstrations avec patients, modèles, tables-cliniques, travaux d'atelier et de laboratoire de recherches. Les conférences introductrices auront lieu au début du matin et de l'après-midi.

Les participants seront répartis en groupes pour les démonstrations ; ils pourront traiter des cas personnels. Des consultations pour cas spéciaux seront acceptées.

Le cours sera donné en français, mais sur demande, des résumés seront faits en allemand et en italien.

Le cours est ouvert aux docteurs et dentistes diplômés et aux étudiants. Le nombre des participants est limité.

Les principaux sujets sont :

Buts de la prothèse. — Préparations buccales. — Equilibration occluso-articulaire. — Empreintes diverses. — Les prothèses rigides et les prothèses ruptrices de pression. — Les prothèses dites sociales et celles dites raffinées. — Techniques actuelles des parallélographes, surveyors, de la duplication, de la coulée. — Démonstrations de l'instrumentation et des produits les plus récents.

Le programme détaillé sera publié prochainement.

Les inscriptions se font par chèque postal : « Cours de Perfectionnement pratique de prothèse partielle », Genève N° I. 11.070, ou par chèque à adresser au Trésorier du cours : M. Max Dorier, médecin-dentiste, Institut de médecine dentaire, Genève. La réservation au cours se fera d'après la date du chèque. Toute correspondance concernant le cours doit être adressée à M. Roger Emery, Secrétaire général du Cours, Institut de Médecine dentaire, Genève.

Prix du cours complet : 50 francs suisses.

Prix pour les conférences introductrices : 30 francs suisses.

Prix pour les étudiants : 30 francs suisses.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Programme des Journées de la Clinique Stomatologique (23, 24, 25 novembre 1947) :

Dimanche 23 novembre. — 10 h., Dr Veau : *Indications et résultats du traitement chirurgical du bec-de-lièvre et de la division palatine.* — 15 h., Dr Cauhépé : *Bec-de-lièvre et division palatine : soins dentaires et orthopédie dento-faciale.*

Lundi 24 novembre 1947. — 10 h., Mme Borel-Maisonny : *Bec-de-lièvre et fissure palatine : la phonétique.* — 15 h., Dr Psaume : *Prothèse vélo-palatine.*

Mardi 25 novembre 1947. — 10 h., Dr Thoyer-Rozat (Service du Dr Thoyer-Rozat), Hôpital de la Pitié, boulevard Saint-Marcel (métro : St-Marcel) : *Tomographie, technique, appareillage.* — 14 h., Prof. Dechaume et Dr Thoyer-Rozat : *La Tomographie en stomatologie* (présentation de clichés). — 15 h., Médecin Colonel Ginestet : *Traitement des fractures des maxillaires : appareillage avec fixateur externe.* Projection de films.

XXIes JOURNÉES DENTAIRES DE PARIS (26 au 30 novembre 1947, dans les locaux de l'Ecole Odontotechnique, 5, rue Garancière, Paris (6e), sous la présidence de M. le Prof. Louis Portes. — Un programme détaillé des différentes manifestations scientifiques et festivités paraîtra incessamment. La Société Nationale des Chemins de fer accordera une réduction à tous les Congressistes et à leur famille se rendant à ces journées. Pour tous renseignements, s'adresser à MM. René Sudaka et Aubert, Secrétaires généraux des Journées dentaires, 143, avenue Emile-Zola, Paris (15e).

Aux jeunes diplômés

Nous reproduisons ci-dessous un extrait de la loi Vaudoise, du 28 mai 1947.

Nos confrères nouvellement diplômés peuvent y trouver un certain intérêt. Cette loi, en effet, permet à un praticien étranger dont le diplôme est agréé par le Conseil de Santé d'exercer en Suisse pendant une année en qualité d'assistant.

Le tour de France était considéré par les bons artisans comme indispensable à la connaissance du métier.

Nul doute qu'un séjour au dehors des frontières ne fasse bénéficier un jeune homme des enseignements recueillis auprès des excellents praticiens que sont nos confrères Suisses.

Loi Vaudoise du 28 mai 1947

Article premier. — L'article 47, troisième alinéa de la loi du 4 septembre 1928 sur l'organisation sanitaire est abrogé et remplacé par les dispositions nouvelles suivantes :

Article 47 nouveau. — Les dentistes peuvent s'adjoindre sous le nom d'assistants et sous leur responsabilité un ou plusieurs dentistes porteurs du diplôme fédéral ou *d'un diplôme étranger agréé par le Conseil de Santé.*

L'autorisation de pratiquer comme assistant est accordée par le département de l'intérieur.

L'autorisation accordée au porteur d'un diplôme étranger n'est valable que pour une année et ne peut être renouvelée. Toutefois, lorsque le porteur d'un diplôme étranger est un ressortissant suisse ayant fait ses preuves de capacité professionnelle, l'autorisation peut être renouvelée.

L. S.

Fiançailles. — Nous apprenons avec plaisir les fiançailles de Mlle Christiane de Névrezé, fille de notre confrère, le Dr de Névrezé, avec le Dr André Queguiner, stomatologiste, médecin capitaine des troupes coloniales, croix de guerre 1939-1945.

Nos sincères félicitations.

Mariages. — Le mariage de Mlle Geneviève Collet, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, avec M. Charles Schiffmann, a été célébré le 12 juillet 1947, à Genillé (Indre-et-Loire).

Le mariage de Mlle Michelle Jaouen, étudiante à l'Ecole Dentaire de Paris, avec M. Jacques Chadirac, a été célébré à Paris, le 16 juillet 1947.

Le mariage de Mlle Jacqueline Denis, étudiante à l'Ecole Dentaire de Paris, avec M. Raymond Roussel, a été célébré le 26 juillet 1947, à Courbevoie.

Le mariage de M. René Calvès, étudiant à l'Ecole Dentaire de Paris, avec Mlle Madeleine Hemmès, a été célébré à Sion (M.-et-M.), le 29 juillet 1947.

Le mariage de M. Yves Decot, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, avec Mlle Jacqueline Robin, a été célébré le 29 juillet 1947, à Arcueil (Seine).

Le mariage de M. Paul Debord, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, Croix de guerre 1942-1944, avec Mlle Christiane Fabre, a été célébré le 19 août 1947, à Champoix (Puy-de-Dôme).

Le mariage de M. Jacques Charavet, chirurgien-dentiste, ancien élève de l'Ecole Dentaire de Paris, avec Mlle Jeanne Ollivier, a été célébré à Louargat (Côtes-du-Nord), le 18 septembre 1947.

Le Dr James Quintero et Mme James Quintero, nous ont fait part du mariage de leur fils Robert, Croix de guerre 1939-1945, présidential unit citation, avec Mlle Eliane Gross, célébré à Lyon, le 20 septembre 1947.

Nos sincères félicitations et vœux de bonheur.

Naissances. — M. et Mme Puiggali-Aubinaud, chirurgien-dentiste, ancienne élève de l'Ecole Dentaire de Paris, nous ont fait part de la naissance de leur fils Jacques, le 10 juillet 1947.

M. Pierre Robert, chirurgien-dentiste, membre de notre Groupement, et Mme, nous ont fait part de la naissance de leur fils Gilles, le 14 juillet 1947.

Nous avons le plaisir d'annoncer la naissance de Chantal Grosclaude, fille de M. Grosclaude, chirurgien-dentiste à Lyon, membre de notre Groupement, le 22 juillet 1947.

Nous avons également le plaisir d'annoncer la naissance de Yvan Couture, fils de M. Couture, chirurgien-dentiste à Tréguier (C.-du-N.), membre de notre Groupement, le 16 juillet 1947.

M. Bloch, chirurgien-dentiste D.F.M.P. et E.D.P., démonstrateur à l'Ecole Dentaire de Paris, et Mme, nous ont fait part de la naissance de leur fille Claudine, le 1er août 1947.

Nos félicitations.

Nécrologie. — Nous avons appris la mort de notre confrère Smith, de Cannes, décédé cette année, à l'âge de 72 ans.

Après avoir fait ses études à l'Ecole Dentaire de Paris, il avait acquis une grande réputation ; ses collègues de la Société d'Orthopédie Dento-faciale lui avaient témoigné toute leur estime pour sa haute compétence, en lui confiant la présidence du Congrès d'Orthopédie Dento-faciale de 1940 qui, du fait de la guerre, n'a pu avoir lieu.

Nous exprimons à Mme Smith et à son fils, le Dr E. Stuart Smith, de Londres, nos regrets attristés et l'assurance de la fidélité de notre souvenir à la mémoire de notre confrère disparu.

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Joseph Robinson, chirurgien-dentiste à Chalette-sur-Loing (Loiret), membre honoraire de notre Groupement, décédé le 7 septembre, à l'âge de 70 ans.

Nous avons appris la mort du Dr Ch. Huttinger, né à Genève en 1876, ancien Directeur du *Laboratoire*, devenu *La Semaine Dentaire* et ensuite *L'Information Dentaire*.

En dernière heure, nous recevons un télégramme nous annonçant le décès de M. Raymond Dubrac, chirurgien-dentiste à Vierzon, ancien élève de l'Ecole Dentaire de Paris.

Nos sincères condoléances.

AVIS

Assurances Automobiles

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos Membres que nous avons obtenu d'une excellente Compagnie d'Assurances des conditions **très intéressantes** pour les Membres du Groupement de l'**Ecole Dentaire de Paris et de l'Association Générale des Dentistes de France** qui ont à souscrire une police automobile :

1° Réduction importante sur le Tarif Syndical dès la première année ;

2° Bonification supplémentaire les années suivantes s'il n'y a pas de sinistre.

Assurances Week-End et Vacances

Tarification spéciale et très réduite pour ceux qui n'utilisent leur voiture que pour la promenade et circulent seulement les samedis, dimanches et lundis, les veilles, jours et lendemains de fêtes légales et pendant un mois de vacances.

Assurances Individuelles

Une police Individuelle-Accidents conçue spécialement pour les Chirurgiens-Dentistes, garantit des indemnités importantes qui, en cas de mutilation de la main ou du pouce par exemple atteignent 100 % du capital assuré.

* * *

Les Membres, désirant profiter de ces avantages, peuvent s'adresser au Bureau du Journal, soit directement, soit par lettre.

REMINÉRALISATION - RECALCIFICATION

OPOCALCIUM

IRRADIÉ — Cachets - Comprimés - Granulés — SIMPLE

1947

CARTE DE PRIORITÉ PHARMACEUTIQUE

Spécialisés depuis plus de vingt-cinq 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 1947

Les Laboratoires du Docteur P. ROLLAND vous informent que vous pouvez leur adresser directement les CARTES DE PRIORITÉ, au besoin par lettre recommandée, à leur dépôt,

127, Bd Saint-Michel, PARIS-5e

Pour tous renseignements, s'adresser aux

Laboratoires du Docteur Pierre ROLLAND

127, Bd St-Michel, PARIS-5e - Odéon 22-01

Après 5 années d'absence volontaire

Email Diamant

DE JOHN WALTON

Le premier dentifrice rouge

EST REVENU !

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

Manifestation Antoine BLATTER

A l'Ecole Dentaire de Paris, s'est tenue le 8 juillet 1947, à 21 heures, sous l'égide de la Fédération Dentaire Nationale, présidée par M. Henri Villain, la manifestation de sympathie et de reconnaissance à M. Antoine Blatter, son Président d'Honneur, à l'occasion de sa désignation comme Président Honoraire.

Les souscripteurs sont venus très nombreux et l'amphithéâtre de l'Ecole fut trop petit pour les contenir tous. Chacun a voulu, par sa présence, féliciter et complimenter notre cher ami et ce fut une soirée d'affectueuse amitié.

Nous donnons ci-dessous les discours qui furent prononcés, ainsi que la lettre d'excuse de M. Justin Godart, Président d'Honneur de l'Ecole Dentaire de Paris.

Discours de M. P. HOUSSET

Directeur de l'Ecole Dentaire de Paris

Monsieur l'Amiral,
Mon cher Maître,
Madame le Docteur, Meurs Blatter,
Mesdames, Messieurs, mes chers Confrères,

Directeur de cette Ecole, je dois, ce soir, être le premier à rendre hommage à celui qui en fut si longtemps le Président Directeur général.

Je voudrais rappeler un souvenir de ma jeunesse, celui du jour où, jeune étudiant, je vins visiter, guidé par vous, cet établissement dont vous étiez l'un des professeurs.

Je vous revois, grand, droit, solide, si net dans votre tenue blanche, j'entends encore votre parole directe et sobre.

Vous montriez les différents services avec fierté ; notre établissement peut paraître maintenant quelque peu désuet et fort exigu ; si nous le comparons aux magnifiques créations américaines du Nord ou du Sud,

nous ne pouvons ressentir que l'humilité du pauvre, mais à cette époque lointaine, la première impression était sans doute plus favorable, le parallèle étranger moins décevant pour nous et l'homme aussi sans doute moins exigeant de satisfactions visuelles ou auditives que d'un contentement mental plus abstrait.

Notre grande salle du stage, immense atelier où nos jeunes élèves s'entraînent maintenant à l'œuvre manuelle, guidée par une double formation théorique : *biologique et mécanique sans cesse plus étendue*, était alors la grande salle de dentisterie, les murs étaient complètement revêtus de vitrines abritant des moulages de cire colorée et des collections anatomiques et pathologiques que les élèves avaient toujours sous les yeux.

Pour ma part, à côté du beau musée historique, enrichi sans arrêt par notre ami Solas, je souhaite voir développer une exposition pédagogique constamment offerte dans chaque salle à la curiosité de l'étudiant — cette curiosité qu'il faut sans cesse solliciter et entretenir.

Mais, mon cher Maître, ce jour-là de ma jeunesse, ce ne fut ni le cadre, ni l'attrait même des inconnues scientifiques qui décidèrent l'élève hésitant à s'engager dans cette voie professionnelle — ce fut l'influence même de votre personnalité, cette fierté légitime qui émanait de vous pour l'œuvre saine, désintéressée que vous accomplissiez avec vos camarades, en poursuivant les efforts de quelques précurseurs dont je regrette de ne pas voir les noms inscrits au mur de cet amphithéâtre.

Et tout est là, Antoine Blatter, quand un homme comme vous, vivant exemple de l'effort pur et tenace, sait attirer et former des disciples, il est à jamais la raison d'être et l'honneur d'une profession.

Par votre esprit de justice et de courage, n'avez-vous pas su défendre sans défaillance notre cause en supportant sinon des vexations, tout au moins d'irritantes incompréhensions d'hommes au pouvoir, auxquels vous soumettiez en vain de sages demandes, n'avez-vous pas su prendre toutes vos responsabilités avec vaillance au moment de l'occupation, dans certaines circonstances dangereuses où vous avez montré la plus entière abnégation.

Mais, plus encore, n'avez-vous pas donné délibérément toute votre vie à votre tâche de chef de cette école et à votre rôle de représentant de la profession ?

Si dure, si exigeante qu'elle ait été, au point de vous faire sacrifier vos loisirs, votre travail personnel, votre tranquillité d'esprit, vous avez tout donné, sans jamais vous plaindre et vous eussiez accepté, avec la même dignité souriante, que vos collègues et vos élèves prissent tout de vous sans la moindre compensation et, pour un grand nombre, hélas ! sans le moindre souvenir de reconnaissance.

Mais, ceux qui vous aiment et ont pour vous de la gratitude sont présents, non seulement les collègues de votre génération mais vos élèves dont certains sont devenus des professeurs que vous avez dirigés pendant de longues années.

J'évoquais les luttes souvent décourageantes que vous avez dû sou-

tenir contre des représentants des Pouvoirs Publics indifférents ou sans volonté réformatrice ; bienheureusement, vous avez pu rencontrer quelques chefs dignes de leurs hautes fonctions et, pour ces hommes de qualité comme pour nous-mêmes, il a suffi qu'ils vous connaissent pour estimer votre mérite exceptionnel et, considérant avec une équitable attention vos suggestions, se rallier généreusement aux thèses que vous défendiez.

Bien que mon rôle se borne à célébrer votre fonction de Directeur, il me paraît impossible de ne pas rendre hommage, même si H. Villain doit le mieux faire dans un instant, à ces trois grands noms de personnalités auxquelles va notre gratitude : le Sénateur Strauss, l'Amiral Lacaze, le Ministre Justin Godart. Et il en est un autre qui aurait pu être là parce qu'il vous estimait, né comme vous dans cette belle petite Suisse, riche en hommes de sciences et en hommes de cœur, un autre qui est un grand médecin, qui fut un grand recteur et qui est un ami que nous n'oublions pas.

Mon cher Maître, vous avez exercé votre tâche directoriale après avoir été un professeur d'une qualité didactique remarquable et vous saviez rendre très vivante et très précise l'anatomie dentaire — qui peut être si aride — vous avez fait comprendre qu'après l'avoir apprise, pour bien la retenir, il fallait la considérer sur pièces et la reproduire en dessin, vous avez assuré de la même manière l'enseignement de l'embryologie, de l'histologie, de la physiologie dentaires et vous avez préconisé les examens histologiques sur coupes. Vous avez été le premier à instituer l'étude de l'anatomie comparée, car il est impossible de comprendre la dent humaine sans avoir des notions sur la structure et même sur la phylogénèse des dentures animales. Vous fûtes le précurseur du cours spécial fait maintenant par un distingué professeur du Museum à nos élèves de deuxième année.

Mais vous avez à votre actif une innovation d'une importance sans égale dans la spécialité : vous avez été le créateur et l'organisateur de l'enseignement sur l'appareil dit « fantôme ».

Nos interventions thérapeutiques et restauratrices ne sont jamais simples, elles ne valent que par le minutieux respect de ce qui paraît être un détail aux esprits superficiels ou mal formés à la compréhension de ces questions, car il s'agit de travaux dans le minuscule ; il suffit d'agrandir une dent pour comprendre qu'elle est un microcosme — comme toute chose — et que ce qui peut sembler apparemment négligeable, devient dans l'intervention un fait essentiel. Il s'agit même d'un enchaînement de faits essentiels, le moindre maillon manquant et notre action est compromise, mais la difficulté est que si nous pouvons nous donner une représentation agrandie de l'organe, notre intervention ne peut se réaliser que dans ce domaine du minuscule et, on l'a déjà dit, beaucoup d'opérations de grande chirurgie sont moins délicates qu'une pulpectomie bien faite, qu'une résection apicale ou même qu'une restauration difficile.

Quand nos élèves ont achevé d'étudier l'anatomie, l'histologie et la physiologie de la dent normale, il est impossible de leur confier immédiatement des patients à traiter, aussi bien par simple respect de la per-

sonne humaine que pour l'exécution profitable de leurs travaux ; il faut, dans un premier temps, créer une cavité buccale sans salive, sans sensibilité, sans réflexes, on peut ainsi graduer les difficultés et surtout permettre aux élèves de concentrer toute leur attention sur l'exécution directe du traitement.

Sur l'arcade dentaire reconstituée, on peut apprendre à reformer le point de contact, à tenir compte des axes, à éviter les perforations, à respecter l'alignement vestibulaire, l'articulé et même les trajectoires articulaires, l'emploi correct des écarteurs, matrices, l'exécution parfaite des traitements et des obturations. C'est à vous que l'on doit cette propédeutique, la meilleure forme de l'initiation opératoire.

Beaucoup ont connu ici votre enseignement de la dentisterie opératoire en clinique, celui pratique et clinique de l'anesthésie, vos cours complémentaires du soir, vos communications sur l'hygiène dentaire scolaire en 1922, et le parallèle concernant les différents pays, sur l'hygiène dentaire publique en 1927.

Il fallait votre distinction et votre autorité pour que vous ayez été un des rares dentistes habilités à donner quelques conférences à des médecins, par exemple celle que vous fîtes, en 1910, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service du Dr Lermoyez, sur les relations des affections dentaires avec celles des sinus maxillaires.

Il n'est pas difficile, ainsi, de déterminer pourquoi vous étiez un directeur de haute classe.

Excellent clinicien vos communications d'ordre technique montraient que vous étiez capable de réaliser ce que vous appreniez aux autres et seuls les maîtres qui ont réalisé l'application des principes théoriques sont aptes à tranformer leurs élèves en praticiens d'une qualité solide, de bienfaisante efficacité pour leurs malades.

Très rapidement, sur la longue liste de vos travaux, de vos fonctions, de vos mérites et des hommages qui vous furent rendus, prenons les citations essentielles, celles qui jalonnent votre carrière.

Dans vos fonctions administratives :

Membre du Conseil de Direction, 1902.
Secrétaire général de l'Ecole, 1907.
Vice-Président et Directeur adjoint de l'Ecole, 1911.
Directeur de l'Ecole, 1920.
Président du Conseil d'Administration, 1920.
Président Directeur général de l'Ecole, 1927.
Administrateur délégué du Conseil d'Administration de l'Ecole depuis 1918.
Président Directeur honoraire, 18 janvier 1946.

Dans vos fonctions d'enseignement :

Aide de clinique, 1899.
Démonstrateur, 1901.
Chef de Clinique de chirurgie dentaire, 1902.
Chef de Clinique et créateur de l'enseignement sur l'appareil fantôme (enseignement propédeutique), 1902.

Professeur suppléant de clinique, 1905.
Professeur titulaire de clinique, 1910.
Professeur titulaire du cours théorique d'anatomie dentaire, stage et scolarité depuis 1902.

Ainsi, mon cher Maître, depuis 1920, vous êtes non seulement le Directeur de cette Ecole, mais le Président de son Conseil d'Administration. En 1927, si vous avez été nommé Président Directeur général, cela voulait dire qu'ayant reconnu une fois pour toutes vos mérites, notre Groupement vous nommait à un double poste où vous n'étiez plus responsable de votre gestion que devant vous-même. Nous vous donnions à jamais notre confiance, mais nous pouvions le faire, nous connaissions votre scrupuleuse probité, votre droiture, votre esprit démocratique, votre respect des règles et des engagements, toutes vos qualités enfin, si bien inscrites dans votre comportement et aussi dans votre attitude physique, dans la noblesse de votre visage gravé par les burins du travail, de l'altruisme et du dévouement.

Professeur ou directeur, vous aviez parfois à critiquer, à blâmer même. C'est bien à vous que peut s'appliquer la phrase de Marc Aurèle : « Si vous avez à corriger des erreurs ou des fautes, faites-le avec bonté ».

J'évoque votre aménité spontanée, votre tenace et courtoise fermeté, vos apaisantes interventions, vos réconfortants conseils, votre inaltérable simplicité.

Pardonnez à notre Ecole de vous avoir tant demandé et d'avoir abusé de votre fatigue. Vous lui aviez fait le don de votre vie, sans même considérer cela comme un sacrifice.

Venez souvent ici, dans votre Ecole, M. le Directeur plus honoré qu'honoraire. Vous n'êtes pas l'ombre d'un passé, vous êtes le vivant exemple de ce qu'il comportait de grand et de bon.

Discours de M. le Dr HULIN

Président du Conseil National de l'Ordre
des Chirurgiens-Dentistes
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris

Mon cher Maître,
Monsieur le Président,
Mes Chers Confrères,

En acceptant de parler à cette tribune ce soir, je me suis demandé à quel titre je devais le faire. En tant qu'ancien élève ? Membre du corps enseignant de cette Ecole ? ou comme représentant de la profession Dentaire ? C'est à tous les titres que je vous suis personnellement redevable, Monsieur Blatter, et c'est pour tous les services rendus à la profession que je me dois de le faire en son nom.

Je vois qu'il y a ici des confrères qui ne sortent pas de cette Ecole, il y a aussi des étudiants qui sont spontanément venus. Il semble bien que pour cette soirée, un hommage bien mérité soit rendu par des confrères venus un peu de tous les horizons de la profession.

Eh bien oui, Monsieur Blatter ! il y a pour nous tous ce soir, une occasion pour vous redire combien votre action a été précieuse à notre profession, combien nous estimons l'œuvre que pendant de si longues années vous avez accomplie, et nous voulons vous dire notre reconnaissance pour le dévouement avec lequel vous avez contribué à notre formation.

Je me souviens que quelques années après ma sortie de l'école, vous êtes venu me demander d'assurer la suppléance de votre cours. J'avoue que j'ai été effrayé, n'ayant pas fait encore d'enseignement. C'est vous, Monsieur Blatter qui m'avez encouragé, aidé de vos conseils, et vous m'avez dit : « Vous verrez ce n'est pas difficile, il n'est que de commencer ! ». Grâce à vous, Monsieur Blatter j'ai su ce que c'était que la noble mission d'enseigner, et je vous en remercie car vous m'avez rendu cette tâche facile.

J'ai dit tout à l'heure que dans cet amphithéâtre, je voyais des Confrères venus de tous les horizons professionnels, c'est vrai, et j'en vois même qui viennent de très loin !

Ce n'est donc pas seulement les membres de cette école, corps enseignant ou élèves, qui, aujourd'hui, tiennent à s'associer à mes remerciements, c'est la profession tout entière que je représente ici, qui vous salue et vous remercie Monsieur Blatter, vous avez bien mérité de cette profession, et c'est maintenant au nom de cette dernière que je vous remercie avec émotion et reconnaissance, pour tout ce que vous avez fait pour elle ! *(Vifs applaudissements).*

Discours de M. P. Budin

Président de la Fédération Nationale des Amicales des Dentistes des Armées de Terre, de Mer et de l'Air

Mon cher Président,
Mon cher Ami Blatter,
Mesdames, Messieurs,

C'est au nom de la Fédération Nationale des Amicales des Dentistes des Armées de Terre, de Mer et de l'Air que je m'adresse à vous ce soir.

Avant d'évoquer le rôle éminent joué par M. Blatter dans la réalisation d'un Corps de Dentistes de Réserve dans l'Armée et la Marine, qu'il me soit tout d'abord permis de rappeler ici le souvenir d'un grand et cher disparu, notre ami Georges Villain, dont le rôle de premier plan fut le parallèle et le corollaire de celui joué par M. Blatter dans la défense des Dentistes militaires.

Le début de leur action remonte déjà loin, aux environs de 1907, où une circulaire du Ministre de la Guerre créa les Services de Stomatologie de l'Armée, services dans lesquels les jeunes dentistes accomplissant leur service actif, pouvaient être incorporés, sans recevoir de grade en compensation. C'est à cette époque que l'action de Georges Villain et de Blatter a commencé.

Cette action s'est développée d'une façon intense au moment de la

loi de 3 ans. Pour nous, les jeunes de cette époque qui étions prêts à partir accomplir notre temps de service actif, la question de deux ou trois ans était d'importance. La guerre 1914 a mis tout le monde d'accord en nous gardant six ans et plus.

En 1912, Georges Villain et M. Blatter ont fait toutes les démarches nécessaires, toutes les interventions possibles, tant auprès du Ministre de la Guerre, que du Gouvernement pour obtenir un rang et un grade dans l'armée en faveur des chirurgiens-dentistes.

Leurs efforts ont été infructueux à cette époque. J'ai publié d'autre part ces choses en détail il y a peu de temps et l'on a pu voir toute l'incompréhension d'un Ministre dans l'opposition fournie par celui-ci.

Ce n'était vraiment pas la faute de nos deux représentants et l'on peut dire qu'à ce moment M. Blatter a commencé à se dépenser sans compter, et je ne puis que faire ressortir combien il était désintéressé puisqu'il ne pensait pas être appelé un jour à servir dans l'armée française.

C'est d'ailleurs ce qu'il y a de plus beau chez lui, de n'avoir jamais fait de choses intéressées dans sa vie. Que ce soit pour l'enseignement, pour les Dentistes Militaires, partout où il a mené son activité, cela a toujours été dans un but d'intérêt général et pour une profession qu'il aimait par dessus tout. *(Applaudissements)*.

La guerre de 1914 ayant éclaté, on s'est vite rendu compte que l'on avait grand besoin de Dentistes Militaires et les arguments du Ministre de la Guerre de 1912 ont subi la dure épreuve de l'expérience. Ce sont d'abord les Chefs dans les Corps de troupe qui réclamèrent des dentistes puis à l'intérieur, survint la nécessité de cette fameuse récupération des inaptes pour défaut de dentition. Enfin, la collaboration du dentiste dans le traitement des blessés de la face devenait indispensable.

Ceci n'a pas encore marché tout seul et a nécessité des démarches faites à la fois par Georges Villain et Blatter. Ils ont heureusement trouvé l'appui de personnalités qui se sont intéressées à la question et dont les premiers ont été : M. l'Amiral Lacaze dont on a parlé tout à l'heure, et que je suis heureux de saluer ici, M. le Sénateur Strauss et M. Justin Godart. *(Applaudissements)*.

Nous avons eu, quelques années après la guerre, un banquet de notre Amicale auquel ont participé l'Amiral Lacaze et M. Justin Godart, nous avons eu là l'occasion de rappeler leurs interventions et tous ces souvenirs, avec émotion, et c'est avec plaisir que nous les voyons encore parmi nous, survivants de cette glorieuse époque.

Les Dentistes Militaires étaient donc nés, au début de 1916, avec le grade d'adjudant. Je dois vous rappeler, et rappeler pour l'édification des jeunes que ce galon d'adjudant, qui leur paraît dérisoire, nous a causé bien des satisfactions.

Je suis parti en 1914 comme combattant. Je suis vraiment reconnaissant à MM. Villain et Blatter de m'avoir permis de gagner d'un coup le galon de Dentiste Militaire, d'être considéré comme ayant une fonction spéciale, d'être un dentiste, d'être pour les officiers de ma for-

mation un véritable camarade ; enfin, d'avoir une situation tout à fait différente de celle que je possédais avant.

Je sais bien qu'aujourd'hui un adjudant ça n'est plus grand chose ; un capitaine non plus d'ailleurs, n'a guère plus de valeur qu'un adjudant de ce temps là ; il faut être au moins colonel, quand on a été un grand résistant ou même... général. *(Applaudissements).*

Je vais vous parler ici de choses qui vous paraîtront peut-être un peu personnelles, mais je faisais mon service à Saint-Mihiel lorsque la guerre a éclaté ; nous étions trois dentistes dans cet important centre militaire : mon excellent ami Gaston Marchand, dentiste de garnison, occupait un poste tout à fait envié dans une infirmerie hôpital, où il jouissait d'une liberté qui nous paraissait grande et traitait les hommes de troupe, les officiers et leur famille. Marchand était et est resté le plus charmant des confrères.

Nous étions deux autres chirurgiens-dentistes à Saint-Mihiel. Moi, au 161e Régiment d'Infanterie, un autre camarade dont le nom m'échappe, au 40e Régiment d'Artillerie, où il était servant.

A la déclaration de guerre nous sommes partis chacun dans notre formation. J'ai été blessé à Mercy-le-Haut, fait prisonnier et j'ai pu m'évader d'Allemagne. Ceci grâce à une chance certaine qui m'a permis de recevoir galons et décorations.

Pendant ce temps, notre malheureux camarade du 40e était porté disparu, on n'en a jamais eu de nouvelles. Celui-ci est une vraie victime de la guerre, dont les survivants ont dans une certaine mesure profité.

Vous avez dans cette école un tableau où sont inscrits les noms de tous les chirurgiens-dentistes morts en 1914-1918. Ceux-là aussi ont joué un rôle de premier plan, que nous ne saurions oublier, dans l'accession des Dentistes Militaires aux grades et emplois qu'ils ont obtenus, venant renforcer par leur sacrifice, l'action de nos deux confrères Georges Villain et Antoine Blatter. *(Applaudissements).*

Leur rôle et le nôtre est-il terminé ?

Pas encore.

En 1944, dès la Libération, j'ai fait des démarches auprès des Chefs du Service de Santé et repris la question des Dentistes Militaires qui n'était pas close pour moi.

Ici, je dois faire une petite digression pour parler du rôle des Dentistes Militaires pendant la guerre 1939-1940. La plupart de nos confrères ont été utilisés et bien utilisés par le Service de Santé. J'en appelle à mon ami Moreau, que je vois ici, affecté à une équipe chirurgicale mobile. Nous les avions laissés à Beauvais en mai 1940. J'ai pu y retourner et être témoin du travail fourni dans des conditions particulièrement difficiles, sur le plateau du Mont Agel, où, en compagnie de mon ami le chirurgien Charles Azoulay, ils opéraient jour et nuit sous les bombar-dements. J'en appelle aux camarades, affectés au triage dans nos H. O. E. qui ont trié les blessés et enterré les morts, j'en appelle à ceux qui dans les services maxillo-faciaux ont donné les premiers soins à des milliers de blessés.

Qu'un certain nombre de chirurgiens-dentistes ait eu l'impression d'être mobilisés inutilement et d'avoir ensuite été entraînés dans une débâcle imprévue, ils ne sont pas les seuls. Ceci ne doit pas créer une légende. Dans la plupart des cas, les confrères ont été utilisés et ont fait leur devoir.

Je pense que ceci sera sensible à M. Blatter et lui montrera que ses efforts n'ont pas été inutiles.

Donc, au début de 1945, j'ai réussi à obtenir que soit repris le projet de MM. Bercher et Ginestet pour la création d'un cadre de dentistes de l'armée active. Grâce à mon ami M. le Médecin Général Romey, nous avions pu établir un programme et le faire insérer dans celui de l'Ecole du Service de Santé Militaire de Lyon.

La chose paraissait faite. Les demandes affluaient au Ministère. Nous avions organisé des conférences dans les Ecoles, lorsque la veille même de la clôture des engagements, l'ordre arriva, téléphoniquement, d'interrompre le recrutement des dentistes pour Lyon.

Immédiatement et par un réflexe bien naturel, je me suis retourné vers M. Blatter. Avec lui nous avons recommencé les démarches et en premier lieu, nous sommes allés voir M. Justin Godart.

L'action n'est pas terminée ; aujourd'hui la question reste pendante. Le Concours de Lyon comporte toujours le programme dentaire, mais il manque la signature d'un ou plusieurs Ministres qui permette enfin aux dentistes d'accéder à l'Ecole. Nous avons créé avec les autres officiers du Service de Santé : Médecins, Pharmaciens, Officiers d'Administration, Vétérinaires, un groupement général. Tous ont des cadres d'active et je leur ai fait émettre comme premier vœu la création d'un cadre d'active de dentistes.

Vous voyez donc, Monsieur Blatter, que l'œuvre à la naissance de laquelle vous avez présidé, est encore bien vivante puisqu'elle est obligée de se défendre et de lutter.

C'est là le meilleur hommage que je puisse vous rendre : l'enfant que vous avez tenu sur les fonts baptismaux en 1907 est, en 1947, en pleine vigueur et ne demande qu'à continuer la tâche que vous avez si bien commencée et à laquelle votre nom reste attaché.

Au nom des Dentistes Militaires, je vous dis cent fois « Merci » de tout mon cœur. *(Vifs applaudissements).*

Discours de M. Henri VILLAIN

Président de la Fédération Dentaire Nationale

Mon cher Blatter,

Après les discours élogieux qui viennent d'être prononcés par les orateurs précédents il est peut-être difficile de les égaler, mais certes encore facile de louer vos mérites. La liste en est si longue qu'il n'y a qu'à puiser à plaisir pour les découvrir.

Connaissant votre modestie proverbiale, soyez rassuré, je n'en abuserai

pas et me contenterai de rappeler aujourd'hui votre rôle à l'Association Générale des Dentistes de France, au Comité de rédaction du journal *L'Odontologie* et votre activité à la présidence de la Fédération Dentaire Nationale.

Devant remonter à près de quarante années, je ne puis passer sous silence l'époque lointaine qui me fit vous apprécier dans les premiers contacts que nous eûmes ensemble.

C'était en 1901, vous étiez déjà Chef de Clinique et Démonstrateur Journalier de Dentisterie Opératoire à cette école où vous êtes resté indissolublement attaché avec un dévouement et un désintéressement au-delà de toute épreuve pendant cinquante années de votre vie, sacrifiant vos intérêts personnels au service de la profession tout entière.

J'étais jeune étudiant à cette école, élève de première année. Vous veniez, avec notre regretté fondateur, Charles Godon, de créer un nouvel enseignement préparatoire, théorique et pratique de la Dentisterie Opératoire. Ce fut l'apparition du fantôme où nous devions nous exercer aux opérations simples de dentisterie opératoire avant d'être admis à exécuter ces mêmes opérations sur les patients ; ce fut à l'époque, considéré comme un avantage humanitaire autant que pédagogique.

J'eus le grand honneur d'être un de vos premiers élèves et mes premiers pas en cette matière, guidés par vous, déterminèrent mon amour et mon dévouement pour ma profession.

C'est avec reconnaissance qu'aujourd'hui je vous dis merci mon cher Blatter. En recherchant vos travaux j'ai eu le plaisir de retrouver publié dans *L'Odontologie* du 30 juin 1902, le rapport que vous aviez fait avec Charles Godon et dans lequel vous reproduisiez mes travaux sur fantôme et la fiche de mes notes.

Vous êtiez déjà très généreux, mon cher Ami, car ma plus mauvaise note était six et pour l'éducation des jeunes, je dois avouer qu'à cette époque le six était la note maximum.

En plus de l'enseignement pour lequel vous vous êtes dévoué toute votre vie, la défense des intérêts des chirurgiens-dentistes ne vous laissa jamais indifférent. Ce fut d'abord à l'Association Générale des Dentistes de France dont vous fûtes Secrétaire dès 1904, puis Vice-Président et enfin Président en 1911.

Au Comité de Rédaction du journal *L'Odontologie* où l'on vous trouve Administrateur Gérant en 1906 et membre de ce Comité depuis cette date jusqu'à nos jours sans interruption. Je rappelle en passant votre Vice-Présidence à la Société d'Odontologie en 1909-1910 et votre Présidence en 1918.

Où votre rôle fut encore plus efficace, c'est sans conteste au sein de la Fédération Dentaire Nationale, car là ce n'est plus au bénéfice seul de l'Ecole Dentaire de Paris et de ses élèves que vous donnez votre temps et votre argent, mais pour défendre les intérêts matériels et moraux des Chirurgiens-Dentistes. Délégué par le Groupement de l'Ecole Dentaire de Paris comme représentant au sein de la Fédération Dentaire Nationale,

vous en êtes le Secrétaire en 1904, le Président en 1912 et devenez Président d'Honneur en 1924.

C'est surtout pendant les terribles années de la guerre 1914-1918, que vous donnez le maximum de votre dévouement à la cause dentaire. Plus de Comité exécutif, plus d'Assemblée générale, c'est à peu près seul que vous exercez votre sacerdoce.

Vous avez, dans une petite brochure éditée à l'époque sous le titre : *Cinq années d'action de la Fédération Dentaire Nationale* (1914-1918), publié votre activité dans tous les domaines. Je ne puis les rappeler toutes, ce serait trop long. Votre action principale fut l'organisation des services militaires dans l'armée et la situation militaire des chirurgiens-dentistes qui devait se terminer par le vote de la « Loi Blatter » comme l'avait si bien nommée notre Président d'Honneur, M. l'Amiral Lacaze, à qui nous devons tant de reconnaissance, ainsi qu'à M. Justin Godart, également Président d'Honneur du Comité.

Rappelons également le Congrès Inter-Alliés de 1916, organisé par Georges Villain et auquel vous avez pris une très grande part.

Enfin rappellerai-je la lutte que nous avons menée durant des mois à l'Académie de Médecine pour faire repousser cette inique loi « Milan-Rio » où vous vous êtes encore donné, mon cher Blatter, sans compter.

Et là, je ne saurais parler de notre triomphe sans honorer la mémoire d'un de nos plus chers défenseurs à l'Académie, le Sénateur Paul Strauss.

J'en ai terminé, ou plutôt je m'arrête sans finir car j'en aurais pour des heures si je voulais citer toutes les démarches et toutes les réussites de votre inlassable activité professionnelle.

Vous fûtes nommé : Officier d'Académie en 1905.
Médaille de Bronze de l'Assistance Publique en 1909.
Officier du Nicham en 1910.
Officier de l'Instruction Publique en 1910.
Chevalier de la Légion d'Honneur en 1920.
Médaille d'Or de l'Assistance Publique en 1924.
Officier de la Légion d'Honneur en 1926.
Commandeur de l'Ordre de la Santé Publique en 1947.

Telle est la reconnaissance des Pouvoirs Publics à votre égard, mon cher Blatter. Ajoutez à cela la sympathie et l'affectueuse reconnaissance de tous vos Confrères, de tous vos amis qui vous souhaitent aujourd'hui dans l'Honorariat, une douce longévité et un repos bien mérité.

En souvenir de cette grande et inoubliable soirée, la Fédération Dentaire Nationale qui l'organisa a pensé qu'il vous serait agréable de recevoir cette plaquette en gage de reconnaissance.

Vous y trouverez les noms des membres du Comité d'Honneur ;
Des membres du Comité Exécutif ;
Les noms de tous les souscripteurs (Sociétés et Confrères) ;
Votre *curriculum vitae* ;
La correspondance fort élogieuse à votre égard ;
Enfin, tous les discours prononcés ce soir par ceux qui ont eu le privilège de vous bien connaître et de vous estimer.

Discours de M. l'Amiral LACAZE

Que pourrais-je ajouter à tout ce que vous venez d'entendre ici ?

Je me garderai bien de dire quoi que ce soit, car vous venez d'entendre la vie de M. Blatter ; c'est la vie la plus belle que j'ai jamais entendu exposer devant moi, la vie d'un homme de bien, d'un brave homme.

C'est certainement le meilleur que je puisse dire de vous, M. Blatter. Vous êtes par dessus tout un brave homme, un homme d'une droiture, d'un désintéressement comme je n'en ai jamais rencontré au cours de ma vie.

Ma présence, ce soir, est un témoignage.

J'aurais manqué à tous mes devoirs vis-à-vis de la Marine si je n'étais venu ici vous apporter sa reconnaissance pour tout ce que vous avez fait pour elle.

C'est grâce à vous, grâce au fait que vous êtes venu à moi, que vous m'avez montré à ce moment-là combien ils manquaient, ces dentistes de la Marine, et c'est grâce à vous que le corps des dentistes de la Marine a été constitué.

Vous avez bien mérité de la Marine Française.

Lettre de M. Justin GODART

Ancien Ministre
Président du Secours National

Genève, le 4 juillet 1947.

Mon cher Président,

C'est pour moi une véritable peine de ne pouvoir, mardi prochain, m'associer à l'hommage rendu à Antoine Blatter. Délégué du Gouvernement à la Conférence Internationale du Travail, je serai retenu ici jusqu'au 15 juillet par l'accomplissement de ma mission.

Avec quelle joie j'aurais été aux côtés de Blatter avec ses amis. J'aurais dit tout ce que la profession dentaire lui doit, avec quelle ténacité il l'a défendue afin d'obtenir qu'elle soit mise à même de donner au pays sa compétence et son dévouement et j'aurais rappelé les souvenirs de la guerre 1914-1918 où, grâce à Blatter, à ses inlassables démarches, à la force de sa conviction, les services dentaires de l'armée ont été organisés et ont rendu de si éminents services. Blatter a bien mérité non seulement de sa profession, mais du pays tout entier. Je proclame qu'il faut s'incliner avec admiration devant un tel serviteur de l'intérêt professionnel et général.

Je vous prie de lui dire toute mon affection et de croire, mon cher Président, à l'assurance de mon cordial dévouement.

Discours de M. BLATTER

Monsieur le Ministre,
Monsieur le Président,
Mesdames, mes chers Amis,

Est-ce un songe ?... le mirage de mon âme.?... peut-être un rêve ?... le rêve d'une apothéose en l'honneur d'un homme qui a rempli sa tâche et terminé sa mission, ayant poursuivi toujours le même idéal ???

Mais, ce soir, dans cette Ecole, dans cet amphithéâtre où j'ai enseigné durant de longues années, devant un auditoire aussi nombreux d'amis, de confrères, d'anciens élèves.

Ce songe, ce mirage, ce rêve, se sont métamorphosés en une éclatante réalité, d'un réalisme empreint de grandeur, d'un réalisme si émouvant, qu'en écoutant vos si élogieux panégyriques de mon modeste *curriculum vitae*, en m'offrant ces magnifiques présents dus à la noblesse de vos sentiments de générosité, j'ai éprouvé une violente émotion et, au moment de vous exprimer ma profonde reconnaissance et mes vifs remerciements, ce sentiment émotif s'accroît, devient si intense qu'il m'étreint ! Emotion d'amitié, de sympathie, surtout l'émotion de la gratitude !!!

Par la présence de l'éminente personnalité de l'Amiral Lacaze, ancien Ministre de la Marine, membre de l'Académie Française, celle de confrères, de collègues, tout change, une simple manifestation devient une solennité et, grâce à vous, la retraite d'un vieux serviteur de la profession est un événement et restera un souvenir mémorable pour la Fédération Dentaire Nationale, pour l'Ecole Dentaire de Paris, pour la Fédération Nationale des Dentistes des Armées de Mer, de Terre et de l'Air.

Quel bel hommage rendu à la profession !

A cette splendeur, à cet éclat, mes pensées, mes lointains souvenirs se reportent avec fierté, vers un long passé de travail, d'efforts pour la défense des nobles et légitimes ambitions d'une profession voulant s'élever, voulant savoir, créant elle-même avec énergie, ténacité et persévérance l'Enseignement dentaire, qui lui permettra d'acquérir, avec méthode, les progrès de sa science, enfin de conquérir de haute lutte, au foyer de la grande famille médicale, la place qu'on lui déniait !

Cette profession autrefois décriée, raillée, est aujourd'hui estimée à l'égal de toutes les spécialités des branches de la médecine, malgré les luttes professionnelles, malgré les orages qu'elle a éprouvés, elle a résisté avec énergie, poursuivant son idéal ! *Fluctuat nec Mergitur.*

A vous les membres du Comité de patronage, aux Sociétés professionnelles dont la Fédération Dentaire Nationale en est la symbiose, à l'Ecole Odontotechnique, au Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, aux confrères Luxembourgeois, aux confrères venus de province, à mes collègues, au personnel administratif si dévoué, aux présents, aux absents, aux Amis, merci !

Oui, merci de tout cœur pour cette belle fête de la reconnaissance et pour le beau geste que vous avez consenti à mon égard.

Vous êtes venus nombreux me donner la preuve de votre affection, de votre si fidèle amitié, de votre émouvante sympathie. Vous m'apportez les sentiments de gratitude que peut éprouver un homme qui croit à la prospérité et à la grandeur de l'Art dentaire.

Mes remerciements, mon affection paternelle, s'adressent à vous les jeunes, aux chers élèves qui êtes la pépinière de l'avenir, vous avez voulu témoigner à votre ancien professeur les sentiments de reconnaissance et confirmer la belle sentence du serment d'Hippocrate où il est dit : « J'aimerai mon Maître comme mon Père »... Aphorisme qui peut paraître excessif, mais vous en comprendrez toute la beauté lorsque vous serez devenus Maîtres, que vous aurez des élèves et les aimerez comme vos fils.

Quelle que soit votre destinée, ne vous laissez pas envahir par un vil égoïsme, par un esprit frondeur, par un scepticisme stérile, par un pessimisme néfaste. Ne vous découragez jamais !!!

Bien au contraire, votre existence doit être un pacte de fraternité, un pacte d'amour pour votre profession, pour la France immortelle si cruellement meurtrie, pour l'Humanité qui deviendra plus humaine ; puis un acte de foi, un acte d'espérance en votre avenir où vous aurez toujours du bien à faire, du vrai à chercher, du beau à réaliser, un idéal à poursuivre.

Cultivez en vous la bonté, la modestie, le dévouement et la stricte observance du devoir et de la discipline. Tenez invinciblement pour ces nobles aspirations. N'êtes-vous pas les témoins et les heureux héritiers des changements, des progrès qu'ait présentés jusqu'ici l'histoire de l'art dentaire, de son enseignement, de ses Ecoles ? Vous pouvez donc constater que tout ce qui s'est transformé, tout ce qui s'est perfectionné hier sera détruit mais, demain, sera remplacé par un nouveau progrès qui est continu, indéfini, sans limite.

Maintenant, dites-vous : que puis-je, que dois-je faire pour ma profession ?

Beaucoup ! pour le progrès de sa science, pour le développement de sa technique, pour la perfection de son art, jusqu'au jour où vous aurez cette satisfaction, cette joie d'avoir contribué à sa grandeur.

La profession dentaire, comme toutes les professions libérales, produit, prospère, grandit, joue un rôle social, humanitaire, par les hommes de bonne volonté qui la composent.

Rester indifférent devant son évolution, son progrès, est chose impossible !

Aussi préparez-vous à l'effort, à la lutte. Il faut que vous y contribuiez puissamment, avec toute l'énergie de votre raison, cultivée par le savoir, la science et votre courage, mûri par l'expérience et une sage et saine philosophie !

Vous entendrez ce qu'on dira de vos aînés, vous saurez ce qu'il y a eu de fragile et de solide dans leurs rêves. Alors soyez indulgents, car les générations qui se succèdent sont, en général, injustes les unes pour les autres.

Allez sans cesse de l'avant par l'Acte, par la Pensée, par le Cœur !

Enfin, si vos efforts ont été couronnés de succès par une vie de travail, de dévouement, de sacrifices à l'œuvre commune, lorsque vous serez atteints par l'âge, que devant vous s'ouvrira la triste porte qui conduit à l'étroit sentier de la retraite, vous pourrez dire : « J'aurais voulu faire mieux, beaucoup, davantage, mais la vie est d'une marche si rapide ; cependant, j'ai fait tout ce que j'ai pu ».

Mon long passé professionnel, mon âge avancé à qui l'expérience a révélé la vraie vérité sur les choses et sur les événements de ce monde si troublé, me permettent de vous exprimer ma dernière pensée.

Le sommet de la vie vous en dérobe le déclin, de ces deux pentes vous n'en connaissez qu'une, celle que vous montez ; au début elle sera peut-être pénible, vous aurez des obstacles à vaincre, à franchir. Mais, rassurez-vous, elle deviendra belle, pleine de promesses, de bonheur. Oui, elle sera radieuse, lumineuse comme l'aurore d'un beau printemps ; il ne vous est pas donné, comme à moi, de contempler l'autre, celle qui descend, avec ses aspects mélancoliques d'une fin d'automne et d'éprouver la pénible nostalgie de cette Ecole Dentaire de Paris que j'ai si longuement servie, surtout que j'ai tant aimée !!

A Monsieur Henri Villain. — Il me reste un devoir à accomplir.

Mon cher Président, vieil ami de si longues années, vous êtes l'animateur de cette belle manifestation.

Je vous en exprime mes affectueux remerciements.

Cette Fédération Nationale que vous présidez avec un inlassable dévouement, grâce à votre énergie, à votre ténacité, à votre persévérance, est devenue l'avant-garde de la profession.

Vous succédez à Charles Godon, Fondateur de l'Ecole Dentaire de Paris, créateur des Fédérations Dentaires Nationale et Internationale ; à votre frère bien-aimé, Georges Villain qui en fut le Président ; sa puissance de travail, son amour de la profession étaient connus de tous ceux qui l'ont aimé, admiré, hautement apprécié aussi.

Il a été votre précieux Mentor !

A Monsieur Paul Housset. — Au Directeur de l'Ecole Dentaire de Paris, mon distingué successeur.

Vous êtes un grand travailleur, un remarquable administrateur et un pédagogue de haute valeur ; votre vie est débordante d'activité et votre austérité en impose, comme Caton l'Ancien qui était sévère pour lui-même, moins pour les autres, mais dans votre austérité il y a l'homme sensible, indulgent, de noble compréhension.

Vous êtes entouré de cette belle jeunesse si attrayante, si mouvante, si aimante, qui a souffert des horreurs de la guerre, de ses terribles conséquences.

Oui, mon cher Directeur et ami, cette jeunesse a besoin parfois d'indulgence, de pitié, d'affection paternelle si nécessaire quand on fléchit.

Votre magistral panégyrique a évoqué tout un passé.

Je vous en remercie.

A M. Pierre Budin. — Monsieur le Président de la Fédération Dentaire Nationale des Amicales des Dentistes des Armées de Terre, de Mer et de l'Air, je vous exprime mes sentiments amicaux et mes remerciements.

Votre discours est un magistral aperçu, à vol d'oiseau, de l'historique des Dentistes Militaires.

Mes félicitations sont celles d'un infirmier de 2e classe au Capitaine Dentiste Pierre Budin.

Vous êtes et serez le digne continuateur de l'œuvre entreprise par vos aînés.

A M. le Dr Hulin. — Votre belle éloquence, inspirée par une fidèle amitié, cher Hulin, m'a sensiblement ému.

Je m'adresse à l'ami, au Président du Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes pour vous dire toute mon affection, ma profonde reconnaissance.

D'ailleurs, j'ai eu le grand plaisir de recevoir de vos mains la cravate de Commandeur de l'Ordre de la Santé Publique.

L'ancien Elève a décoré le vieux Maître.

Quelle joie, quel honneur.

Grâce à vous, la Caisse de Solidarité de l'Ordre National a fait un si beau geste à mon égard. Merci.

Vous occupez la plus haute fonction de Notre Profession.

Ce titre de gloire est tout à votre honneur, à la puissance de votre travail.

Vous êtes le fils de vos œuvres.

A M. l'Amiral Lacaze. — Cher Amiral, grand et fidèle ami.

Chaque fois que je suis à l'honneur, vous êtes présent.

Quelle grande joie d'avoir près de moi le défenseur des chirurgiens-dentistes de la Marine.

La profession tout entière, vous connaît, vous admire et vous aime.

Si les simples soldats ont pu aspirer au grade d'officier dans la Marine, c'est à vous, cher Amiral, qu'appartient tout l'honneur et le mérite de cette création.

Votre grande modestie, votre puissante énergie, votre bienveillance, votre esprit de justice, ont fait de vous le bienfaiteur de notre profession.

A l'Amiral Lacaze, la profession dentaire reconnaissante.

Ce soir vous avez voulu donner à ma vieillesse le spectacle admirable si émouvant de votre amitié, de votre sympathie et du geste si grand, si noble que vous m'avez tant donné.

Merci de tout mon cœur.

TRAVAUX ORIGINAUX

APPLICATION DES MATIÈRES PLASTIQUES A L'ART DENTAIRE (1)

APLICACION DE MATERIAS PLASTICAS EN EL ARTE DENTAL. | THE USE OF PLASTIC MATERIALS IN DENTAL ART.

Par S. CHARPENTIER,
Ingénieur E. C. P.

Après un rapide aperçu des matériaux utilisés jusqu'à présent en prothèse dentaire, l'auteur s'attache particulièrement à l'étude des résines acryliques. Il examine les différentes propriétés mécaniques, les facilités de moulage, ainsi que les modes de préparation du produit et des moulages. Il note, pour terminer, les indications recueillies au cours des nombreux essais effectués.

Une bibliographie commentée, relative aux différents points traités, complète cet exposé.

L'utilisation des matières plastiques par les dentistes s'est considérablement accrue au cours de ces dernières années. De ce fait, d'assez nombreuses difficultés ont pu être surmontées et, grâce aux résultats des recherches actuellement en cours, de gros progrès pourront sûrement être réalisés dans un proche avenir.

Au cours de ce qui suit, nous examinerons succinctement les matériaux utilisés pour fabriquer des dentiers — voire même pour confectionner des obturations — ainsi que les méthodes de traitement adoptées. Pour terminer, nous donnerons un bref aperçu des qualités en relation avec les diverses réalisations.

I. — MATÉRIAUX UTILISÉS JUSQU'A PRÉSENT.

Le premier matériau utilisé pour l'exécution des prothèses dentaires fut le caoutchouc vulcanisé ou *vulcanite*, et celui-ci, malgré l'ancienneté de ses premières applications, demeure encore à présent le principal concurrent des nouveaux produits plastiques en faveur.

Néanmoins et à plusieurs reprises, certains dentistes ont tenté de substituer à la vulcanite le *celluloïd*, qui, découvert en 1869, servit à fabriquer, en 1872, les premières prothèses dentaires. Notamment celui-ci fut utilisé durant la période 1914-1918, afin de remédier à la pénurie de caoutchouc entraînée par la guerre.

(1) Reproduit avec l'aimable autorisation de l'auteur, M. S. CHARPENTIER, et de la Direction de la Revue « Industries des Plastiques ». (N° de Février 1947, pp. 47 à 54).

Il fut assez peu employé dans l'après-guerre par suite de ses nombreux inconvénients : la nécessité d'utiliser le camphre comme plastifiant conférait aux dentiers un goût particulier fort désagréable ; ce matériau était sujet à un changement de dimension considérable après moulage ; enfin sa coloration était instable et il passait progressivement de la couleur des gencives au jaune ou au brun.

En 1926, certaines recherches anglaises aboutirent à la création de la *walkérite*, produit à base de phénol-formaldéhyde et supérieur aux matériaux cellulosiques. Par contre, son moulage était plus difficile que celui de la vulcanite, sa coloration était instable et il se brisait assez facilement. Il fut peu employé.

Entre 1926 et 1936, on utilisa divers matériaux à base de *phénol-formaldéhyde* qui, dans l'ensemble, donnèrent satisfaction, malgré une coloration toujours défaillante.

Pendant cette période, on assista à l'évolution des *plastiques vinyliques* et à la suite de certains essais, on tenta d'appliquer ceux-ci à l'art dentaire. Leur coloration était parfaitement stable, mais leur moulage était difficile et ils étaient fragiles.

En 1935, le plus important des plastiques utilisés à l'époque dans l'art dentaire : la *résine acrylique* fit son apparition. Celle-ci fut lancée sur le marché comme thermoplastique totalement polymérisé et moulé par injection. Si cette nouvelle méthode de moulage offrait certains avantages, elle présentait néanmoins l'inconvénient d'exiger un appareillage spécial et, pour cette raison, les méthodes habituelles de moulage par compression restèrent en faveur auprès de la profession.

II. — MATÉRIAUX ACRYLIQUES.

En 1939, l' « American Dental Association Research Fellowship » au Bureau National des Standards, entreprit une étude comparative des propriétés des nouvelles *résines acryliques* et de diverses *vulcanites* encore très utilisées à l'époque. L'un des documents sur lesquels cette étude fut basée est un tableau des propriétés physiques de divers plastiques publié en octobre 1938 par la revue *Modern Plastics*.

Ces travaux eurent pour résultat de généraliser l'emploi des *matériaux acryliques* et également vinylo-acryliques sous les formes suivantes :

— Produits acryliques purs ;
— Méthacrylates (méthyl-méthacrylate) ;

— Polymères mixtes acryliques et styréniques ou acryliques et vinyliques ;

auxquels on ajoute les catalyseurs, les plastifiants et les colorants nécessaires à la prothèse dentaire.

Ces divers matériaux peuvent être utilisés pour fabriquer, non seulement des dentiers — c'est le cas des moulages proprement dits, — mais également — comme nous le verrons plus loin sommairement — des dents artificielles et des obturations.

Dans le cas général des dentiers, divers essais ont montré que certaines caractéristiques physiques comme la densité, la dureté, la résistance mécanique, la stabilité de la coloration, la conservation des dimensions et également les facilités de moulage, sont parfois assez voisines les unes des autres lorsque l'on compare les résines acryliques actuelles du commerce au caoutchouc durci, bien que les premières soient finalement reconnues dans l'ensemble supérieures à ce dernier.

En outre, les matériaux acryliques utilisés actuellement se présentent : soit sous la forme de « blocs » polymérisés, soit encore — et de plus en plus à présent — sous la forme de liquides ou de poudres incomplètement polymérisés. Ces dernières formes sont de beaucoup les plus employées aujourd'hui.

Enfin, signalons que la vulcanite fut complètement abandonnée en octobre 1942.

A) Durée limite de bonne conservation.

Des essais effectués sur différents spécimens de « Véronite » (résine acrylique n° 3) ont montré : d'une part, que ce matériau s'altère d'autant plus vite que la température ambiante est élevée et, d'autre part, que l'action rapide de l'oxygène, ainsi que les rayons ultra-violets en provoquent également la polymérisation. Différents échantillons de « Véronite », enfermés dans des flacons de verre ont été conservés à diverses températures et observés à intervalles de temps différents, soient : 4, 8, 11, 15, 45 jours et deux mois et demi. Les durées-limites de bonne conservation ont été les suivantes :

2 mois et demi (au minimum)	à 5°C
15 jours	à 25°C
7 jours	à 37°C
1 jour	à 43°C

et il a été constaté que les meilleures conditions de conservation de cette résine consistent à la maintenir en vase clos, à l'abri de la lumière et à la température généralement obtenue à l'intérieur

d'un frigidaire domestique. Par ailleurs, le « Crystolex » (résine acrylique n° 1) sous forme liquide ou pulvérulente se conserve parfaitement pendant plus d'un an à la température de 25 ± 5°C.

B) Stabilité de la couleur.

La nécessité d'obtenir une couleur stable a entraîné l'abandon du celluloïd ainsi que des produits à base de phénol-formaldéhyde et a favorisé au contraire l'utilisation des produits vinyliques et surtout acryliques. En particulier, des échantillons de trois résines acryliques ont été placés dans un appareil servant à l'étude des peintures et des vernis, humectés avec de l'eau et exposés aux radiations d'une lampe à arc de charbon. Au bout de 29 heures de traitement, aucun changement de coloration n'a pu être décelé.

C) Propriétés mécaniques.

Afin d'étudier celles-ci comparativement au caoutchouc, on a prélevé divers échantillons sur des blocs de matériau traités dans des moules en plâtre et ayant une longueur de 65 mm., une largeur de 63 mm. et une hauteur de 4 mm. Ces échantillons ont été taillés de manière à avoir une longueur de 64 mm., une largeur de 10 mm. et une hauteur de 2,5 mm., avec une tolérance en largeur et en épaisseur de ± 0,3 mm.

a) *Résistance à la flexion.* — Ces échantillons furent conservés avant les essais et pendant plusieurs jours à la température constante de 37 ± 5°C. Une charge variable fut appliquée au centre d'une plage de 50 mm. d'étendue et maintenue à 37°C. La déviation était mesurée par un indicateur sensible gradué en centièmes de millimètre. Une charge initiale de 1.500 gr. n'a entraîné aucun fléchissement. Des charges supplémentaires de 500 gr. ont été ensuite progressivement appliquées pendant trente secondes jusqu'à ce que la rupture se produise. Les résultats moyens fournis par des échantillons de trois résines acryliques et ceux correspondant au caoutchouc sont indiqués sur le *tableau I* ci-contre.

b) *Résistance à la traction.* — Celle-ci a été déterminée à la température ambiante à l'aide d'une machine manuelle d'environ 300 kg. La charge a été progressivement accrue pendant trois minutes jusqu'à ce que la rupture se produise. Les résultats de ces essais figurent sur le *tableau I*.

c) *Dureté.* — Celle-ci a été obtenue par le procédé Knoop utilisant l'empreinte d'une pyramide de diamant appliquée pendant cinq secondes sous une charge de 50 gr. Un microscope micro-

TABLEAU I

Propriétés mécaniques des matériaux pour dentiers

NOM COMMERCIAL	MATÉRIAU	RÉSISTANCE A LA FLEXION				RÉSISTANCE A LA TRACTION A 25 ± 3°C	
		DÉVIATION SOUS UNE CHARGE DE			Charge de rupture		
		4.000	5.000	6.000			
		mm.	mm.	mm.	gr.	kg /cm2	lb /inch2
Crystolex (Detr. Dent. Co)	Rés. acr. nº 1	2,25	3,73	7,06	6.100	575	8.200
Lucitone (L. D. Caulk Co)	— nº 2	2,01	2,98	4,30	7.000	685	9.700
Véronite (Veron-Benshoff Co)	— nº 3	1,79	2,72	3,91	8.000	641	9.100
Ash's Dark Elastic	Olive base rubber	1,68	2,77	3,64	8.000	555	7.900
S. S. White's Veneer Light Pink nº 3	Pink veneer rubber	1,38	3,36	4,46	6.800	450	6.400

métrique permettait de mesurer la surface de l'entaille. La température était comprise entre 25 et 30°C. Le *tableau II* indique les résultats exprimés en kg /mm2.

D) Comparaison des propriétés mécaniques des résines acryliques et de divers caoutchoucs.

a) *Résistance à la flexion.* — On constate que le caoutchouc type « olive base » est supérieur aux diverses résines acryliques étudiées. Parmi elles la « Véronite » semble être la meilleure. Il en est de même pour ce qui a trait à la charge de rupture.

b) *Résistance à la traction.* — Au contraire, on doit reconnaître ici la supériorité très nette des résines acryliques sur les deux caoutchoucs considérés.

c) *Dureté.* — Le *tableau II* montre que les résines acryliques sont inférieures à la résine phénol-formaldéhyde et supérieures aux caoutchoucs et aux résines vinyliques.

TABLEAU II

Dureté au découpage

NOM COMMERCIAL	MATÉRIAU	DURETÉ
Resovin	Résine vinylique	13 kg /mm2
Atlantic Gold dust rubber	Metal filled base rubber	13,2 »
Ash's Dark Elastic	Olive base rubber	13,4 »
S. S. White Maroon rubber	Maroon base rubber	15,8 »
Ash's Gum Pink	Veneer rubber	16,4 »
Crystolex	Résine acrylique nº 1	17,5 »
Véronite	— — nº 3	17,6 »
Lucitone	— — nº 2	20,3 »
Luxene	— phénol-formaldéhyde	27,0 »

E) Conservation des dimensions.

Au cours du traitement le produit de base utilisé subit une certaine contraction qui, comme nous le verrons plus loin, se traduit sur le dentier final par certaines variations de dimensions. Des essais ont permis d'établir là encore certains résultats comparatifs.

Ceux-ci ont été réalisés en coulant un échantillon du matériau acrylique dans un moule métallique indilatable aux températures de l'essai et placé dans un châssis de moulage identique à celui utilisé pour la fabrication des dentiers. La diminution linéaire fut alors déterminée en mesurant à la température ambiante la longueur du moule métallique avant traitement et la longueur de l'éprouvette d'essai ainsi réalisée après traitement. La différence de ces deux mesures divisée par la première donne (en tenant compte de la correction de température nécessaire et correspondant au point où le matériau cesse de couler) la diminution linéaire cherchée en %. Le *tableau III* montre que les deux échantillons

TABLEAU III

Diminution après traitement du matériau

NOM COMMERCIAL	MATÉRIAU	DIMINUTION LINÉAIRE
Crystolex	Résine acrylique n° 1	0,44 % 0,50 » 0,47 » Moy. 0,47 »
Lucitone	Résine acrylique n° 2	0,54 » 0,59 » Moy. 0,56 »
Véronite	Résine acrylique n° 3	0,57 » 0,62 » 0,47 » Moy. 0,55 »
Ash's Dark Elastic	Olive base rubber	0,40 » 0,26 » 0,28 » Moy. 0,31 »
S. S. White Maroon	Maroon base rubber	0,47 »

de caoutchouc considérés sont supérieurs aux trois échantillons de résine acrylique étudiés, à l'exception du caoutchouc type « maroon base » qui présente le même coefficient de diminution linéaire (0,47 %) que la résine « Crystolex ». Les chiffres obtenus

sont considérés exacts à ± 0,05 % près. De plus, ceux-ci ne sont fonction de l'épaisseur de l'échantillon que dans le cas du caoutchouc où il y a proportionnalité.

Un autre procédé consiste à graver à l'eau forte des lignes sur un verre Pyrex et à traiter la résine en contact avec cette surface. Ces lignes sont reproduites en relief sur l'échantillon et la mesure de leur écartement avant et après le traitement donne la diminution cherchée. De cette manière, la « Véronite » présente une diminution moyenne non de 0,55 %, mais de 0,63 %.

F) Facilités de moulage.

Les moules utilisés pour la fabrication des dentiers étant en plâtre et d'une résistance relativement faible, le matériau plastique employé ne doit pas être travaillé sous une pression trop élevée. Par ailleurs, cette pression est également limitée pour assurer aux dents une position rigoureusement invariable et pour éviter de briser celles-ci. A ce point de vue, on a constaté que les matériaux thermodurcissables comme les matériaux phénoliques qui peuvent être moulés à l'état pulvérulent sont plus satisfaisants que les matériaux thermoplastiques comme le celluloïd ou les produits vinyliques, lesquels risquent de briser le moule s'ils ne sont pas suffisamment plastifiés et par suite amollis convenablement à une température assez basse. Bien que le caoutchouc puisse être utilisé également dans de bonnes conditions, les résines acryliques semblent être douées de qualités de moulage encore plus accusées.

Sous forme de *bloc solide*, entièrement polymérisé, le matériau acrylique est coulé comme le caoutchouc dans un moule chauffé à 77°C environ qui est lui-même introduit dans un châssis fermé à l'aide d'une armature comprimante. Ce dernier est porté pendant trente minutes ou plus à une température comprise entre 138° et 149°C par immersion dans un vulcanisant, ou mieux à la température de 100°C par immersion dans de l'eau bouillante ; les résines acryliques sont, en effet, peu traitables à la température précédente.

Ce dernier procédé de moulage présente néanmoins certaines difficultés et pour satisfaire à une utilisation généralisée des matériaux plastiques en art dentaire, on a songé à simplifier ce procédé et à employer le matériau acrylique sous les formes complémentaires d'un *monomère liquide* et d'un *polymère pulvérulent* à particules sphériques ou granulaires, ces deux produits étant mélangés en proportions définies immédiatement avant usage. Cette manière de procéder assure, en outre, aux résines acryliques

utilisées, une durée de conservation bien supérieure à celle des matériaux semblables, mais présentés sous forme de blocs. La masse plastique ainsi constituée est placée comme le bloc précédent dans un moule chaud.

Ce procédé de moulage est exposé ci-après.

III. — MÉTHODE D'ÉLABORATION ACTUELLE D'UN DENTIER ACRYLIQUE.

A) Modèle en plâtre de la bouche.

On réalise d'abord un modèle en plâtre de la bouche du patient et, à l'aide de cire de paraffine, on dispose sur celui-ci les dents artificielles, en porcelaine ou même comme nous le verrons plus loin, en matière acrylique. Grâce au facile amollissement de la cire, on peut à ce moment procéder à toutes les retouches et ajustements nécessaires.

Pour remplacer la cire par le matériau acrylique, il faut construire un moule spécial répondant aux conditions de moulage des plastiques.

B) Constitution du moule.

Dans la première moitié d'un châssis métallique on fixe, à l'aide de plâtre supplémentaire, l'ensemble du modèle en plâtre de la bouche et du dentier provisoire en cire. On coule du plâtre dans l'autre moitié et on applique celle-ci sur la première. Le plâtre initialement utilisé est traité par un produit tel que le verre soluble, permettant aux deux parties du châssis de se séparer quand le deuxième plâtre employé a durci. Puis, on enlève la cire à l'aide d'eau bouillante et on procède au polissage des surfaces en plâtre en les traitant par une solution d'alginate soluble. Ce polissage s'est avéré nécessaire pour permettre le moulage correct du produit acrylique, pour rendre impossible toute perte de monomère par pénétration dans le plâtre et également pour permettre de séparer facilement le dentier du plâtre.

C) Moulage proprement dit.

Le produit acrylique est obtenu en mélangeant le monomère liquide et le polymère pulvérulent dans les proportions volumétriques et approximatives de 77,7 à 80 % de poudre et de 22,2 à 20 % de liquide, de telle sorte qu'un dentier moyen exige environ 25 à 30 cm3 de poudre et 7 à 8 cm³ de liquide. L'ensemble des deux produits mélangés prend une consistance pâteuse, mais non

collante, au bout d'un temps d'autant plus court que la température ambiante est élevée, que la quantité de catalyseur introduite est importante et enfin que les particules du polymère ont une forme plus irrégulière.

On introduit dans la partie du moule contenant les dents une quantité en excès du mélange, on recouvre celle-ci d'une feuille de cellophane mouillée et on achève la fermeture du moule à l'aide d'une presse, en ayant soin de laisser un espace de 1,5 mm. entre les deux parties du châssis. Ce dernier est ensuite ouvert pour permettre d'enlever la cellophane puis refermé, boulonné et immergé dans de l'eau graduellement chauffée à ébullition et maintenue à cette température pendant trente à quarante-cinq minutes. Au cours de cet échauffement, le monomère se polymérise et la contraction qui en résulte est compensée par l'excès du matériau compris dans l'ouverture de 1,5 mm. prévue initialement. On laisse ensuite le châssis à la température ambiante et on extrait le dentier. L'excès de produit est enlevé à la lime et les surfaces extérieures sont polies progressivement à l'aide de la pierre ponce, du tripoli, du rouge à polir et du blanc minéral.

Ce procédé a été reconnu supérieur aux techniques précédemment utilisées pour les résines cellulosiques phénoliques ou vinyliques. Le matériau plastique étant aisément compressible pendant le moulage, le plâtre n'a pas à supporter de pression excessive et les dents conservent parfaitement leur position initiale. Enfin, le monomère se polymérisant vers 70 à 75 °C, le plâtre se trouve soumis à une température ne pouvant ni le briser, ni le déformer.

La simplicité de ce procédé permet à n'importe quel mécanicien en prothèse dentaire de construire des dentiers acryliques aussi facilement que des dentiers en vulcanite.

D) Correction des imperfections et mise au point du procédé.

a) *Porosité interne du dentier.* — Les vides pouvant être entraînés par la polymérisation ont l'inconvénient d'interdire la réparation et de laisser apparaître des taches par pénétration des liquides de la bouche dans les cavités ainsi ménagées.

L'apparition de ces pores semble due à deux causes distinctes :

— La première est la contraction considérable du monomère qui, en volume, est voisine de 20 %. Grâce à l'excès de matériau prévu dans le procédé de moulage précédemment décrit, on obtient seulement pour le dentier final une contraction linéaire de 0,5 %, ce qui ne peut nuire à son ajustement dans la bouche.

— La deuxième est l'obtention d'un monomère gazeux se formant au sein de la résine lorsque la température au centre de la masse dépasse le point d'ébullition du monomère initial (100,3°C). A son tour, cette élévation nuisible de température est due : soit à l'application directe d'une quantité de chaleur trop élevée, soit au caractère exothermique de la polymérisation elle-même, lorsque la température extérieure convenable est appliquée trop rapidement au châssis. Des élévations localisées de température de 70 à 80°C ont été observées de la sorte au centre d'une masse considérable de produit.

b) *Conditions de séparation du dentier et du moule.* — Le plâtre du moule étant durci par la température appliquée, la séparation du dentier polymérisé et du moule sans briser les dents est plus difficile que pour un dentier en vulcanite. En sectionnant le plâtre, on enlève le dentier en trois à cinq minutes. En outre, et indépendamment de la contraction inhérente à la polymérisation, la fissuration des meilleures dents en porcelaine peut également être entraînée par un mode défectueux de fermeture du moule, créant des pressions inégales ou trop rapidement réalisées. Enfin, dans la confection des dentiers partiels, l'application du procédé antérieurement décrit présente souvent le défaut de permettre aux dents en porcelaine de monter légèrement sur le dentier.

IV. — OBSERVATIONS SUR LES DENTIERS EN RÉSINE ACRYLIQUE.

A) Essais après traitement.

Certains essais après traitement ont fourni des indications intéressantes.

Un dentier en « Véronite », après avoir été préparé normalement et maintenu pendant soixante jours dans une atmosphère d'humidité relative égale à 32 % afin de stabiliser la résine, a été conservé pendant vingt-sept jours dans de l'eau distillée à 37°C. Il a été ensuite replacé dans l'atmosphère précédente. De fréquentes mesures ont montré d'une part, que le dentier se dilate à l'immersion dans l'eau et se contracte à l'exposition à l'air ; d'autre part, que ces changements de dimensions correspondent à un phénomène réversible et que finalement le dentier, successivement soumis au mouillage et au séchage, revient approximativement à ses dimensions initiales. Par suite, il est clair que les dimensions définitives d'un dentier acrylique se trouvent fixées au moment où celui-ci est saturé en humidité.

B) Essais en service.

D'autres observations furent réalisées, notamment par le Service dentaire de l'Armée, l'Ecole de l'Université de Pittsburgh et l'Ecole de l'Université de Georgetown.

Plusieurs dentiers acryliques, distincts et immédiatement mis en service, furent examinés fréquemment au microscope, tandis que leurs modèles, réalisés avec la même résine, étaient maintenus dans une atmosphère d'humidité relative égale à 32 %. L'adhérence de chaque dentier était appréciée en disposant chacun de ceux-ci sur son propre modèle et était reconnue satisfaisante si, à l'œil nu, on ne constatait pas d'espace vide entre les deux. L'examen attentif de ces dentiers a mis en évidence des changements de dimensions variant de — 0,50 mm. à + 0,25 mm. Un dentier de la mâchoire supérieure après un an de service différa de son modèle de 1,5 mm. à la partie postérieure du palais et le patient n'en éprouva aucune gêne.

D'autres mesures ont été pratiquées sur neuf dentiers de constitution chimique distincte et de forme identique tirée d'un modèle-type exécuté en pierre. Ces neuf dentiers se répartissaient comme suit :

— un en mélange cellulosique ;
— deux en caoutchouc ;
— trois en résine phénol-formaldéhyde ;
— trois en résine acrylique.

Dès qu'ils furent terminés, on les conserva pendant quinze jours dans de l'eau à 37°C et on les replaça ensuite sur leurs modèles respectifs en pierre. Certains d'entre eux différaient de leur modèle par 1 à 2 mm. à la surface du palais.

Enfin, on peut remarquer, comme l'indique le *tableau IV* que les dentiers acryliques ou en caoutchouc se sont montrés nettement supérieurs à ceux en résine phénol-formaldéhyde. Dans l'ensemble, les résines acryliques semblent celles qui conviennent le mieux dans la plupart des cas habituels.

V. — DENTS ACRYLIQUES.

Durant ces dernières années, les produits acryliques ont été également utilisés pour fabriquer des dents artificielles. Grâce à leurs facilités de coloration, ces dernières peuvent imiter parfaitement les dents naturelles devant être extraites.

En outre, la comparaison des dents acryliques et des dents en porcelaine a fait apparaître certains résultats nettement à l'avantage des premières.

TABLEAU IV

Résumé des changements sur des dentiers en service

CAS Nos	TYPE de dentier	MATÉRIAU	TEMPS en service	Changement de dimensions	ADHÉRENCE au modèle	CHANGEMENT DE COULEUR
1	mâch. sup.	Aldénol	1 mois	— 0,35	satisfaisant	aucun
2 A	— inf.	Duratone	1 an	exces.	non satisfaisant	non satisfaisant
2 B	— —	Duratone	1 an	— 0,44	satisfaisant	légère coloration
3	— sup.	Aldénol	3 mois	+ 0,15	non satisfaisant	bruni
5 A	— —	Véronite	1 —	+ 0,24	satisfaisant	aucun
			9 —	+ 0,59	—	—
			17 —	+ 0,51	—	—
9	— —	—	7 —	+ 0,06	—	lég. ombre autour de 2 dents
11 B	— —	Caoutchouc	6 —	— 0,11	—	pâli
			15 —	+ 0,08	—	—
11 B	— inf.	—	7 —	— 0,04	—	—
			15 —	— 0,11	—	—
12	— sup.	Luxene	1 —	— 0,52	—	aucun
			5 —	— 1,04	—	légèrement pâli
			13 —	— 1,55	non satisfaisant	effacé et pâli

Pour ce qui a trait à la *résistance à l'usure*, il semble intéressant de signaler certains essais effectués à ce sujet et relatifs à un dentier fait tout entier en matière acrylique, comportant un dentier proprement dit en matière « Portex Denture base » et trois dents en matière « Portex Dentine », ces deux produits étant réalisés en polyméthyl-méthacrylate et fabriqués par la société Portland Plastics Ltd. Ces trois dents étaient constituées par deux prémolaires et une molaire du côté droit de la mâchoire inférieure. Des crochets métalliques disposés de part et d'autre assuraient la fixation du dentier sur les dents naturelles voisines en empêchant celui-ci de s'enfoncer dans la gencive sous la pression de la mastication, qui, d'après le Dr S. A. Leader, de la Société Portland Plastics Ltd., serait approximativement 100 kg au maximum. Les mesures d'usure ont été effectuées sur la molaire acrylique, travaillant contre la molaire naturelle correspondante de la mâchoire supérieure. On pratiqua sur la surface de travail de la molaire artificielle une tranchée ayant une longueur d'environ un demi centimètre et une largeur de 0,8 mm. et à différents intervalles de temps on mesura à l'aide d'un microscope micrométrique la profondeur de celle-ci. On constata qu'au bout d'une période de trois mois, le dentier étant porté tous les jours et utilisé pour les trois repas, l'usure était d'environ 0,004 cm. Les résultats des mesures figurent sur le *tableau V* ci-contre. Bien que la dureté superficielle des dents acryliques soit très inférieure à celle des dents en porcelaine, on n'a pas encore constaté un seul cas de dent acry-

TABLEAU V

Usure des dents acryliques

Temps en jours	Profondeur de la tranchée en millièmes de centimètre (moyenne d au moins trois mesures)
0	27,4
22	26,4
35	24,4
53	24,4
100	23,9

lique n'ayant pas résisté convenablement aux efforts de la mastication.

Par ailleurs, les dents acryliques sont beaucoup moins sonores et généralement plus élastiques que celles en porcelaine. La supériorité des premières persiste encore sur le chapitre de l'aspect extérieur de la dent : grâce à sa translucidité et à ses facilités de coloration, une dent acrylique peut être préférable dans son aspect à une dent en porcelaine.

Enfin, il y a lieu également de signaler que les dents acryliques se colorent moins rapidement au contact de la fumée de tabac que les dents naturelles.

Quoi qu'il en soit, l'introduction de ce nouveau type de dents en art dentaire est trop récent pour que l'on puisse se former dès maintenant une opinion définitive à ce sujet. L'avenir seul montrera si l'usage de ces dents est vraiment satisfaisant.

VI. — OBTURATIONS ACRYLIQUES.

Bien que de nombreuses recherches aient déjà été tentées dans ce domaine, la perfection est loin d'être atteinte.

La lenteur de la polymérisation, n'ayant lieu qu'à 37°C, ne permet d'atteindre le durcissement complet qu'après un temps très long (parfois plusieurs semaines), et le manque de pression peut entraîner certains défauts de structure.

Par ailleurs, les variations de dimensions dues à l'absorption d'eau, l'obtention de la coloration désirée et la cémentation dans la dent présentent des problèmes non encore résolus d'une manière satisfaisante.

Malgré cela, un grand nombre d'obturations acryliques sont réalisés actuellement par les dentistes s'intéressant à l'application des plastiques et des améliorations sont sans cesse réalisées. Si-

gnalons enfin pour certains chercheurs qu'il est possible que le matériau idéal pour les obturations ne soit pas nécessairement de nature acrylique, mais un plastique qui reste encore à découvrir.

CONCLUSION.

Toutes les considérations qui précèdent permettent d'espérer que les problèmes demeurés encore actuellement sans solution acceptable seront certainement surmontés par les efforts conjugués des chercheurs de la profession dentaire et des fabricants de plastiques.

L'emploi des produits acryliques a déjà amélioré nettement les qualités esthétiques des dentiers. Il serait bien désirable de disposer d'un monomère se polymérisant assez rapidement, sans contraction et à température assez basse, de façon à faciliter le moulage et aussi l'obturation.

(*Manuscrit reçu le* 2 *mai* 1946.)

BIBLIOGRAPHIE COMMENTÉE (1)

1. — Sweeney W. T. & Caul H.-J. — Caoutchouc pour dentiers. Composition. Propriétés et Spécification. — *J. Amer. Dental Assoc.*, 1940, **27**, 1446.

Le National Bureau of Standards a examiné, du point de vue physique et clinique, plusieurs échantillons de caoutchouc pour dentiers : 9 comme matériau de base, 2 pour tous usages (rose) et 6 comme substance de revêtement. Des essais relatifs à la cohésion, la plasticité et la densité de caoutchouc non vulcanisé ont été effectués, suivant des conditions standard. On a déterminé les rapports existant entre la plasticité et la facilité de moulage, on a calculé la densité, la dureté Brinell, et la résistance à la traction du caoutchouc de base et du revêtement.

2. — Osborne J. — Résines acryliques. — *Brit. Dental J.*, 1941, **70**, 289.

Classification des matières plastiques utilisées comme matériaux de base pour la fabrication des dentiers, en se référant aux exigences d'utilisation. On compare les propriétés des appareils à base de résines acryliques à celles des appareils à base de vulcanite (*cf.* travail de W. T. Sweeney, *J. Amer. Dental Assoc.*, 1939, **36**, 1863). On estime que l'adaptation d'un appareil en résine acrylique est supérieur à celle d'un dentier en vulcanite. On donne des détails de fabrication, en partant de mélanges de poudre et de liquide.

3. — Taylor P. B. — Résines acryliques. Leur traitement. — *J. Amer. Dental Assoc.*, 1941, **28**, 373.

On énumère les qualités plastifiantes de matériaux à base de résines acryliques, utilisés aux Etats-Unis (mais non encore employés en Grande-Bretagne jusqu'à présent). On décrit les changements qui accompagnent

(1) Traduit de V. E. Yarsley, « Plastics Applied », The National Trade Press, Ltd, London.

le traitement de mélanges de poudres et de liquide et les expériences ayant déterminé les meilleures conditions d'opération, ainsi que les essais qui ont permis de diminuer la fragilité des dents (cassure) : addition d'un plastifiant (phtalate de butyle) permettant l'obtention d'une matière plus souple ou addit. autour de la dent, d'un agent retardateur (hydroquinone).

On croit que la véritable fonction du monomère est celle d'un lubrifiant vis-à-vis de la poudre).

On donne les recommandations générales pour la façon de procéder :

1° Utiliser un excès de matériau lors du tassement dans le moule (en raison du retrait du monomère) lors de la polymérisation ;

2° Opération préliminaire lente ;

3° Opération définitive ; aussi longtemps que nécessaire ;

4° Il n'est pas utile d'avoir un orifice de dégagement pour les substances résiduaires ;

5° Soulagement des dents postérieures ;

6° Contrôle sévère de la température dans le cas de masses assez volumineuses.

4. — Prior W. — Procédé pour la fabrication de dentiers ayant une plus grande apparence de la dentition naturelle. Préparation et traitement de résines acryliques. — *J. Amer. Dental Assoc.*, 1941, **28**, 894.

On utilise un châssis de moulage spécial muni d'un injecteur ; on donne des détails précis quant à la fermeture du châssis et aux températures à observer. On obtient facilement des palais clairs avec du caoutchouc teinté (« gomme rose ») et il ne se produit aucune porosité ainsi qu'aucune brisure des dents.

J. Sherr (*Brit. Dental J.*, 1942, **73**, 6) décrit un type différent d'injecteur pour châssis de moulage.

5. — Sweeney W. T., Paffenbarger G. C. & Beale J.-R. — Résines acryliques pour dentiers. — *J. Amer. Dental Assoc.*, 1942, **28**, 7. — *Brit. Plastics*, 1942, **14**, 124, 204, 240.

On décrit, commente et résume les résultats obtenus sur le comportement de méthacrylate de méthyle et de quelques polymères utilisés dans la fabrication des dentiers (travaux effectués au Bureau of Standards). On a comparé trente et un échantillons manufacturés de matériaux de base (mélanges poudre-liquide ainsi que gâteaux plastifiés) à des échantillons de dentiers en caoutchouc, celluloïd et vinylite.

On a trouvé que les masses plastifiées bénéficiaient d'une meilleure durée si elles étaient conservées à basse température ou en l'absence d'oxygène.

On a effectué des essais de plasticité pour les mélanges poudre-liquide ou le gâteau plastifié ainsi que d'absorption d'eau ; on a examiné les propriétés mécaniques et les déformations au cours du mouillage et du séchage (essais de courbure transversale et de rupture après quatre jours d'immersion dans l'eau à 37°C.). Les co-polymères paraissent posséder un pouvoir d'absorption d'eau inférieur à celui du méthacrylate de méthyle.

Un dynamomètre spécial donne le degré de résistance à l'entaille. On conclut que les résines au méthacrylate de méthyle se révèlent les

matériaux de base les plus satisfaisants pour la fabrication des dentiers. Les co-polymères vinyliques, en raison de leur hygroscopie et de leurs déformations sont moins faciles à travailler.

6. — Landsler A. S. — Un dentier provisoire, pour utilisation immédiate, fabriqué entièrement en substances acryliques. — *Brit. Dental J.*, 1942, **73**, 208.

On décrit le procédé pour un tel appareil (*cf.* aussi l'article de E. B. Kelly, *J. Amer. Dental, Assoc.*, 1942, **29**, 375).

7. — Leader S. A. — Méthacrylate de méthyle et ses usages dans l'art dentaire. — *Brit. Dental J.*, 1942, **73**, 69.

Énumération des procédés susceptibles d'être utilisés pour la préparation chimique de méthacrylate de méthyle, avec références pour ceux qui ont été adoptés pour la production du méthacrylate de polyméthyle granuleux. Un fait intéressant à signaler : la possibilité de raviver la couleur d'un dentier par teinture. On décrit différents procédés pour la préparation de dents à base de résines acryliques, ainsi que de couronnes et de ciments dentaires pour dents naturelles. (Des détails sont donnés sur la façon d'obturer celles-ci avec ce matériau.)

8. — Osborne J. — Recherches sur les propriétés de matériaux de base pour dentiers, à base de résines acryliques. — *Brit. Dental J.*, 1942, **73**, 221.

On compare les propriétés physiques de caoutchouc pour dentiers : *Kallodent* 222, *Portex* et *Thermolite* et on examine les détails de fabrication.

On peut mouler immédiatement le *Thermolite*, tandis qu'on doit attendre une demi-heure pour le *Portex* et le *Kallodent*. On n'a pas trouvé de différence essentielle avec un chauffage lent ou rapide, et il semble (d'après les essais effectués) que la porosité n'est pas due à l'ébullition du monomère, mais plutôt à son retrait. On fait ressortir la nécessité d'une pression adéquate au cours du traitement.

9. — Furnas I.-L. — Matériaux de base pour dentiers. — *J. Amer. Dental. Assoc.*, 1942, **29**, 1205.

Cet intéressant article décrit le comportement de matériaux de base pour la fabrication de dentiers, vu par un dentiste s'intéressant moins au problème « scientifique » de ces produits, qu'aux détails concernant leur facilité de fabrication et leur résistance, basées sur des résultats cliniques et la pratique de l'atelier. Le méthacrylate et les produits acryliques-vinyliques sont utilisés, soit sous forme de gâteau plastifié ou de mélanges poudre-liquide. On donne des détails sur leur fabrication.

10. — Tylman S. — Les substances acryliques dans la réparation dentaire. — *J. Amer. Dental Assoc.*, 1942, **29**, 640.

L'auteur discute de l'action de la déformation des matériaux acryliques utilisés à la fois pour la fabrication des dentiers et pour les ciments dentaires. Il examine également l'action de la température sur les produits finis. Il suggère l'idée de compenser le retrait qui se produit, par l'addition d'une substance de revêtement et il pense que les substances acryliques peuvent être utilisées dans la fabrication des bridges.

11. — PEYTON F.-A. & MANN W.-R. — Résines acryliques contenant du styrène. Leurs propriétés en égard à leurs applications comme matériaux de réparation. — *J. Amer. Dental Assoc.*, 1942, **29**, 1852.

On a examiné les propriétés et le comportement de résines acryliques, sur lesquels on possède moins de renseignements que sur leurs différentes techniques d'application, en particulier, pour la conservation des dents malades. La plupart de ces substances étaient des produits manufacturés, servant de base pour la fabrication des dentiers ou de dents artificielles et constitués par de la poudre de méthacrylate de méthyle ; le liquide était, soit du méthacrylate de méthyle, soit du styrène monomère. Avec le styrène liquide, on a enregistré une moins bonne durée. Toutefois les poudres sont excellentes. On a remarqué que le retrait continuait à se produire si les pièces d'essai sont exposées à l'air, après un traitement inférieur à une heure et demie. (Ce retrait est cependant moindre que si le traitement était de trente minutes seulement).

On note quelques divergences d'opinion avec les travaux précédents (*ibid.* 1942, **29**, 7) quant au comportement du système acrylique-styrène. Les indices de dureté (Brinell) varient de 22 à 29, contre 80 et 100 pour l'amalgame et 29 et 54 pour les différents alliages d'or.

On conclut que ces substances peuvent être d'un usage satisfaisant si elles sont correctement traitées et si on se borne à les utiliser suivant le genre d'application auquel elles sont destinées.

On cite les indices de résistances à la rayure (Bierbaum) de substances acryliques, d'or, de ciment silicaté, d'émail et de dentine.

12. — CUTLER R. — Résine acrylique. Son application pratique dans la conservation des dents. — *Brit. Dental J.*, 1943, **84**, 84.

On décrit différents procédés conçus pour l'obtention de ciments dentaires satisfaisants et on insiste sur le soin particulier à apporter dans la préparation du matériau acrylique (outre l'examen du genre de cavité à obturer dans la dent).

On donne ensuite quelques détails d'opération d'ordre pratique (application de pression adéquate, nécessité d'une pâte épaisse, etc.), ainsi que des procédés de fabrication de couronnes et de moules pour obtenir des substances teintées rappelant la couleur donnée par l'ombre des lèvres sur la dent.

L'auteur préfère utiliser les substances acryliques avec une base métallique pour la fabrication des bridges ; il décrit des procédés pour la construction de bridges à pose immédiate. Dans un travail ultérieur (*ibid.*, **84**, 122) l'auteur passe en revue différents types de châssis de moulage susceptibles d'être utilisés.

13. — SALISBURY G.-B. — Polymérisation de substances acryliques utilisées directement pour la réparation des dents. — *Dental Digest*, 1943, **49**, 60.

On discute du procédé par lequel les granulations de la substance acrylique sont attaquées par le monomère et on croit savoir que la polymérisation continue à la temp. de la bouche. L'éther ou l'acétone n'ont aucune action sur ces substances aux concentrations où elles sont utilisées

(anesthésies, thérapeutique du diabète) (*cf.* également W. E. Herbert, *Brit. Dent. J.*, 1943).

On donne une étude de la polymérisation de ces substances suivie de photomicrographies.

14. — Salisbury G.-B. — Réparations dentaires effectuées directement à partir de résines acryliques. — *Dental Digest*, 1943, **49**, 120.

On décrit un procédé pour l'obturation directe de dents à partir de résines acryliques. On conseille une polymérisation lente ; après le remplissage de la cavité, on attend cinq minutes pour que le matériau puisse prendre. Après une demi-heure ou peut commencer à le façonner et deux jours après on peut le poncer. On préconise également ce procédé pour réparer un placage en or, et pour obtenir des ciments en or. Les techniques à utiliser sont à peu près semblables à celles utilisées pour la porcelaine synthétique.

L'auteur conclut que des recherches doivent encore être effectuées sur ce sujet et qu'il déconseille l'emploi des résines acryliques pour la préparation ou l'obturation de dents artificielles.

15. — Bovis E.-G. — Fabrication simple de bridges à partir de résines acryliques. — *Dental Digest*, **49**, 340.

Article donnant des renseignements pratiques sur la fabrication d'un bridge fixe. Les matières plastiques ne sont pas encore prêtes de remplacer entièrement la porcelaine. Toutefois, il est simple, avec ces matériaux d'obtenir des bridges, qui, au point de vue esthétique, ne sont surpassés que par les dents naturelles. L'article est illustré par d'excellentes gravures, et doit être consulté en même temps que le travail de Cutler (voir précédemment).

16. — Slack F.-A. — Etat actuel des recherches sur les réparations dentaires effectuées directement, à partir de résines acryliques. — *J. A. D. A.*, 1943, **30**, 1233.

D'après les résultats cliniques, l'auteur conclut que le méthacrylate de méthyle monomère ne provoque pas l'irritation de la pulpe dentaire, même si les dents possédaient encore leur vitalité.

Les essais effectués indiquent que dans 50 % des cas, les ciments étaient devenus d'une structure lâche mais on n'avait remarqué aucune action irritante sur la pulpe. On estime que les matériaux dont on dispose actuellement pour la fabrication des couronnes et des bridges ne sont pas d'une fabrication assez soignée (la polymérisation lente donne une différence de teinte, etc.). Habituellement la prise du matériau est complète en un jour.

Il est nécessaire d'utiliser un monomère pur (une nouvelle distillation à partir de débris est à déconseiller) et un polymère à grains fins (mais pas trop car il y aurait dissolution dans le monomère). Une fois la réparation effectuée, on peut appliquer un vernis, pour maintenir sèche, la substance acrylique au cours de la polymérisation.

17. — S. Holt. — Dans « Plastics applied » par V.-E. Yarsley. — The National Trade Press Ltd. — London, p. 181.

L'auteur examine les conditions auxquelles doivent satisfaire les matériaux non métalliques pour la fabrication des dentiers et des dents artificielles. Il rappelle les possibilités offertes par la vulcanite et par les plas-

tiques thermodurcissables (phénol-formaldéhyde, anhydride phtalique-glycérol), qui sont assez médiocres. Au contraire les thermoplastiques ont permis des réalisations de plus en plus satisfaisantes. Le celluloïd et le chloro-acétate de polyvinyle ont donné de moins bons résultats que le polyméthacrylate de méthyle. Ce produit a été mis au point pour la fabrication des dentiers par les « Imperial Chemical Industries ». On employait initialement une presse spéciale pour l'injection dans un moule en plâtre chauffé, ce qui donnait des objets bien supérieurs à ceux qui étaient faits en vulcanite. Un progrès décisif a été réalisé ultérieurement en utilisant certains mélanges de poudre et de liquide monomère qui sont cuits en une heure environ dans le moule placé dans un châssis immergé dans l'eau bouillante. Les dents faites avec ces résines sont moins cassantes que les dents en porcelaine et ne nécessitent pas d'attaches métalliques. On peut utiliser aussi ces matériaux comme ciment dentaire.

Les produits vendus en Angleterre sont les suivants :

« Kallodent », 222, 333	I. C. I. (Plastics), Ltd.
« Thermolit »	R. Lord & Sons, Ltd.
« Portex »	Portland Plastic, Ltd.
« Lumacryl »	Dental Manufacturing, Co, Ltd.
« Stellon »	Amalgamated Dental, Co., Ltd.

18. — W. Souder et G. Paffenbarger. — Circular Physical properties of dental materials U. S. C. 433, Department of Commerce, National Bureau of Standards Washington.

Table des matières : I. Introduction. — II. Métaux et Alliages. — III. Métaux céramiques. — IV. Matériaux organiques. — V. Dentifrices. — VI. Possibilités d'acquisition. — VII. Spécifications. — VIII. Bibliographie. — IX. Appendice.

Resumen :

Despues de una relación sobre los diferentes productos destinados à remplazar el caucho, el autor expone ense quida los resultados de los diferentes ensayos (conservación, estabilidad, color, propiedades macanicas, conservación de dimensiones) efectuados comparativamente con las muestras diversas de resinas y cauchos.

De éste estudio el Autor concluye que las recinas acrylicas ofrecen un cierto número de ventajas y que en el futuro ellas remplazaran definitivmente el caucho en las dentaduras artificiales y tambien los dientes de porcelana.

M. Guerra.

Summary :

Following an historical reminder on the different products destined to replace vulcanite the author exposes the results of different comparative tests (preservation, stability, color, mecanical properties and dementional changes) made with samples of various resins and vulcanite rubbers.

From this study the author concludes that acrylic resins offer a certain number of advantages and that in the future they will definitively replace vulcanite for denture bases and also porcelain teeth.

J. Fouré.

LE CONTROLE DES CIRES D'INLAYS

EL CONTROL DE CERAS PARA INLEY. | **CONTROL OF INLAY WAXES.**

Par P. A. CANIVET,
Chirurgien-Dentiste,
Ingénieur-Chimiste,
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris,
Conseiller Technique au *Cemdent.*

Le procédé de la « cire perdue » utilisé dans la coulée des blocs métalliques que sont les inlays est très anciennement pratiqué : les Phéniciens le connaissaient et le tenaient sans doute de peuples plus évolués. Depuis, les orfèvres l'ont, de tout temps, mis à contribution, jusqu'à ce que les dentistes eurent l'idée de se servir de l'or coulé comme matière obturatrice.

Toutefois, si le principe dans cette dernière application était identique au précédent, deux facteurs essentiels allaient en modifier la technique : la température constante du milieu buccal et le respect scrupuleux des formes et du volume de la cavité.

Ces notions devaient très vite amener les praticiens à demander aux cires d'empreintes des qualités particulières qui répondaient à ces nouvelles exigences.

En principe les cires d'inlays doivent présenter les caractères généraux suivants :

1° Elles doivent posséder une parfaite rigidité à une température qui ne peut être inférieure à 30° C. et se ramollir suffisamment pour permettre une prise d'empreinte *exacte*, par voie de compression, à une température très légèrement supérieure à 37° C.

2° Ces cires doivent présenter une texture telle, que la sculpture des faces externes du bloc de cire puisse aisément se pratiquer sans qu'il y ait séparation de lamelles ou de copeaux. L'*homogénéité* de la cire doit être *rigoureuse*, particulièrement à des températures voisines de 37° C. ;

3° Pendant le chauffage du cylindre après la mise en revêtement, la cire doit se *volatiliser intégralement* à une température assez peu élevée et ne laisser au cours de la pyrogénation consécutive aucun résidu susceptible de fausser la forme de l'empreinte ;

4° La dilatation thermique de la cire doit être aussi faible que possible afin que le volume de l'empreinte soit aussi précisément respecté que possible et puisse être aisément compensé par la nature du revêtement employé ;

5° Enfin, la teinte des cires pour inlays doit présenter un net contraste avec les tissus buccaux.

Les techniciens français et étrangers se sont efforcés, avec plus ou moins de succès, à satisfaire à ces différentes exigences en offrant sur le marché des mélanges de cires naturelles (cires d'abeilles, cires de Chine, cires de Carnauba), ou des composés physiquement analogues (paraffines dures, cérésine), formant après fusion des solutions solides qui sont, en général, parfaitement homogènes jusqu'à une température n'excédant pas 60° C.

Le *Cemdent* (Centre d'Etudes et de Documentation du Matériel Médical et des Fabrications Dentaires) s'est attaché, tout d'abord, à rechercher dans les revues étrangères et dans les ouvrages spécialisés des mêmes pays, les méthodes de contrôle actuellement utilisées. Cette documentation acquise après de multiples traductions, il fallut équiper le laboratoire en appareils destinés à l'exécution de ces méthodes ; la plupart de ces appareils durent être construits chez des spécialistes, certains le furent même par les « moyens du bord » grâce à l'ingénieuse habileté de notre collègue Jean Raynaud.

Dans son étude, le *Cemdent* s'est appuyé surtout sur les études et travaux effectués durant ces dernières années par la Commission des Recherches de l'American Dental Association, en liaison avec le Bureau des Standards de Washington. Il a également tenu compte dans une assez faible mesure des contrôles mis au point par les allemands, qui avant leur défaite avaient publié des normes d'essai des matières utilisées en dentisterie.

TECHNIQUES ALLEMANDES

Les allemands déterminent le point de ramollissement, la netteté de l'empreinte, la contraction ; de plus, ils pratiquent sur la cire ramollie, une observation microscopique.

Point de ramollissement. — On l'obtient en plongeant dans de l'eau chaude un bâtonnet de cire maintenu horizontal et en notant la température à laquelle le bâtonnet commence à s'infléchir.

Netteté de l'empreinte. — La cire chaude et molle est étalée sur une plaque de laiton marquée de 20 traits de finesse croissante. La cire chaude est pressée sur la plaque au moyen d'un poids. Après refroidissement on compte les empreintes de traits.

Si tous les traits sont apparents on dit que la netteté est de 100 %. Si 10 traits sont seuls visibles, la netteté est de 50 %.

Examen microscopique. — Cet examen permet de se rendre compte de la nature du mélange des produits qui entrent dans la

cire. En particulier, la cire ayant été chauffée jusqu'au point de ramollissement, l'image microscopique permet d'évaluer la quantité de résine brûlée, d'apercevoir les points colorés qui sont des particules du pigment mal dispersées, etc... S'il y a trop de résine brûlée visible, on doit considérer la cire comme mauvaise.

Contraction. — Elle est déterminée au moyen de la vis micrométrique sur un échantillon de cire compris entre deux lames porte-objet. La cire primitivement chauffée jusqu'à son point de ramollissement est ensuite refroidie lentement jusqu'à la température ambiante. On essaie alors de resserrer la vis micrométrique et on note la nouvelle valeur. Il est possible ainsi d'obtenir une valeur de la contraction. Ces différents essais, s'ils permettent de se faire une idée des propriétés physiques de la cire, sont quelque peu empiriques et les travaux de l'A. D. A. exécutés pendant ces dernières années, donnent une garantie supérieure. Il n'est besoin que d'examiner les projets de spécification successifs rédigés par l'A. D. A. et approuvés par le gouvernement fédéral.

Techniques américaines

Dès 1930, les Américains ont mis au point une spécification concernant les cires d'inlays (spécification nº 4 de l'A. D. A. approuvée le 24 juillet 1930 par le Gouvernement Fédéral). Plus tard ce protocole d'essais fut révisé et en 1940 parut un additif.

Voici, brièvement, l'essentiel de la spécification nº 4 :

I. — Conditions particulières. — La cire sera fournie sous forme de bâtonnets ou de cônes et la matière la composant devra être uniforme et ne contenir aucun corps étranger.

II. — Conditions générales. — 1º La couleur de la cire doit être telle qu'il soit facile de sculpter les modèles par contraste avec les tissus durs et mous de la bouche ;

2º Les matières doivent se ramollir sans se sédimenter ;

3º Les matières doivent pouvoir se travailler en bords minces sans se détacher en copeaux ou en flocons ;

4º Les matières doivent pouvoir fondre et se vaporiser sans laisser de résidus solides autres que du carbone.

III. — Méthodes d'essai. — 1º *Fluidité à la température de la bouche*. — Les spécimens doivent être des cylindres de 10 $^{m}/_{m}$ de diamètre et 6 $^{m}/_{m}$ de hauteur. Les faces doivent être bien planes et perpendiculaires à l'axe.

Les échantillons doivent être maintenus à la température d'essai pendant au moins 20 minutes avant l'essai. Une charge de

2.000 gr. doit être appliquée pendant 10 minutes à la température de la bouche. La variation de longueur doit être évaluée en pourcentage de la longueur initiale.

Soit h_1 la hauteur initiale de l'éprouvette et h_2 la hauteur mesurée après ramollissement, le pourcentage de fluidité est indiqué par :

$$\text{Fluidité } \% = \frac{100\ (h_1-h_2)}{h_1}$$

2° *Fluidité aux températures de travail.* — L'additif (paru en 1940) à la spécification n° 4, envisage la détermination de la fluidité à des températures inférieures et supérieures à 37° C. correspondant aux températures réelles d'utilisation des cires d'inlay ; les essais s'effectuant dans les conditions indiquées plus haut.

Les différentes fluidités obtenues permettent de construire la *coulée de fluidité* aux températures dites de travail.

L'annexe à la spécification n° 4 indique les limites de fluidité à certaines températures de référence :

à 37°5 — fluidité inférieure ou égale à 1 %
à 38° — — — — — à 5 %
à 42° — — au moins égale ou supérieure à 5 %
à 43° — — comprise entre 50 % et 75 %

La cire peut être considérée comme ramollie quand la fluidité excède 5 %.

L'*intervalle de travail* correspond à l'état de malléabilité de la cire apte à la prise d'empreinte et susceptible d'être sculptée et est indiqué par une fluidité comprise entre 50 et 60 %.

3° *Dilatation thermique.* — Les caractéristiques de dilatation thermique sont déterminées par contrôle micrométrique assurant une exactitude de $\pm$ 0,05 % jusqu'à la température à laquelle la déformation apparaît.

La spécification américaine indique que la dilatation thermique doit être comprise entre 0,5 et 0,9 %.

4° *Vaporisation.* — La vaporisation des cires d'inlays doit s'opérer sans résidu, à une température inférieure à 500° C.

IV. — Emballage. — 1° Le poids minimum net du contenu sera indiqué sur tous les paquets ;

2° Chaque paquet sera marqué d'une série de nombres ou combinaison de lettres et de nombres qui se réfèreront aux registres du fabricant pour un lot particulier de cire ;

3° La date de fabrication (année et mois) sera indiquée sur le paquet séparément ou avec le nombre de série.

V. — Remarques. — Les fabricants de cire pourront indiquer que leurs produits satisfont à cette spécification par :

a) Un exposé sur le paquet garantissant que la matière contenue à l'intérieur remplit les conditions de cette spécification ou ;

b) Un exposé des propriétés physiques de la cire.

Dans chaque cas, les données sur la dilatation thermique seront fournies.

L'American Dental Association ne peut assumer la responsabilité ou garantir la conformité des matières ainsi étiquetées par les fabricants, mais par contre peut, dans le cas d'un désaccord entre un membre de l'Association et un fabricant, agir en conséquence en désignant, par exemple, des laboratoires spécialisés où les essais nécessaires seront faits.

Mais, à mesure que la technique évolue, l'American Dental Association, poursuivant ses travaux, révise ses spécifications.

Normes françaises

On doit souhaiter que l'établissement des normes françaises s'inspirent des méthodes étrangères et plus particulièrement américaines. Toutefois il ne nous sera pas interdit, en nous basant sur les suggestions des sociétés scientifiques françaises, que nous accueillerons toujours avec empressement, de modifier les protocoles de contrôle et d'en introduire de nouveaux répondant mieux à l'amélioration constante de la technique industrielle, ainsi qu'à l'utilisation précise de chacun des produits utilisés par les praticiens tant au cabinet qu'au laboratoire de prothèse.

En ce qui concerne les cires pour inlays, je me permets de proposer provisoirement les essais suivants :

1° *Essai de fluidité*, répondant aux normes américaines, mais en envisageant une classification en plusieurs catégories répondant à chacun des emplois des cires d'inlays ;

2° *Dilatation thermique*, établie suivant les méthodes américaines et complétée par confrontation des dilatations des métaux à couler et des revêtements ;

3° *Contrôle de l'homogénéité* des cires à toutes températures et, en particulier, entre 40° et 50° C. ;

4° *Contrôle de la finesse d'empreinte* réalisé suivant la technique allemande que nous avons indiquée plus haut ;

5° *Essai de pyrogénation*, tel qu'il est conçu dans la spécification américaine.

Le produit ayant satisfait aux normes de contrôle porterait, extérieurement, une vignette représentant la « marque de qualité ».

Il serait utile que fussent notées sur l'emballage les caractéristiques essentielles de la cire : fluidité à différentes températures et dilatation thermique, de telle sorte que le praticien connaisse très exactement dans quelles limites il pourra utiliser sa substance d'empreinte.

Essais de cires d'inlays
effectués aux laboratoires du Cemdent (mai 1947)

Le *Cemdent* a étudié six cires commerciales d'inlays, dont nous avons établi les caractéristiques.

Nous désignerons, par la suite, ces cires par les lettres A, B, C, D, E, F, pour plus de commodité, car notre but n'est pas de faire de la réclame, mais de contribuer à l'amélioration des produits français.

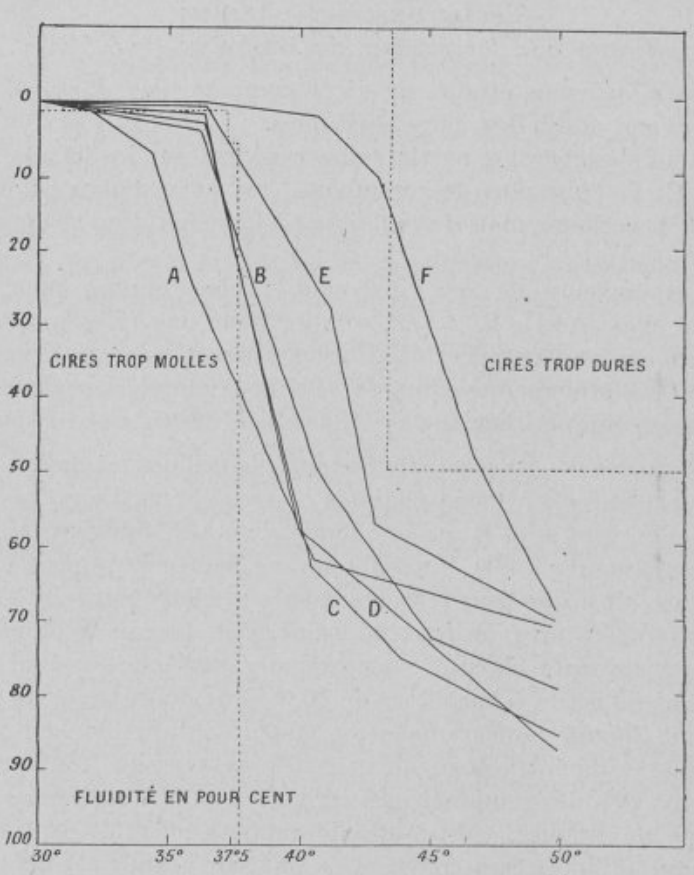
Les couleurs de ces cires sont : bleu sombre pour trois d'entre elles (A. D. F.) ; vert sombre pour une (E) ; jaune clair pour les deux autres (B et C). Il est à noter que les praticiens ont tendance à préférer des cires de couleur sombre, le contraste est ainsi beaucoup plus marqué avec la couleur des tissus de la bouche.

Fluidité. — La plasticité des six échantillons est nulle à 30° C.

Tous les échantillons chauffés se ramollirent d'une façon satisfaisante, sauf A et B qui ont tendance à s'effriter aux températures supérieures à 40°. Pour obtenir les points de ramollissement des cires, ainsi que tous renseignements sur leur plasticité à différentes températures, on procéda à une série d'essais de fluidité de la façon suivante et conformément aux méthodes d'essai américaines : de petits échantillons de 10 $^{m}/_{m}$ de diamètre et de 6 $^{m}/_{m}$ de haut furent confectionnés au moyen d'un moule en laiton, puis placés dans un bain d'eau sous une pression constante de 2.000 gr. et à des températures variant entre 30° et 47°. Le pourcentage de fluidité, c'est-à-dire le rapport entre la hauteur de l'éprouvette après écrasement et sa hauteur initiale est déterminé au bout de 10 minutes. Les résultats obtenus sont figurés au tableau 1 et montrés graphiquement sur les courbes figurant à la fin de cette étude.

Une première étude de ces courbes montre que sauf pour A et B, les cires sont suffisamment rigides à la température de la bouche. D'autre part, la valeur du pourcentage de fluidité pour chaque cire doit être suffisamment élevée entre 40° et 50° pour un travail satisfaisant (limites de travail). Les points de ramollissement se déterminent aisément à partir des courbes (comme nous l'avons vu plus haut).

Dilatation thermique. — Les courbes de dilatation thermique des cires furent obtenues en immergeant de petits échantillons de 25 m/m de long dans de l'eau et en notant leur allongement au moyen d'un micromètre au fur et à mesure de l'élévation de la température. Ces courbes sont montrées plus loin. Il est à re-

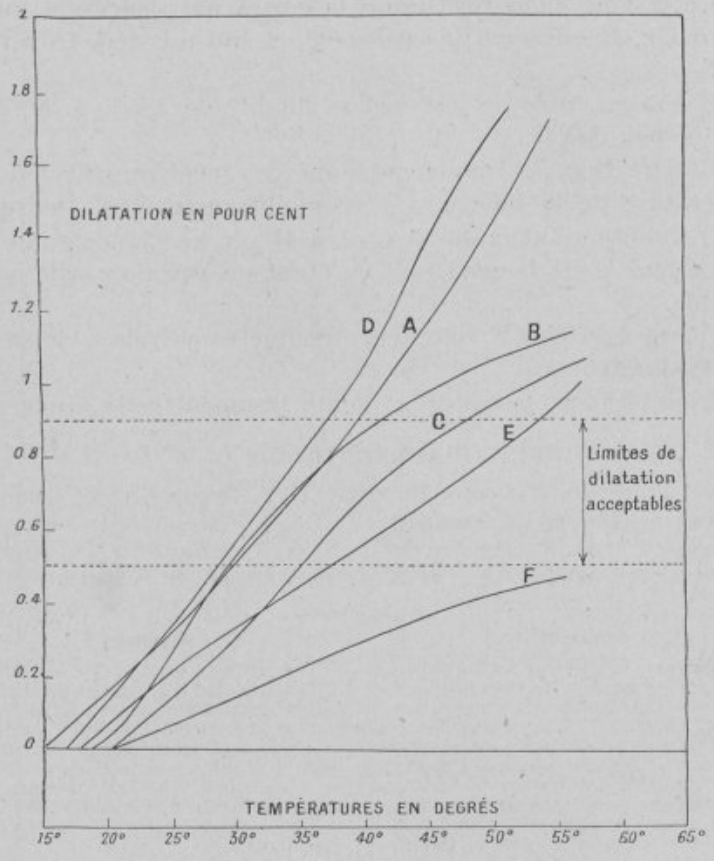


marquer qu'au dessus de 50° toute mesure devient impossible par suite de la trop grande fluidité de la cire. Les américains notent qu'une bonne cire doit avoir une dilatation thermique comprise entre 0,5 et 0,9 % pour les températures communément utilisées dans la technique des inlays.

Discussion des résultats obtenus. — Comme nous l'avons vu dans la spécification n° 4, les américains posent en principe que les cires ne doivent montrer qu'une fluidité de 1 % maximum à la température de la bouche. En nous basant sur ce résultat,

nous voyons que seules les cires D, E et F, répondent à cette exigence. Par contre les cires C, B et A, qui montrent respectivement une fluidité de 2,7 % à 3,4 % et 21 % à la température buccale sont nettement inférieures, surtout A (21 %).

L'examen des courbes de fluidité montre aussi que le point



de ramollissement de la cire A (33°5) est trop faible, celui des cires B, C, D (37°5) est juste suffisant et que celui de la cire F est bien trop élevé. Seule la cire E a un point de ramollissement de 38°.

De même les limites de travail conviennent pour les cires A, B, C, D, E, mais ne conviennent pas pour la cire F.

D'une façon générale, si l'on trace sur le graphique de fluidité aux températures 42° et 43° des lignes verticales comprises entre 5 % et 75 % de fluidité et 50 % et 75 % de fluidité respectivement, une cire répond à la spécification si sa courbe de fluidité rencontre

chacune de ces deux lignes. De même, si on prend le graphique de dilatation thermique, c'est au voisinage de 0,7 + 0,2 % (c'est-à-dire entre 0,5 % et 0,9 % comme il a été dit plus haut) que la dilatation thermique est la plus satisfaisante pour les intervalles de température généralement utilisés dans la confection des inlays.

En résumé, nous rejetterons la cire A qui s'effrite et qui est trop molle, B qui s'effrite également et qui est déjà trop fluide à 37°.

C sera acceptée de justesse, sa fluidité de 2,7 % à 37° étant déjà un peu élevée.

La cire D est certainement l'une des meilleures : rigide à la température de la bouche, elle s'amollit rapidement, puisque à 40° sa fluidité est déjà de 53 % et à 41° de 57 %.

La cire E est bonne ; tout en étant un peu dure, elle est acceptable.

Quant à la cire F, elle doit être rejetée en raison de sa trop grande dureté.

Le tableau et la courbe ci-jointe résument cette étude.

BIBLIOGRAPHIE (Circular C. 433)

Physical Properties of Dentol Materials. U. S. Department of Commerce. National Bureau of Standards.

Journal de l'A. D. A., january, 1931. N. O. Taylor, P. h. D., George C. Paffenberger, D. D. S. et W. T. Sweeney, A. B. Washington D. C.

Resumen :

El articulo, escrito por un tecnico del Centro de Estudios y de Documentacion del Material medical y de la Fabricacion dental (*C.E.M.D.E.N.T.*), llama la atencion de los practicos sobre el control fisico de las ceras para inlays, con el objeto de mejorar la calidad de los productos franceses ofrecidos en el mercado. Los metodos empleados se refieren á aquellos que son puestos en practica por el Registro de Standards americanos.

Seis muestras de cera para inlays fueron estudiadas en el laboratorio *C.E.M.D.E.N.T.* y tres de ellas fueron reconocidas conforme á las normas americanas.

El autor indica que por todos los materiales utilizados en la profesion, el establecimiento de normas francesas estan actualmente en estudio permitiendo un control permanente de especialidades ofrecidas á los practicos franceses.

M. Guerra.

Summary :

The article, written by a technicien of the « Centre d'Etudes et de Documentation du Matériel médical et des Fabrications dentaires (*Cemdent*) » calls the practitioners' attention to the physical control of inlay waxes in view of improving the quality of French products on the market. The methods used are similar to those used by the U. S. Bureau of Standards.

Six samples of inlay wax have been studied at the *Cemdent* laboratory and three of these have been found to conform to american standards.

The author points out that for all the materials used by the profession, the defining of French standards are at present being studied permitting a permanent control of the products offered to French practitioners.

J. Fouré.

PROPRIÉTÉS PHYSIQUES DES CIRES D'INLAY

Echantillons	Description des Fabricants	Couleur	Fluidité (Pour cent)						Point de ramollissement à partir de la courbe de fluidité	Limites de travail à partir de la courbe de fluidité	Dilatation thermique (Pour cent)						Limite du taux de sécurité pour la dilatation thermique	Observations
			30°	37°	41°	43°	45°	47°			20°	25°	30°	35°	40°	45°		
A	Cire à inlay bleue dure.	bleue sombre.	0	21	62	65	67	70	33°5	39°5–41°	0,08	0,16	0,28	0,45	0,65	0,86	41°	Ecailles importantes dans la sculpture, beaucoup trop molle.
B	Cire à inlay jaune clair.	jaune clair.	0	3,4	50	60	72	75	37°5	41°–43°	0,02	0,09	0,26	0,44	0,70	0,88	40°	Ecailles importantes dans la sculpture. — Trop fluide à 37°.
C	Cire à inlay moyenne.	jaune clair.	0	2,7	64	72	77	80	37°5	40°–41°	0	0,08	0,20	0,40	0,57	0,74	43°	Tout juste satisfaisante.
D	Cire à inlay dure.	bleue sombre.	0	0,84	57	66	73	79	37°5	40°–41°	0,08	0,16	0,32	0,48	0,72	1,1	40°	Une des cires les meilleures. S'amollit à une température légèrement supérieure à celle de la bouche.
E	Cire à inlay extra-dure.	vert sombre.	0	0,5	26,5	57,5	60	65	38°	42°5–45°	0,1	0,13	0,22	0,31	0,44	0,57	48°	Bonne cire, un peu dure.
F	Cire à inlay bleue.	bleue sombre.	0	0,1	2	10	30	47	42°5	Supérieur à 47°	0,01	0,05	0,13	0,17	0,25	0,35	?	Cire non satisfaisante, beaucoup trop dure.

page 546 sur 696

REVUE DES PÉRIODIQUES

CARIE DENTAIRE

CARTIER (Mme A.). — **Biochimie de la dent et carie dentaire.** (*Annales Odonto-Stomatologiques*, N° 8, août 1947, p. 233 à 319, 7 tableaux, 129 références bibliographiques.

Mme Cartier vient de publier un très important travail consacré à la biochimie de la dent.

Dans son introduction, elle nous indique la valeur primordiale des analyses chimiques, en même temps qu'elle souligne la grande difficulté des recherches relatives à l'embryogénèse et à la physiologie de la dent.

Obligés de raisonner souvent par analogie pour interpréter les phénomènes dentaires, nous comparons souvent les manifestations relatives au tissu osseux.

Mme Cartier nous met fort justement en garde contre une assimilation que ne justifie pas la composition fort complexe de la dent.

Composition chimique de la dent. — Faisant état des très nombreux travaux publiés à ce sujet, elle conclue que la dentine et le cément ont une composition chimique voisine de l'os, la partie minérale étant un mélange de phosphate tricalcique et de carbonate de calcium.

L'émail contient, à côté d'une protéine peu abondante, des phosphates et carbonates libres et une faible proportion d'hydroxyapatite :

Hydroxyapatite	10 % à 20 %
Phosphate tricalcique	70 % à 80 %
Carbonate de calcium.....	10 %

Quels rapports unissent les éléments minéraux et la protéine ? Mme Cartier pense qu'il existe autre chose qu'un simple contact.

Enfin, il existe des éléments « mineurs », magnésium, sodium, chlorures, fluorures, dont le taux peut varier considérablement ; la teneur en fluor peut être décuplée dans certains états, entraînant des lésions de l'émail (mottled enamel).

Phénomènes biochimiques de l'odontogénèse. — Dans une première étape les phénomènes osseux et dentaires sont assez voisins en ce qui concerne la partie conjonctive de la dent (hyalinisation) formation d'une substance préosseuse.

Dans une deuxième étape commence la calcification ; en même temps que les éléments minéraux se déposent, les tissus se déshydratent, et les substances organiques de l'ébauche se raréfient.

Suit un exposé des modalités de dépôt du calcium, du phosphore et du Co^2.

Les deux temps décrits sont très importants à distinguer, les troubles qui peuvent intervenir à ces différents stades sont responsables des hypoplasies ou des dystrophies dentaires.

Echanges dentaires. — La proposition de Frey « l'os est labile, la dent est stabile » ne peut être maintenue. La dent modifie sa composition au cours de son existence, par apports internes et par voie externe par la salive (von Hesevy, 1937). Expériences faites avec du phosphore radio-actif, répétées avec du sodium, du calcium, du strontium, et du fluor radio-actifs.

Pathogénie de la carie dentaire. — Il faut nettement séparer la pathologie osseuse de la pathologie dentaire, la dent subit beaucoup moins que l'os les répercussions de l'état général et par contre elle subit l'action du milieu buccal où sa couronne est exposée.

Le milieu salivaire. — La salive est étudiée au point de vue chimique, composition, et au point de vue physique : pH.

Théories pathogéniques de la carie. — Origine interne de la carie.

Les travaux fort nombreux n'apportent pas d'éclaircissements satisfaisants.

Origine nutritionnelle. — L'alimentation ne joue aucun rôle dans l'apparition des caries, alors qu'on peut l'invoquer dans la prédisposition à la carie. Les carences vitaminiques n'ont pas non plus été retenues comme facteur déterminant, « la carie n'est pas une maladie par carence ».

Facteurs hormonaux. — Les parathyroïdes sont sans action sur la dent, de même que les glandes génitales.

Origine sympathique. — Exposé de l'hypothèse de Dechaume, existence d'un trouble nerveux, d'une susceptibilité spéciale de l'individu en général et de l'odontoblaste en particulier. Ce trouble serait déclanché soit par une cause interne, soit par une cause externe et serait une réaction.

Origine infectieuse. — Cette origine est vraisemblable, la coïncidence des mortifications pulpaires avec des maladies infectieuses renforce cette hypothèse.

En résumé les caries d'origine interne ne sont pas prouvées jusqu'à présent par des faits précis. La théorie du Dr Dechaume est trop exclusive car elle nie les causes externes invoquées par Miller avec de sérieux arguments cliniques et expérimentaux.

Origine externe de la carie. — Les travaux les plus importants sont ceux de W. Miller, théorie chimico-parasitaire (1890).

Ces travaux ont été complétés et poursuivis par nombre d'auteurs, un des plus récents est Gottlieb qui, par de nombreuses préparations histologiques met en évidence les zones d'invasion des micro-organismes qui arrivent à la dentine après désintégration protéolytique de lamelles s'étendant perpendiculairement à la surface de l'émail constituant des lignes naturelles de faiblesse.

La prédisposition à la carie. — L'état de santé résulte d'un équilibre entre le système dent-salive, toute rupture de cet équilibre permettra l'action directe des agents de la carie.

Action inhibitrice de la salive. — La salive agit :

Par sa propriété de dissoudre les particules alimentaires ;
Par son pouvoir tampon élevé ;
Par sa concentration en calcium et en phosphore ;
Par la présence de mucine ;
Par ses propriétés antiseptiques.

Résistance propre de la dent. — La présence de la cuticule de Nasmyth, résistant aux attaques des acides est à retenir.

D'autre part on a constaté que les dents qui résistent à la carie sont plus riches en fluor.

La notion de la maturation de la dent est venue apporter une suggestion à retenir. La maturation consisterait en un échange ionique entre la salive et l'émail.

Elle peut aussi être envisagée comme une transformation de la composante organique de l'émail.

Elle serait une modification des rapports entre la Kératine et les éléments minéraux.

Rôle préventif du fluor dans la carie dentaire. — Trois hypothèses sont à retenir :

1° Le fluor diminue la solubilité de l'émail vis-à-vis des acides ;

2° Pour Gottlieb, le fluor formant un sel de calcium peu soluble, colmaterait les voies d'accès vers la dentine, empêchant ainsi la pénétration des germes ;

3° Le fluor agit en inhibant la formation d'acides au cours de la fermentation. L'auteur pense que le fluor agit plutôt en arrêtant les processus fermentaires.

Elle conclut sur l'action des fluorures :

1° En formant une combinaison calcique dans laquelle le fluor se substitue à un autre anion, ils modifient la solubilité du sel minéral de l'émail, mais à des concentrations très supérieures à celles qui peuvent se trouver réalisées dans la salive ;

2° Les fluorures inhibent les processus enzymatiques responsables de l'acidogénèse. En présence de fluorures, la glycolyse est inhibée ; les concentrations efficaces sont très faibles.

Ce mode d'action est confirmé par l'effet protecteur de l'acide monoïodacétique sur l'émail. Cet acide que l'on ne peut accuser de former avec les sels calciques un complexe stable inhibe également la glycolyse et empêche la déminéralisation dans des conditions où elle devrait se produire.

COOKE B. — **Some factors in the œtiology of dental disease. De quelques facteurs dans l'étiologie de la maladie dentaire.** (*The Dental Magazine and Oral Topics*, juillet 1947, page 89 à 97. 33 références bibliographiques).

Malgré tous les progrès développés dans la technique, la maladie dentaire n'a pas reculé et les idées relatives à l'étiologie ne sont pas grandement différentes de celles qui avaient cours au temps d'Aristote.

Les traitements dentaires comme les traitements médicaux sont de nature empirique.

Le rationalisme doit finalement prévaloir.

Le sujet de ce travail est d'examiner les tendances générales de la nature et de voir si, à la lumière des connaissances modernes, il est possible de pénétrer dans le problème de la maladie dentaire.

L'auteur s'excuse devant la nécessité, pour ne pas allonger le texte, de présenter les faits sous une apparence dogmatique.

Rappel des acquisitions récentes sur la nature de la matière et de l'énergie, sur le rôle des radiations.

L'auteur signale ensuite le grand changement apporté dans la vie de l' « *Homo Sapiens* » qui, depuis plus de 500.000 années, vivait à l'air libre et sans vêtements, lorsqu'il y a environ 2.000 ans il a commencé à se vêtir. Avec ce que l'on sait actuellement de l'efficience de l'actinothérapie on peut penser que le manque d'insolation est responsable de certains troubles.

Les gênes dont sont composés les chromosomes sont, comme les atomes, des entités, leur composition agit sur les noyaux cellulaires et par là sur tout l'organisme. La réciproque doit également être vraie. Notre connaissance de la génétique humaine est encore sommaire. La vie est une adaptation, les mutations sont rares, et la proportion de celles qui sont viables est petite. Les changements soudains sont impossibles. L'homme a asservi la nature, mais il doit agir avec mesure sans cela il sera détruit par elle. On admet que l'adoption d'une vie civilisée avec les bouleversements de l'ordre naturel qu'elle implique a été suffisante pour déranger le délicat équilibre physico-chimique existant habituellement entre l'organisme et son ambiance et déclancher certaines maladies dont les plus connues sont le rachitisme et les maladies de carence.

La carie dentaire a progressé en raison géométrique depuis 500 ans. Les Maoris, après 100 ans de civilisation, ont vu leurs caries progresser de rien à 93 %. Les tissus dentaires sont si hautement spécialisés dans leur structure et dans leur physiologie, qu'ils paraissent incapables de s'adapter aux changements correspondant à la vie civilisée et parce que ce désaccord persiste, la maladie dentaire continue. La nature n'a pas le temps de réparer ses fautes qu'elles concernent les organismes ou les organes.

Si l'adaptation ne se fait pas, la maladie s'installe, qui peut entraîner la destruction de tout l'organisme ou d'une portion de celui-ci suivant l'importance du désaccord.

Le manque d'adaptation peut amener la disparition de l'espèce.

L'émail et la dentine. — Les tissus dentaires ont ceci de particulier que l'émail ne peut être réparé et bien que la dentine soit excitée à proli-

férer par l'inflammation, le nouveau tissu ainsi produit ne prend pas la place de celui qui est détruit, et le contour n'est pas rétabli.

Le ligament gingival de l'homme civilisé actuel est moins résistant que celui de l'homme primitif.

Nos traitements dentaires visent à restaurer la fonction et à détruire les micro-organismes, il n'en reste pas moins que la gencive traitée a perdu de la hauteur et que la dent ne regagne jamais l'insertion qui la liait au maxillaire avant l'infection.

La tolérance de la dent. — Le temps viendra où nos méthodes de traitement seront regardées comme grossières. La dent est supposée si tolérante que des matériaux étrangers y sont insérés qui ne seraient pas supportés par d'autres tissus.

Avec le progrès des connaissances en physiologie les dentistes jugeront mieux des effets de leurs obturations sur la dent et son entourage.

L'auteur, qui n'est pas un expérimentateur, suggère que l'on aurait à apprendre en comparant avec les réactions qui interviennent lorsqu'on insère des matières obturatrices dans les os longs des animaux.

Efficience restreinte des obturations. — L'auteur estime qu'actuellement aucun praticien n'est en état avec les méthodes et les produits actuels de restaurer les faces proximales ou tout autre contour de façon à se rapprocher de l'efficience du fonctionnement originel, toutes les obturations, si bien exécutées qu'elles soient, doivent être regardées comme des causes de faiblesse pendant toute la vie du patient.

Evolution de la maladie dentaire. — Les traits dominants dans l'évolution de la maladie dentaire envahissante chez l'homme civilisé semblent être :

1° La forme dégénérative de l'émail qui est attribuée à tous les primates ;

2° Le développement de la station debout et la coordination de la main et de l'œil conduisant à ce que Darwin appelait « caractères de corrélation », d'autres parties du corps ayant accaparé des fonctions autrefois exercées par la bouche ;

3° L'emploi de la main pour la préhension et la préparation de la nourriture, l'usage du feu pour la cuisson, toutes actions aboutissant à diminuer les organes masticateurs et digestifs dans leur fonctionnement ;

4° La fabrication d'ustensiles divers, le port de peaux d'animaux comme vêtements, le logement dans les cavernes ; ces habitudes amènent un changement dans le mode de vie qu'on ne rencontre chez aucun autre animal ;

5° L'homme primitif était d'abord un chasseur. Il suivait le cheval et le renne dans leurs migrations saisonnières et il n'avait pas d'habitat fixe. Il était essentiellement nomade. Cet homme disparut vers la fin de l'âge Azilien, il y a 15.000 ans, l'âge de l'agriculture sédentaire commença il y a environ 7.000 ans. Avec elle vint la domestication des animaux, la construction d'abris permanents, l'usage plus intensif du feu, la culture et le stockage de la nourriture, une moins intense insolation résultant du port de vêtements et d'une vie moins au grand air ;

6° Changements dans l'ambiance biologique. La formation des villages et des villes, la vie confinée, le changement de nourriture, ont contribué au changement de l'ambiance biologique. Mais il n'y a que quelques centaines d'années que les plus grands bouleversements sont intervenus avec la révolution industrielle, villes sordides et malsaines, populations entassées, travail dans des locaux mal éclairés et ventilés, atmosphère polluée, insuffisance d'eau, manque d'un régime efficient, telles furent les conditions qui furent faites à l'Homo Sapiens qui ne les avait pas connues jusqu'alors.

Effets pernicieux de l'alimentation moderne. — Les aliments et les boissons consommés de nos jours sont d'une variété et d'une artificiallité encore jamais expérimentées auparavant. Leur effet sur les dents, les gencives et les maxillaires ne peuvent être que nocifs. La question de la température des aliments et boissons doit être prise en considération. Beaucoup de

gens se sont habitués graduellement à manger et à boire des aliments et des boissons à des températures si élevées qu'elles ne seraient pas tolérées par les doigts ou la face externes des joues. Les aliments chauds, sucrés, salés, ou fortement épicés, doivent avoir des effets physiologiques sur les tissus, pour ne rien dire de leur influence directe sur la flore microbienne de la bouche.

Quelle est la destinée future de la maladie dentaire ? — L'homme peut-il ou veut-il retourner à un mode de vie plus naturel ? A moins que nous ne minimisions le désaccord entre l'influence du mode de vie et la faculté d'adaptation, la maladie dentaire continuera et la profession dentaire poursuivra ses efforts pour arrêter la nature en entravant la désorganisation d'organes dentaires relativement sans valeur fonctionnelle. Et pendant que la découverte de nouveaux médicaments et de nouvelles applications thérapeutiques conduiront à accroître le contrôle de la maladie, elle ne sera pas extirpée, et sa fréquence ne sera pas diminuée ; à moins que les organes dentaires ne s'adaptent à leur ambiance. L. S.

HOWARD (Sir Albert). — **Nutrition et santé dentaire**. (*British Dental Journal*, 18 juillet 1947, p. 27 à 30).

La civilisation occidentale souffre d'une « famine de qualité », due à la mauvaise qualité des aliments, plus encore qu'à leur raréfaction. Les protéines sont à la base de la vie, elles renferment l'énergie fournie par le soleil, les éléments organiques élaborés dans la feuille verte constituent l'unique source de nourriture de tous les organismes vivants. Or il n'y a aucune énergie emmagasinée dans les engrais artificiels comme le sulfate d'ammonium. Tout ce qui trouble la qualité des protéines aboutit à la maladie y compris la maladie des dents.

Deux causes principales sont responsables de la mauvaise qualité des protéines. L'exploitation de terrains épuisés ; l'introduction des engrais chimiques.

L'importation à bas prix de farines américaines a conduit à retirer les issues (qui contiennent le précieux germe, le son, et la plupart des minéraux) qui sont vendues séparément à des prix fort rémunérateurs.

On raffine encore cette farine en la blanchissant avec des produits chimiques. L'ingestion de ces produits est manifestement nocive. Le Dr W. Price signale le cas des indigènes de Tristan da Cunha qui contractent des caries lorsqu'ils vont vivre en Afrique du Sud.

« Lorsqu'ils retournent dans leur île, les caries s'arrêtent et même « quelques cavités commencent à se réparer spontanément ».

La restauration de la fertilité du sol doit être entreprise, l'auteur estime qu'en cinq années son pays serait en état de mettre en culture tous les terrains et non seulement l'Angleterre pourrait nourrir sa propre population, mais encore exporter une nourriture de qualité.

En ce qui concerne les dents, il ne faut pas oublier qu'elles dépendent de la santé générale du corps, et l'auteur rapporte une expérience faite sur les enfants d'une école nourris de légumes venus sur un sol surmené. Ces enfants ont vu leur santé s'améliorer très rapidement lorsque de meilleurs légumes leur furent distribués.

L'auteur propose pour l'avenir d'inciter les établissements scolaires à cultiver les terrains avoisinants et de les fertiliser sans emploi d'engrais chimiques. Il pourrait en être de même autour de nombreux centres de la marine ou de l'armée. Ces expériences qui ne manqueraient d'obtenir d'excellents résultats seraient de nature à entraîner la conviction de chacun.

Enfin, une propagande livresque pourrait être tentée, les travaux de Weston Price, Brodie, Carpenter, etc..., devraient être largement diffusés.
L. S.

LEBOURG L. — **La prophylaxie immédiate de la carie**. (*Le Médecin français*, août 1947, p. 230).

Révision des connaissances actuelles relatives à l'étiologie de la carie.

En ce qui concerne l'embryologie, M. Lebourg écrit que la calcification s'opère d'une façon centripète ». Nous supposons qu'il a volontairement

laissé de côté la question de l'émail. N'y a-t-il pas dans cette simplification dès l'origine quelque chose de nature à nous laisser insatisfaits relativement aux hypothèses sur l'étiologie des caries ?

L'émail longtemps considéré comme un tissu parfaitement stabile est désormais réintégré dans la norme.

Si les échanges y sont réduits, ils n'en existent pas moins. Les travaux récents à ce sujet sont nombreux et il est certain que toutes les tentatives pour expliquer l'étiologie de la carie devront en tenir compte.

M. Lebourg insiste justement sur l'hygiène dentaire, inséparable de l'hygiène générale, tout cela est exact, mais il faut aller plus loin, rejoindre les auteurs anglais qui rendent responsable les cultures obtenues avec des produits chimiques de toutes nos déficiences.

Il ne suffit pas de remplir l'estomac, encore faut-il lui donner des aliments qui soient assimilables et qui n'endommagent pas sa structure. Un moteur construit pour utiliser une essence raffinée s'encrasse et se détériore avec l'emploi de carburants inadéquats.

Longtemps encore il faudra remédier aux méfaits d'une hygiène peu ou pas appliquée. Il n'est pas trop tôt pour essayer de faire mieux et en ce qui concerne l'alimentation de se préoccuper au moins autant de la qualité que de la quantité.

Le rôle du dentiste nous semble un peu minimisé limité au dépistage et aux soins précoces.

Le médecin accoucheur demande à la sage-femme une collaboration plus étendue et nous sommes persuadés qu'un chirurgien-dentiste n'aurait aucune peine à fournir au médecin général nombre de remarques susceptibles de concourir à l'établissement de diagnostics d'importance capitale pour le patient. Le nombre actuel des praticiens dentaires de toute origine est à peine suffisant pour répondre aux besoins de la population, se priver d'une seule de ces possibilités serait préjudiciable à la santé publique.

L. S.

Eggers Lura H. — **Untersuchungen über die oralen phosphatasen. Recherches sur les phosphatases buccales.** (*Revue Mensuelle Suisse d'Odontologie*, janvier 1947, p. 33 à 45, 11 tableaux, 17 références bibliographiques.

Résumé français de M. Bonsack. — On pense aujourd'hui que le métabolisme du calcium est lié aux phosphates et dépend ainsi d'enzymes hydrolysantes et phosphorolysantes appelées phosphatases et phosphatèses. Par exemple, lors de la formation d'os secondaire, les ostéoclastes résorbent l'os primaire en phosphorolysant le Ca et les ostéoblastes forment l'os secondaire en l'hydrolysant.

On peut donc imaginer facilement que les phosphatases jouent un rôle dans l'amorçage d'une carie. L'auteur fonde cette hypothèse sur les faits suivants.

1° Ce n'est pas la substance inorganique de l'émail qui est attaquée la première comme on pourrait s'y attendre si la carie était due à des acides, mais bien la substance organique. Or, dans certaines conditions, la substance interprismatique de l'émail est hydrolysée par des phosphatases bactériennes. Lors de cette réaction, des ions phosphoriques sont libérés ;

2° Le sucre qui reste dans des endroits peu accessibles et dans le « film » dentaire ne peut pas fermenter en l'absence d'ions phosphoriques et calciques. Ceux-ci sont fournis par l'émail lorsque la salive n'en contient pas assez ou lorsqu'elle est arrêtée par un obstacle quelconque ;

3° Les fluorures qui, comme on le sait, retardent la carie, empêchent justement le fonctionnement normal des phosphatases. On pourrait donc expliquer le premier phénomène par le second.

Ces considérations poussent l'auteur à admettre que la carie est amorcée par les phosphatases buccales, lors les ions phosphoriques ne sont pas fournis en quantité suffisante par la salive (insuffisance de phosphore, — particulièrement de phosphore organique — dans la salive ou mauvaise irrigation des régions peu accessibles). Il rejette l'action primaire des

bactéries (par exemple bacille lactique) dont la présence ne serait qu'un phénomène secondaire.

Les recherches de l'auteur portent sur les quantités de phosphatases dans la salive comparées à celles des autres sécrétions (urine, lait) et du sang.

Nombre de personnes examinées : 15.

Résultats. — 1° La salive contient à peu près autant de phosphatases que l'urine et le lait ;

2° Par contre, le sang contient plus de phosphatases alcalines que la salive ;

3° Le rapport se renverse si l'on considère les phosphatases acides (Ph = 5,5) ;

4° Les phosphatases de la salive semblent venir :

a) Des tissus environnant les glandes salivaires et des vaisseaux qui les irriguent ;

b) D'une action des bactéries dans la salive elle-même ;

5° On constate en outre dans la salive la présence d'une pyrophosphatase ;

6° Enfin, l'auteur démontre l'action synthétisante des phosphatases salivaires par quelques expériences. L. S.

Schour Isaac et Maury Massler. — **Les caries dentaires dans la période d'après-guerre en Italie (1945). Leur proportion suivant des groupes d'âges différents.** (*Journal de l'American Dental Association*, juin 1947, pages 1 à 6).

3.905 individus d'âges variés ont été examinés dans quatre cités italiennes. La proportion des caries est approximativement de deux à sept fois moindre qu'aux Etats-Unis.

Les gens observés étaient pour la plupart mal nourris.

L'opinion qu'une bonne nourriture et une hygiène dentaire correcte exercent une influence salutaire contre la production des caries, ne ressort pas de ces investigations.

La réduction de la ration de sucre en Italie et par contre son usage fort répandu aux Etats-Unis peut en partie expliquer cette différence dans le pourcentage des caries.

Le rôle du manque de vitamine B dans la diminution des caries doit également être pris en considération. L. S.

Turner Everard C. — **Nutrition and dental health. Nutrition et santé dentaire.** (*British Dental Journal*, page 30).

La thèse soutenue dans ce travail par M Turner est identique à celle que présente Sir A. Howard dans le même numéro du journal. La nutrition doit être envisagée comme un tout. C'est à l'origine qu'il faut apporter tous nos soins. Les végétaux doivent se développer dans un sol sain. Les engrais chimiques troublent la croissance des plantes. Celles-ci n'apportent plus aux animaux les substances nutritives correctement élaborées. Finalement l'homme se nourrit lui-même d'éléments qui lui donnent peut-être la quantité mais non la qualité. Revenir à des pratiques rationnelles de l'agriculture et de l'élevage est primordial pour assurer la santé dentaire. L. S.

CHIRURGIE DENTAIRE

Beltrami (Dr Géo). — **A propos d'une accusation rétrospective portée par des pédiâtres sur la thérapeutique d'un chirurgien-dentiste.** (*Information Dentaire*, 3 août 1947, p. 871).

L'observation critiquée par le Dr Géo Beltrami a été publiée par le journal *Marseille-Médical*, sous le titre : *A propos d'une ostéopathie à localisations multiples de la deuxième enfance, ou les méfaits d'une avulsion dentaire intempestive.*

La deuxième partie du titre n'offre malheureusement aucune ambiguité. Elle indique nettement que les auteurs considèrent l'acte du chirurgien-dentiste comme la cause directe ayant déclanché les accidents.

Il ne faut pas moins que toute l'autorité de M. le Prof. Beltrami pour détruire l'argumentation des signataires.

Nous sommes persuadés que l'article a été écrit avec une parfaite bonne foi et qu'il ne visait aucunement à atteindre systématiqment le chirurgien-dentiste opérateur. Cet incident regrettable marque une fois de plus la nécessité d'une interpénétration entre les différentes branches de l'art médical. D'un côté, trop de chirurgiens, par ailleurs fort compétents, connaissent assez mal les affections d'origine dentaire (curettage répété d'une fistule mentonnière prise pour une lésion tuberculeuse et guérie en 48 heures par avulsion de la dent causale). De l'autre, trop de dentistes, médecins ou non, ne pensent qu'à la restauration des dents et des arcades et font passer au second plan la prophylaxie basée sur le maintien de la santé générale.

Les progrès incessants de la médecine compliquent chaque jour la vie des praticiens qui veulent se tenir au courant.

La conclusion que nous pouvons tirer est qu'un auteur serait bien avisé de réfléchir avant de porter à la légère une accusation qui, comme le fait remarquer M. le Dr Beltrami aurait pu être à l'origine de revendications injustes contre un praticien dont il n'est pas démontré qu'il ait commis une faute professionnelle. L. S.

CHIRURGIE ET PROTHÈSES MAXILLO-FACIALES

FREIDEL Ch., LAIR J. et PERNOD. — **Considérations sur les transplants d'os iliaque.** (*Revue de Stomatologie*, N° 7, 1947, p. 428 à 433, 5 figures).

Sous l'influence des Anglo-Saxons et des Allemands les auteurs ont abandonné les prélèvements d'os tibial, ils donnent maintenant la préférence à l'os iliaque.

Le prélèvement fait sous anesthésie locale est plus simple, il s'exécute au ciseau et au maillet, on évite ainsi l'emploi du tour électrique difficile à maintenir aseptique.

La forme de l'os iliaque se prête mieux que la crête tibiale aux reconstitutions de la branche horizontale et de l'angle de la mandibule.

Enfin, le patient recouvre plus rapidement son activité, l'hospitalisation est réduite à quelques jours, sans risque de fracture consécutive comme cela a été observé avec le greffon tibial.

La structure spongieuse de l'os iliaque facilite le travail de réhabitation du greffon, qui doit subir une première phase de désintégration.

La greffe ne doit jamais être faite avant trois mois en cas de fracture balistique. Jamais avant neuf mois en cas de fracture ostéitique d'après les Américains, les auteurs s'associent à ces conclusions. L. S.

SOLEIL Jean. — **Appareil monobloc contre les morsures de la langue.** (*Revue de Stomatologie*, N° 7, 1947, p. 405 à 408, 6 figures).

Description et illustration d'un appareil qui a permis à une malade amoindrie dans son activité physique et intellectuelle de guérir totalement et définitivement.

L'appareil rappelant le monobloc de Robin s'adapte au maxillaire inférieur au moyen de crochets-boules. L. S.

DENTISTERIE OPÉRATOIRE

EISENSTARK J. — **Technique simplifiée pour la construction des inlays d'or.** (*Journal of the American Dental Association*, 15 juin 1947, p. 801 à 806, 12 figures).

Description minutieuse de la technique recommandée par l'auteur. Si l'article n'offre rien de très original, il peut cependant être un excellent guide pour un jeune praticien non encore familiarisé avec la « méthode indirecte ».

L'auteur parle, au début de son article, du matériel pour empreinte « Alginate », nous pensons que chaque fois qu'un nom commercial est employé, ou même un mot scientifique peu répandu, il serait bon d'en donner le sens. Le lecteur est actuellement bien souvent découragé par des difficultés de compréhension qui l'incitent à négliger la lecture de travaux qui sont, d'autre part, d'un intérêt certain. En ce qui concerne les « Alginates » l'auteur signale l'article de M. L. Vance Kendrick, paru dans le *J. A. D. A.*, 1er avril 1946, sous le titre : *Technique de l'empreinte avec les hydrocolloïdes en dentisterie restauratrice.* L. S.

FUHRER G. — **Entfernung von metallfragmenten in Wurzelkanälen durch elektrishes microschweiszverfahren. Enlèvement de fragments métalliques retenus dans les canaux radiculaires par un procédé électrique de microbrasage.** (*Revue mensuelle Suisse d'Otontologie*, janvier 1947, p. 73, 4 figures.)

Résumé français de M. Bonsack. — L'auteur a mis au point l'appareil suivant : des électrodes introduites au contact de l'instrument brisé laissent passer un courant très fort pendant un temps très court. Le courant est fourni par un condensateur chargé par une batterie à basse tension. Le fragment brasé à l'électrode est facilement dégagé et résiste à une force de traction de 0,4 à 2 kilogrammes, sur une surface de brasage de 0,3 à 1 millimètre de diamètre. Application indolore. Le canal doit être séché au préalable. L. S.

GARVONSKY V. — **The bi-metal point electrical treatment of apical and periapical infections (Le traitement électrique des infections apicales et périapicales par les pointes bimétalliques.** (*Journal of the American Dental Association.* 1947, N° 8, p. 689 à 693).

Appliquant la méthode de M. Coen, basée sur les travaux d'Oppenheim, M. Garvonsky, depuis 1937, a traité de nombreux cas par l'insertion de pointes bimétalliques (or-argent) scellées dans le canal infecté.

Les guérisons obtenues sont imputées à l'action d'un faible courant électrique permanent. L'existence de ce courant a été démontrée par des expériences de laboratoire.

M. Garvonsky a étendu le procédé au traitement des perforations radiculaires et coronaires, il cite plusieurs succès.

Dans un cas qui paraissait justiciable uniquement de l'apicectomie il a eu l'heureuse surprise de constater une guérison totale par le maintien pendant plusieurs mois dans le canal d'une pointe bimétallique qui n'avait en principe que le rôle d'un pansement d'attente.

Il attribue cette guérison inespérée au fait que l'extrémité coronaire du pivot bimétallique s'étant dégagée du pansement avait été en contact direct avec la salive. Il pense que cette exposition avait eu pour effet d'augmenter notablement la force du courant électrique. Il a depuis renouvelé cette expérience et chaque fois il a obtenu des résultats favorables. Il se propose de contrôler ces résultats par des mesures précises faites au laboratoire. L. S.

GRABER T. M. — **Facteurs locaux dans la carie dentaire.** (*Revue Critique de la Littérature. Journal of the American Dental Association*, p. 92 à 111).

Les théories concernant l'étiologie de la carie dentaire peuvent être divisés en trois groupes :

1° Celles qui considèrent les facteurs locaux comme prépondérants ;

2° Celles qui reposent sur l'état des facteurs généraux (hérédité, secrétions endocrines, formule sanguine, nutrition, première enfance) ;

3° Celles qui font intervenir les deux facteurs.

Le présent travail consacré spécialement au premier groupe de théories est lui-même subdivisé en :

Théories basées sur la structure dentaire ;

— sur la flore bactériologique ;

— chimiques et salivaires.

Enfin, l'auteur distingue deux époques séparées par l'année 1925, où les travaux de Bunting et Palmerlee font apparaître l'importance du bacille L. acidophilus.

L'article de M. Graber contient 179 références bibliographiques, il peut être considéré à ce point de vue comme fort utile à tous ceux qui désirent être renseignés sur les travaux, surtout anglo-saxons et spécialement américains, touchant à l'étiologie de la carie dentaire. L. S.

LAWTON F. E. et MYERS G. E. — **The control of frictional heat in cavity preparation. Le contrôle de la chaleur de friction dans la préparation des cavités.** (*British Dental Journal*, 15 août 1947, p. 75, 4 figures, 10 références bibliographiques).

Elévation de la température. — D'après les recherches de plusieurs expérimentateurs, la température s'élève jusqu'à 300 degrés centigrades lorsque les fraises employées à la préparation des cavités travaillent à sec.

Effet sur les tissus vivants. — Hudack et Mc Master (1932) ont montré que les transformations dans les tissus commencent à 41° et deviennent irrévocables à 45°.

Méthodes pour remédier à l'élévation de la température. — Divers procédés ont été proposés. Projection d'un courant d'air dirigé sur la tête de la fraise, neige carbonique, jet d'eau. La plupart des chercheurs se sont occupés de la troisième méthode.

Des appareils basés sur le refroidissement par un jet d'eau existent au Canada et aux Etats-Unis.

Les auteurs ont dû contruire eux-mêmes un appareil dont ils donnent la description. L'eau arrive à la vitesse de 10 à 12 centimètres cubes par minute. La pompe à salive peut évacuer cette quantité de liquide.

Les avantages de la méthode. — Par suite de la disparition rapide de l'élévation de température, il est possible de travailler sans arrêt.

Les débris ne s'accumulent pas dans la cavité, l'opérateur y voit mieux.

Les fraises ne s'encrassent pas, elles gardent leur tranchant plus longtemps. Les meules de carborundum coupent plus rapidement et durent plus longtemps.

Le danger de lésions pulpaires dû à l'élévation de température est éliminé.

La douleur est fortement réduite pendant la préparation des cavités et même lorsque l'anesthésie est nécessaire, il n'y a pas de danger de traumatiser la pulpe par un fraisage trop rapide. L. S.

MAETH HARRY. — **Fiberglass used as a root canal filling material. — La fibre de verre employée comme matériel d'obturation pour les canaux radiculaires.** (*Dental Digest*, juillet 1947, p. 332 à 335, 23 figures).

Compte rendu d'observations sur les applications cliniques de la fibre de verre faites pendant une période d'environ deux années.

Avantages. — Plasticité, manipulation aussi facile, étroite adaptation aux parois du canal.

Pas d'évaporation comme avec le mélange gutta-percha-chloroforme pendant l'obturation.

Grande stabilité de dimensions assurant la pérennité de l'adaptation. Insolubilité dans les sécrétions tissulaires. Radio-opacité permettant le contrôle des différents stades de l'obturation.

N'absorbe pas l'humidité, imperméable aux fluides, ne répond pas aux phénomènes de capillarité.

Ce matériel d'obturation peut facilement être retiré du canal en cas de nécessité.

N'irrite pas les tissus.

Peut être sectionné nettement en cas d'apicectomie.

N'altère pas la couleur des dents.

N'est pas conducteur des variations thermiques.

23 figures, coupes de dents agrandies et radio accompagnent le texte.

L. S.

SAKS Léon. — **The use of radiopaque material in operative dentistry. Emploi de substances radio-opaques en dentisterie opératoire.** (*Dental Digest*, juillet 1947, p. 337 à 340, 32 figures).

Une substance radio-opaque permet au dentiste de déterminer si toute la dentine cariée a été enlevée dans la préparation de la cavité.

La substance radio-opaque portée sur un coton dans une cavité révèle une zone radio-claire sur le film s'il reste une couche cariée. Une zone importante (radio-claire) indique la nécessité de creuser plus avant, une zone légère dans le voisinage de la pulpe avertit l'opérateur d'être prudent pendant le fraisage s'il veut épargner la pulpe ou lui suggère l'utilité d'imprégner la zone de dentine cariée d'une solution de nitrate d'argent.

Les substances radio-opaques recommandées par l'auteur sont :

Le lipiodol ;

L'huile iodée (obtenue par fixation de l'iode sur de l'huile).

Thymol iodé. — Pâte ;

Iodure de sodium (solution trop granuleuse pour un emploi courant).

L'auteur rejette la gutta qu'il faut chauffer et l'étain en feuille difficile à tasser dans les cavités. L. S,

ZANDER H. A. — **Protection de la pulpe sous des ciments aux silicates par des vernis et des ciments.** (*Journal of the American Dental Association*, p. 811 à 819, 6 figures).

M. Zander reproche aux obturations par ciments silicatés la production de graves troubles sur le tissu dentinaire et sur le tissu pulpaire voisins. La protection par les vernis est inefficace, ces revêtements sont perméables aux acides qui passent par osmose.

Des expériences conduites avec méthode sur l'homme (il s'agissait de dents destinées à être enlevées ultérieurement) et sur l'animal, ont permis d'observer au microscope les méfaits des silicates.

En attendant la parution d'un vernis idéal non perméable, ce que l'auteur juge possible, il nous propose une petite modification dans la préparation des cavités.

Cette modification consiste surtout en une extension de la paroi pulpaire et spécialement en direction du bord cervical. Par ce procédé les canalicules qui, sans cela, auraient conduit vers la pulpe les principes irritants se trouvent facilement isolés par l'emploi d'un enduit protecteur (ciment à l'oxyphosphate de Zn).

L'eugénate ne peut être employé que si on attend son durcissement, c'est-à-dire si l'on remet l'obturation avec un silicate à une séance ultérieure. L. S.

DENTISTERIE SOCIALE

CORNELY (Paul B.). — **Distribution of negro dentists in the Unitet States. — La répartition des dentistes noirs aux Etats-Unis.** (*Journal of the American Dental Association*, N° 11, juin 1947, pages 750 à 759, 6 tableaux).

Le nombre des dentistes de couleur est allé en diminuant depuis 1930. Pour la population blanche on compte, en 1940, un dentiste pour 1.865 habitants ; pour la population noire, la proportion est de un dentiste pour 8.745 habitants.

Dans certains Etats on trouve un dentiste noir pour 37.054 habitants noirs (Mississipi).

L'auteur suggère divers moyens pour remédier à cette situation.

Il estime qu'il faudrait environ 6.000 dentistes noirs de plus dans l'intérêt de la santé publique.

Tout d'abord augmenter le rendement des deux écoles réservées aux étudiants noirs (Howard University et Meharry medical college).

Ensuite, obtenir des 38 autres écoles qu'elles adoptent une attitude plus libérale en accueillant des étudiants noirs.

Puis, développer dans les Etats du Sud les écoles dupérieures et les collèges pour solliciter des vocations dentaires parmi les jeunes noirs.

Les états, et les communes du Sud, doivent participer aux études et faciliter l'installation des jeunes diplômés. L. S.

HARDMAN F. G. — **Service dentaire scolaire assuré par des infirmières spécialement instruites. — Le plan Néo-Zélandais** (*British Dental Journal*, N° 12, juin 1947, pages 259-261).

Le but d'un service dentaire scolaire est de mettre les enfants dans un bon état dentaire initial ; de maintenir cet état pendant leur scolarité ; de leur donner une bonne connaissance de l'hygiène dentaire et de prévenir les maladies buccales.

En Nouvelle-Zélande, ceci est obtenu par des infirmières dentaires qui sont instruites en deux ans dans la clinique bien dotée de Wellington. Les candidates au cours sont des jeunes filles de 18 à 25 ans. Il y a toujours plus de candidates que de places à pourvoir, ce qui permet de maintenir un haut degré d'aptitude physique. Durant leur instruction, les infirmières postulantes sont payées, elles peuvent ensuite gagner un maximum de 240 livres.

Elles sont instruites de l'importance d'un régime hygiénique sur l'incidence des maladies dentaires. Elles reçoivent des notions d'anatomie, d'histologie, de physiologie, de pathologie générale.

Elles apprennent l'emploi des instruments dentaires. Elles sont instruites en dentisterie opératoire préliminaire, pathologie, chirurgie et thérapeutique dentaires, anesthésie locale, extractions, orthodontie (limitée à la prophylaxie). Dans la deuxième année, elles pratiquent la dentisterie opératoire.

On ne leur enseigne pas la prothèse, ni la dentisterie opératoire plus complète nécessitée par les adultes. Elles prennent l'engagement de servir trois ans après leur graduation.

Par ce moyen, la Nouvelle-Zélande, depuis 20 ans, a engagé la lutte contre les maladies dentaires infantiles. Tous les enfants qui ont besoin et désirent des soins dentaires en ont la possibilité. Sur 240.344 enfants fréquentant les écoles primaires, 210.920 recevaient un traitement dentaire méthodique au 31 mars 1946. Le traitement est contrôlé par des chirurgiens-dentistes. Actuellement, en Nouvelle-Zélande, la dépense annuelle par enfant traité s'élève à une livre.

Les infirmières ne sont pas autorisées à servir dans la pratique privée.

La profession dentaire en Nouvelle-Zélande accepte de bon cœur cette division du travail, elle se tient en contact étroit avec cette institution. L. S.

GINGIVITES-STOMATITES

BOSSARD F. J. — **Mundhygiène und kochsalz. Le rôle du sel dans la prophylaxie et la thérapeiutique gingivales.** (*Revue Mensuelle Suisse d'Odontologie*, septembre 1947, p. 711 à 724). Résumé français de M. Ch. Th. Bonsack.

De nombreux facteurs endogènes et exogènes sont à l'origine des gingivites et des paradentoses. Toutefois Palazzi et Breuer estiment que les maladies les plus diverses ne provoquent une lésion du « paradentium » que si ce dernier est déjà au préalable localement affaibli.

Mais, d'après F. J. Bossard, la lésion locale du paradentium est bien souvent attribuable à une hygiène défectueuse de la bouche et particulièrement à l'emploi de dentifrices peu appropriés.

En effet, les produits alcalins ou acides entretiennent de mauvaises conditions physiologiques de la salive, alors qu'une salive normale est d'une importance capitale pour la bonne conservation des dents, ainsi que de la gencive. Les dentifrices à base de savon sont tout particulièrement dangereux. Le savon en effet, entraîne non seulement un gonflement de la gencive qu'il rend spongieuse, mais encore son hydrolyse libère de l'alcali qui irrite les tissus. On aboutit ainsi à des lésions du tissu du para-

dentium et de la substance organique des dents elles-mêmes, car la matière minérale de la dent ne peut être décalcifiée par l'acide lactique qu'autant que le support organique a été préalablement atteint. D'ailleurs le savon ne dissout pas, comme on le croit généralement les matières grasses, mais il les émulsionne seulement. Or si la peau dispose, à la rigueur, des glandes sébacées comme puissant moyen de protection, les muqueuses, elles, en sont dépourvues, de sorte que, comme le fait remarquer André il est illogique d'étendre purement et simplement aux muqueuses l'emploi du savon qui est admis pour la peau.

Les soi-disant pâtes désinfectantes nuisent plus en réalité aux tissus qu'elles ne tuent les microbes, et les pâtes médicamenteuses elles-mêmes ne devraient être utilisées que dans des cas tout-à-fait spécifiques et dans un but thérapeutique, mais jamais comme moyen de prophylaxie.

En ce qui concerne l'emploi des « mouillants », l'auteur s'appuie sur les travaux de Mattig et Jaeger qui ont démontré qu'en raison de leur action en profondeur, ils entraînaient de graves lésions des tissus. Ces deux auteurs rendent avant tout responsables des paradentoses les pâtes dentifrices et particulièrement celles qui contiennent des mouillants tels que des sulfonates et des huiles volatiles.

Mais comment donc pratiquer une hygiène rationnelle de la bouche ? L'auteur attire tout spécialement l'attention sur les travaux de Weston Price, d'Adolphe Roos et de Seiler qui ont fait dans le canton du Valais de grandes études à ce sujet. Dans le Haut-Valais ainsi que dans le Lœtschental, les habitants qui, avant la création des chemins de fer de la Furka et du Lœtschberg menaient une vie très primitive, avaient une nourriture particulièrement dure à mâcher. Cette nourriture naturelle a, à elle seule, sans le secours de la brosse à dents, ou des pâtes dentifrices, non seulement entraîné un parfait auto-nettoyage des dents et de la gencive, mais encore spécialement provoqué une forte production de salive physiologiquement normale qui a contribué à maintenir la bouche en excellente condition sanitaire.

Il convient donc de revenir à une nourriture plus naturelle. Mais comme cela ne nous est possible que dans une mesure assez limitée, nous ne pouvons manifestement nous en tirer qu'en ayant recours à une hygiène artificielle, pour laquelle le sel de cuisine et les préparations à base de sel sont tout spécialement indiquées.

Le sel n'a pas seulement pour effet d'arrêter la putréfaction et l'épanchement du sang, mais encore il est hydroscopique et aspire ainsi le contenu des poches gingivales. Bien plus, le sel est hypertonique, car une faible solution à 0,9 % est déjà isotonique et dans ces conditions, il favorise tout particulièrement l'osmose. Cette dernière a été constatée expérimentalement. L'osmose entraîne pour les cellules une perte de liquide qui se trouve compensée par une accélération de la circulation sanguine. On obtient ainsi un accroissement de l'activité cellulaire qui provoque l'élimination des toxines et l'arrivée des nouveaux éléments de défense. Dans les états inflammatoires, la phagocytose se trouve également stimulée ainsi que l'ont prouvé les expériences. Les massages et rinçages au sel raffermissent les gencives flasques et amènent la disparition des saignements.

En outre, l'emploi du sel provoque une très forte salivation qu'il est difficile, dans la pratique, d'obtenir avec d'autres solutions. Les résidus alimentaires, les micro-organismes et les cellules épithéliales mortes sont entraînés et même là où le support organique fait défaut, il ne se produit pas d'incrustation de substances dures et par conséquent pas de tartre.

Le sel de cuisine et les préparations dans lesquelles il entre, sous réserve qu'elles soient chimiquement neutres et composées de substances inertes, nettoient la bouche, par des moyens biologiques, en agissant de l'intérieur vers l'extérieur, à l'inverse de tous les autres produits chimiques et médicamenteux qui agissent de l'extérieur vers l'intérieur mais, ce faisant, provoquent des altérations des tissus plutôt qu'ils ne tuent les microbes.

Le sel acquiert ainsi une importance prophylactique et thérapeutique de tout premier ordre. L. S,

DECHAUME M. et Mme CHAPUT A. — **Stomatites bulleuses.** (*Paradentologie*, N° 3, août 1947, p. 70 à 80).

Résumé. — Les auteurs rapportent deux cas de maladie de Duhring-Brocq à prédominance buccale et décrivent les symptômes caractéristiques permettant de faire le diagnostic.

Ils situent cette maladie dans le cadre des lésions vésiculo-bulleuses de la muqueuse buccale, décrivant les symptômes des différentes stomatites bullo-vésiculeuses, traumatiques, médicamenteuses, infectieuses, aphteuses et avitaminosiques. Ces stomatites étant éliminées, les auteurs distinguent ensuite trois affections :

La maladie de Duhring-Brocq ; l'Hygroma de Bazin ; le Pemphigus. dont le pronostic est différent.

Ils concluent en disant qu'ils ont employé préventivement l'arsenic (cacodylate de sodium) avec de bons résultats pour les deux cas de maladie de Duhring-Brocq qu'ils ont traités. L. S.

FRODE HILMING. — **Gingivite ulcéreuse chronique et infection focale.** (*Tandlaegebladet*, N° 8, août 1947, p. 121 à 131).

Il y a eu beaucoup de cas de gingivite ulcéreuse sous forme chronique au Danemark ces dernières années. En dépit de la rareté et du vague des symptômes (souvent les patients ne souffrent pas du tout et les dentistes ignorent la présence de l'affection), la gingivite ulcéreuse chronique ébranle fréquemment l'état général de la santé.

Une enquête portant sur 53 patients atteints de cette maladie a démontré que 24 d'entre eux se plaignaient d'une grande fatigue, de maux de tête, de troubles rhumatismaux et de dépression ou d'irritabilité : chez ces 24 personnes tous les symptômes d'ordre général ont disparu après le traitement des gencives malades.

21 sur 24 de ces malades accusaient un état sub-fébrile qui a cessé pendant les soins buccaux. De plus, on a trouvé que le taux de sédimentation augmenta chez 14 patients et devint normal après le traitement.

Les autres malades de ce groupe de 53, c'est-à-dire ceux qui ne présentaient aucun symptôme d'ordre général, n'offraient ni élévation de température, ni augmentation du taux de sédimentation.

On a donc mis en évidence l'infection focale dans un très grand nombre de cas de gingivite ulcéreuse chronique de faible gravité.

Le traitement de ces cas chroniques est souvent très difficile car les méthodes usuelles se révèlent pratiquement inefficaces pour nombre d'entre eux. Dans ces cas, la nouvelle découverte danoise « Eboson » (Ferrosan) (préparation de tissus) peut rendre d'appréciables services.

De 8 à 10 injections intramusculaires d'Eboson concomitantes à une thérapeutique locale, se sont révélées fort efficaces en apportant la guérison dans 90 % de 250 cas jusqu'alors désespérés et auxquels le traitement suivi depuis plusieurs mois déjà avec tous les autres remèdes, y compris la pénicilline, n'avait apporté aucune amélioration. C. J.

FRODE Hilming. — **Gingivite ulcéreuse chronique et infection focale.** (*British Dental Journal*, 1er août 1947, page 49).

L'auteur reconnaît quatre formes de gingivites ulcéreuses :

Aiguë, subaiguë grave, subaiguë pseudo-catarrhale et chronique.

Parmi tous les syptômes décrits, il en est un que souligne spécialement l'auteur et que l'on retrouve dans chacune des quatre formes. C'est la réaction douloureuse éprouvée par le patient lorsqu'on passe une sonde mousse dans les espaces interdentaires en exerçant une certaine pression, cette épreuve est presque pathognomonique. Cette épreuve est quelquefois la seule qui permette d'affirmer le diagnostic dans le cas de gingivite ulcéreuse chronique discrète.

L'auteur décrit ensuite les troubles généraux coexistants avec les troubles locaux (asthénie, dépression, température, etc...).

Il considère d'après l'examen de 53 patients : « Que la gingivite chro-

« nique ulcéreuse, souvent ignorée, affecte souvent la santé générale. Cela « est dû aux bactéries et plus probablement aux toxines que la mastication « fait passer dans la circulation sanguine«.

En dehors des antiseptiques usuels et antibiotiques, l'auteur signale les heureux effets de l' « Eboson » produit obtenu par broyage de mâchoires de jeunes veaux ; 8 à 10 injections intramusculaires d' « Eboson », en connexion avec la thérapeutique locale ont permis de guérir 125 cas considérés comme sans espoir.

Les récidives de la gingivite ulcéreuse chronique sont fréquentes. Il faut recommender patiemment le traitement. Avec l' « Eboson », il est exceptionnel de recommencer plus d'une fois.

Il est important pour le dentiste et pour le médecin que soit fait le diagnostic de la gingivite ulcéreuse chronique. Un certain nombre de cas de lassitude, de nécroses, d'états subfébriles sont ainsi rattachés à leur cause et utilement traités. L. S.

QUINTERO James. — **Chancre d'inoculation tuberculeuse de la gencive.** (*Revue de Stomatologie*, N° 7, 1947, p. 417 à 421).

Observation d'une fillette de 11 ans, qui est hospitalisée parce qu'elle présente une température persistante, une tuméfaction sous-angulo-maxillaire qui s'éternise.

L'examen buccal décèle une ulcération sanieuse grisâtre, indolore, dans le vestibule inférieur en regard des molaires.

On note également des phénomènes viscéraux, foie et rate augmentés de volume.

Le diagnostic est d'abord hésitant, on pense à la typhoïde, mais les examens bactériologiques sont négatifs.

Les divers traitements antiseptiques et antibiotiques n'amendent pas la lésion buccale, la température persiste entre 38 et 39.

Le Dr Bercher appelé en consultation émet l'opinion qu'on se trouve en présence d'un chancre d'inoculation tuberculeux ; la cuti-réaction faite quelques jours auparavant est fortement positive.

A ce moment une nouvelle radio montre l'apparition de signes pulmonaires. Les événements se précipitent, phénomènes méningés. On constate la présence de B. de Koch. Dans le ganglion, une dernière radio donne la confirmation d'une évolution miliaire typique.

L'auteur souligne : 1° la gravité de ces cas (heureusement rares) chez les enfants ; 2° la possibilité de frottis et de biopsies négatifs, par contre le bacille est toujours retrouvé. Le bacille Bovin est identifié lorsque l'origine peut être attribuée au lait cru ou au fromage blanc. L. S.

LÉGISLATION

KERLAN Irvin. — **La loi fédérale de « Nourriture et Médicaments », son incidence sur les produits dentaires.** (*Journal of the American Dental Association*, 15 juillet 1947, p. 111).

L'auteur expose les détails d'organisation qui ont découlé du vote de la loi, en 1906.

Tous les produits présentés doivent répondre à la concentration, à la pureté, ou à la qualité qu'ils sont sensés posséder.

La présentation par étiquette et tous imprimés et graphiques accompagnant l'objet doit être sincère.

L'étiquette doit porter le nom et l'adresse du fabricant, de l'empaqueteur et du distributeur, ainsi que la notification de la quantité contenue.

L'étiquette doit indiquer le mode d'emploi.

Lorsque les produits doivent être donnés sous le contrôle d'un médecin, d'un dentiste ou d'un vétérinaire, mention doit en être faite.

Pour ces produits, le fabricant adresse en général une littérature spéciale aux praticiens.

Une réglementation spéciale concerne les produits injectables. Indi-

cation des doses thérapeutiques et toxiques ; publication intégrale de la formule.

Des quantités déterminées de produits sont réclamés des fabricants aux fins d'expertise.

Dans la section des produits de beauté sont compris les dentifrices et les bains de bouche simples.

La réglementation en est moins sévère que celle des médicaments à condition toutefois que ces produits ne contiennent pas de matières toxiques.

L'article de M. Irvin Kerlan est intéressant car il permet de comparer les réglementations française et américaine. Il semble bien que les associations professionnelles jouent un rôle très actif dans la protection de la santé publique, en coopérant étroitement avec les agents fédéraux. Ceci explique peut-être que l'Administration de « Nourriture et Médicaments » (Food and Drug) puisse avec *moins de mille fonctionnaires*, assurer à travers les Etats-Unis l'application de la loi, et encore nous dit M. Irvin Kerlan, 650 de ceux-ci sont-ils employés à différents travaux scientifiques. L. S.

PATHOLOGIE BUCCO-DENTAIRE

BRABANT H. — **Les effets de certaines erreurs alimentaires sur les affections bucco-dentaires.** (*Revue Médicale de Liège*, août 1947, p. 426 à 431).

Les documents les plus anciens font ressortir que la carie dentaire a augmenté dans des proportions considérables avec les modifications apportées par la civilisation au régime alimentaire.

D'un certain nombre de faits relatifs à des peuplades restées longtemps fidèles à des régimes moins apprêtés, l'auteur souligne :

« Que chez ces peuplades absolument indemnes de caries, l'incorporation aux aliments de farine blanche, de sucre blanc, de conserves et d'aliments purifiés fait apparaître, après une ou deux générations, là où elle n'existait pas auparavant, la carie, dans des proportions considérables.

. . . . . .

« Le sucre blanc est un poison pour les dents, de même que les farines très blanches, les patisseries et les bonbons consommés en grande quantité ».

La diminution de la ration de sucre pendant la guerre s'accompagne de la diminution du nombre des caries malgré la sous-alimentation. Le fait est signalé en France, en Hollande, en Suisse, en Italie.

Les conclusions de l'auteur sont toutes intéressantes et nous nous faisons un devoir de les reproduire intégralement :

Quelles conclusions pouvons-nous tirer de ceci ? D'abord, c'est surtout chez le jeune enfant qu'il faut contrecarrer les influences funestes de notre alimentation erronnée — et chez la future maman. Avec Mrs Mellanby on peut affirmer : d'abord qu'il est possible d'obtenir des dents plus résistantes par l'alimentation, ensuite que la carie des enfants peut être améliorée et même arrêtée par un changement adéquat du régime. Là, nous ne pouvons qu'approuver et répéter les préceptes édictés par Boisson et par Brull : chez l'enfant, le moins possible de sucre blanc, de bonbons, de pain et de pâtisserie à base de farine blanche (encore que pour exercer son action néfaste sur les dents, le sucre devrait être ingéré pendant assez longtemps, selon King), au contraire, donner à l'enfant du sucre non raffiné en quantité modérée, un demi à un litre de lait chaque jour (Brull insiste également sur la grande valeur nutritive de cet aliment), du fromage, du pain de froment complet, des fruits sans excès, le moins possible de conserves, enfin, éviter le plus possible la destruction des vitamines lors de la préparation des aliments.

Chappelle a consacré une petite étude fort intéressante à la façon d'éviter la destruction des vitamines dans les aliments. En voici un résumé : « Ne pelez pas les pommes de terre et n'enlevez pas les « yeux » avant de les cuire, car les éléments les plus utiles sont contenus dans ces parties. Il ne faut pas écraser les pommes de terre, l'air détruisant les vitamines. Il faut plutôt les faire bouillir en « robe des champs » et les peler ensuite.

« La cuisson prolongée détruisant les vitamines, il faut couper les légumes de façon à assurer leur cuisson dans le temps le plus court. De plus, la recuisson et la conservation détériorant les vitamines, il vaut mieux préparer la quantité de légumes nécessaires pour un seul repas. Si l'on mange au restaurant, il faut y aller de bonne heure pour avoir des aliments fraichement préparés et qui n'ont pas été tenus au chaud pendant plus d'une heure. Utilisez dans les potages le liquide dans lequel on a fait cuire les légumes, car il contient la plupart des vitamines et des minéraux solubles.

« Les produits utilisés pour conserver la couleur des légumes détruisent les vitamines.

« Evitez de frire les aliments. Evitez aussi l'excès de sel, de poivre et de condiments.

« L'oxydation détruit rapidement les vitamines, donc ne grattez et ne coupez les légumes et les fruits pour salade que juste avant de servir. Préparez l'assaisonnement en même temps.

« Enfin, employez modérément le beurre, le lard, l'huile, car l'excès de graisse retarde la digestion et gêne l'absorption de certains minéraux des plus utiles. »

En ce qui concerne le rôle de la vitamine C dans la pathogénie des gingivites ; je renvoie ceux qu'intéresse cette question si controversée à l'article que j'ai publié avec Heusghem et Rassart dans la *Revue Médicale de Liége* (2/1947).

Disons pour terminer quelques mots de la parodontose. Nous avons vu qu'elle était « aussi vieille que l'homme lui-même ». On a longtemps admis qu'il y avait entre le développement de la carie et le développement de la parodontose, une sorte d'antagonisme. Pour Held et d'ailleurs pour d'autres auteurs, *cet antagonisme n'a été que temporaire et est en train de disparaître*. De plus, les parodontoses généralisées que nous observons aujourd'hui ne semblent rien avoir de commun avec les résorptions alvéolaires en foyer incidemment observées chez les primitifs. Les parodontopathies atrophiantes actuelles des civilisés représentent un processus atteignant l'appareil de mastication *dans son ensemble*, ce qui n'exclut pas d'ailleurs la possibilité de lésions accidentelles qui viennent s'y surajouter fréquemment. Ces constatations sont confirmées par ce que l'on peut observer chez les animaux dont le genre de vie et d'alimentation se rapprochent de celui de l'homme, chez le chien en particulier. (Held).

D'autre part, j'ai insisté, en parlant de la carie, sur l'importance d'une forte consistance alimentaire nécessitant une mastication prolongée. *Cette exigence s'applique également à la prévention de la parodontose.* On sait aujourd'hui qu'une alimentation molle, inconsistante, ne nécessitant aucun effort appréciable de mastication entraîne un relâchement des ligaments de la dent. Par contre, une alimentation dure, exigeant un effort masticatoire soutenu, entraîne, si l'articulé est correct — et il faut le rendre correct chez l'enfant s'il ne l'est pas — une condensation osseuse péridentaire et un renforcement ligamentaire. Cela est si vrai que lorsque l'on veut enlever une dent fortement implantée dans la mâchoire, il suffit de meuler légèrement sa face triturante pour lui faire perdre le contact avec l'antagoniste et de l'abandonner ainsi pendant trois ou quatre semaines, et le plus souvent, l'extraction s'opère avec beaucoup plus de facilité. L'effort moindre demandé à la dent a entraîné une décompression osseuse péridentaire et un relâchement des ligaments.

Le fait de croquer chaque jour des légumes crus, des croûtes ou des fruits durs, tels que carottes, radis, pommes, etc., constitue un bon moyen d'accroître le travail de mastication. Chez l'enfant, la mastication de légumes ou de fruits crus et durs représente également un moyen efficace de lutte contre la carie. On sait que le frottement d'aliments durs sur les surfaces cariées des dents augmente chez certains enfants la formation de dentine secondaire réparatrice, notamment dans la première grosse molaire si sujette à la carie dans le jeune âge. L. S.

FODOR GYÖRGY Istvan. — **Eredmérujek és eredménytclenségek az àllcsontok gyacliadàsos betegségeinek penicillinkezelésében.** (*Fogorvosi Szemle* (Revue de Stomatologie Hongroise), septembre 1947, p. 240).

Résumé français. — Du fait des relations anatomiques différentes, il résulte qu'en général les inflammations graves et les complications dangereuses sont plus fréquentes au maxillaire inférieur. Pour ces raisons l'auteur conseille l'emploi de la pénicilline pour les phlegmasies graves du maxillaire inférieur.

Il rapporte un certain nombre d'observations où la pénicilline a été employée au début pour enrayer une inflammation grave.

La maladie a toutefois suivi son cours habituel avec cette différence que l'évolution a été moins spectaculaire. Les patients ont donc bénéficié de cette médication.

D'après l'auteur la pénicilline ne peut empêcher la maladie d'évoluer car la thrombose des petits vaisseaux au niveau des lésions est précoce et cette thrombose empêche précisément le médicament d'arriver sur les lieux mêmes où l'infection a débuté.

La pénicilline agit bien sur les parties molles dans les cas de suppuration. Dans les cas d'infection grave de l'os mandibulaire, l'intervention chirurgicale s'impose. L. S.

FRANKL J. — **Penicillin treatment of inflammations of marginal gums caused by Vincent's infection. Traitement par la pénicilline des inflammations de la bordure gingivale causées par la maladie de Vincent.** (*Paradentologie*, N° 3, août 1947, p. 80 à 85, 3 figures).

Résumé français de G. D. — Parmi les infections du parodonte, celle due à l'angine de Vincent est la plus sensible au traitement à la pénicilline. Elle peut être traitée par un brossage local avec une solution gélatineuse contenant 5.000 unités Oxford par cm³.

Dans les cas graves et surtout si l'infection se généralise, des injections intra-musculaires et intra-veineuses seront nécessaires. Melczer et Frankl ont trouvé un dissolvant gélatineux de la pénicilline qui, ajouté à la solution, permet de conserver un pH favorable. L'élimination de cette solution est retardée, ce qui lui permet de séjourner 7 à 9 heures dans l'organisme. Cette qualité fait qu'une seule injection est ordinairement nécessaire.

La preuve du pouvoir spécifique de la pénicilline sur l'angine de Vincent est la réaction de Jarisch-Herxheimer : la flore microbienne de Vincent disparaît, alors que, pour un certain temps, les corpuscules élémentaires du virus se multiplient ; plus tard la flore redevient normale. Pour éviter la récidive, un traitement local de la bouche, fait par un spécialiste, accompagnera le traitement général.

Il conviendra de surveiller aussi les réactions de la gencive lors de tout traitement antisyphilitique, surtout en présence d'une parodontose.

La pénicilline, en supprimant rapidement les inflammations gingivales consécutives à l'angine de Vincent, contribue à éviter la destruction irréparable du parodonte au cours de cette affection.

MÜHLEMANN H. R. — **Perorale Penicillintherapie bei beginnender Parulis. Pénicillothérapie par voie buccale au début d'abcès périapicaux.** (*Revue Mensuelle Suisse d'Odontologie*, septembre 1947, p. 741 à 755, 6 tableaux). Résumé français de M. Bonsack.

L'auteur a fait consciencieusement abstraction du postulat de Flemming qui exige un examen bactériologique pour déterminer l'indication d'un traitement à la pénicilline. Il s'est surtout préoccupé de la possibilité d'une résorption suffisante de la pénicilline dans le tractus gastro-intestinal. Les opinions des auteurs diffèrent au sujet de la faculté de résorption et de la destruction de la pénicilline dans l'estomac. On admet qu'il faut une concentration de 0,019 à 0,156 unités/cm³ dans le sang pour obtenir une action. Les infections pyogènes demandent au moins 0,05 unités/cm³. Cette concentration ne dépend pas seulement de la faculté d'absorption,

mais de la rapidité de l'élimination, qui peut être; pour de la pénicilline administrée *per os*, de 12 à 23 % en moyenne dans l'urine. La concentration est plus forte par administration dans un estomac à jeun. La localisation de l'infection joue également un rôle.

L'auteur a fait ses expériences avec la Per-Os-Cillin de Hoffmann La Roche (sel calcique de penicillum notatum, accompagné de composés d'aluminium, de calcium et de magnésium) présentée sous forme de tablettes contenant 25.000 unités.

La concentration la plus forte est observée une heure après l'administration *per os* (sujet à jeun) pour disparaître au bout d'une à deux heures. Cette concentration dépend aussi de la dose administrée.

Résultats cliniques. — L'auteur insiste sur le fait qu'il n'a traité que des cas à leur début et où l'on ne pouvait faire de drainage ni par le canal, ni par voie osseuse.

Si l'on ne tient pas compte du système digestif, on observe 22 % d'échecs, 58 % de réussites, 10 % de réussites probables et 10 % de cas douteux. Les cas de réussites avaient des troubles intestinaux dans 24 % des cas avant le début du traitement, tandis que dans les cas d'échecs ou de réussites douteuses, il y en avait 55 %. On peut en déduire une influence de ces troubles sur l'efficacité du traitement. Si l'on prend seulement les cas sans troubles intestinaux on obtient 83 à 89 % de réussites. Les échecs sur patients à régime végétarien sont de 17 %, alors que ceux des carnivores montent à 50 %. Les symptômes d'amélioration se montrent au bout de deux à dix heures. Un léger effet laxatif se manifeste dans 50 % des cas, mais l'auteur n'a jamais observé de réactions rénales, hépatiques, nerveuses ou sanguines.

Posologie. — L'auteur recommande une dose initiale de choc de 150.000 à 200.000 unités, suivie toutes les 90 minutes de doses complémentaires de 50.000 à 100.000 unités pour aboutir à un total de 600.000 unités.

ROCHETTE (Dr M.). — **La Pénicillothérapie-retard**. (*Information Dentaire*, 27 juillet 1947, p. 842).

Présentation d'une nouvelle utilisation de la pénicilline.

La pénicilline-retard offre un certain nombre d'avantages.

Les manipulations préparatoires sont simplifiées.

Les préparations sont beaucoup plus stables, elles peuvent être conservées en dehors de la glacière.

On peut maintenir une concentration médicamenteuse dans le sang plus longtemps (3 jours au lieu de 24 heures).

Par suite, le nombre des injections intramusculaires peut être ramené de 8 à 1 par 24 heures.

D'où la possibilité de pratiquer des traitements ambulatoires, supprimant ainsi l'hospitalisation. Le seul point noir est la difficulté d'obtention de la pénicilline-retard dont l'importation n'est pas encore assurée.

L. S.

P. COUTURIER. — **Contribution à l'étude de l'électivité focale d'origine dentaire**. (*Annales Odonto-Stomatologiques*, juillet 1947, p. 161 à 222, 44 références bibliographiques).

Travail important. — L'auteur décrit les différentes étapes des recherches. Il commence avec Rosenow en 1927. A cette époque la théorie de la « focal infection » prévaut à la suite des travaux américains. Les praticiens des U. S. A. considéraient que nombre d'infections générales, à première vue fort disparates, relevaient de l'existence en un point éloigné de foyers microbiens limités, à marche torpide ne s'objectivant que par des signes cliniques insignifiants.

Les foyers d'infection focale sont décrits en différents endroits et notamment dans les amygdales, dans les arthrites apicales chroniques, dans les foyers de la pyorrhée alvéolaire.

Au début 1927 des guérisons spectaculaires viennent à l'appui de la théorie de Rosenow qui apporte le résultat de ses examens bactériologiques.

Après l'enthousiasme du début, la théorie de Rosenow est révisée.

En 1939, on admet qu'elle répond à un certain nombre de cas cliniques mais qu'elle ne saurait prétendre à les expliquer tous.

Lonneville lui adjoint la théorie de l' « allergie focale » qu'il assimile dans une certaine mesure à des phénomènes anaphylactiques. Dans l'allergie dentaire, l'antigène est streptococcique. La chronicité du foyer est indispensable à son déclanchement, car elle permet :

1° La localisation des phénomènes ;

2° La sensibilisation par la colonie primaire bactérienne exogène ;

3° La réactivation par la substance protéinique déchaînante amenée par voie sanguine.

Les théories associées de l'allergie et de l'infection focales sont enfin complétées par la notion d'irritation focale (1939, Lonneville) qui explique d'une manière satisfaisante certaines affections dont l'origine dentaire a été démontrée (pelade, névrites, paralysies, névralgies, synalgies).

Ce « sont des réponses nerveuses à une irritation nerveuse siégeant « dans le domaine du trijumeau et ceci chez un prédisposé » (paludéen, diabétique, hérédo-spécifique).

L'auteur relate ensuite un certain nombre de faits anatomiques, expérimentaux, *in vivo* et *in vitro*, qui lui permettent d'affirmer sa conviction.

Il décrit ensuite les manifestations cliniques de l'électivité focale d'origine dentaire. Manifestations pulmonaires, digestives, les états anémiques, les lésions cardiaques articulaires, oculaires, les réactions fébriles et les retentissements sur le système nerveux, troubles sensitifs, moteurs, sensoriels, vaso-moteurs, trophiques.

Le traitement doit être local et général, localement l'auteur admet que « l'extraction généralisée ne doit plus être de mode » les divers procédés conservateurs sont passés en revue.

Le traitement local peut ne pas apporter de soulagement, d'abord parce que les troubles généraux ne sont pas en rapport avec un foyer bucco-dentaire et même s'ils ont été liés à l'origine, ils ont depuis évolué pour leur propre compte.

Traitement général. — *Traitement désensibilisateur* préconisé par I. Yoder, extraction suivie de deux curettages, le premier huit jours après, le deuxième deux jours après le premier.

Vaccinothérapie par auto-vaccin.

L'auteur conclut à la nécessité d'une collaboration étroite entre le médecin général et le spécialiste, il souhaite que les programmes d'étude donnent une large place à la pathologie générale. L. S.

Dechaume M. — **Le rôle du sympathique en stomatologie**. (*Médecine et Hygiène*, 15 août 1947, page 271).

Par le détour des troubles vaso-moteurs, de petites lésions nerveuses périphériques, sans importance apparente peuvent dérégler à distance l'harmonie de la vie des tissus et des organes (Leriche).

Partant de ces prémisses, l'auteur examine le rôle du synpathique dans la production et le développement de la carie dentaire. L'existence de troubles trophiques indéniables peut évidemment être rapportée à des perturbations du système sympathique. Nous pensons cependant que M. Dechaume entraîné par sa conviction qu'il veut nous faire partager, dépasse un peu ses propres convictions lorsqu'il écrit : « Bien plus, comment admettre « qu'une cause externe quelconque puisse agir dans l'existence préalable « d'un trouble trophique de l'odontoblastes. »

Il est non moins certain que certains régimes sont capables de décalcifier les dents rapidement en dehors de toute atteinte préalable des odontoblastes (jus de citron, travailleurs des sucreries, distillerie, etc...). Que les troubles odontoblastiques suivent de près cette atteinte par voie externe est vraisemblable, mais dans ces cas très précis, il semble bien que le début soit d'ordre strictement physico-chimique. (Voir le travail de Mme A. Cartier dans les *Annales Odonto-Stomatologiques*, août 1947).

Nous avons vu successivement la théorie chimique, la théorie parasi-

taire, puis une association des deux thèses, maintenant les idées évoluant avec les progrès de l'histopathologie l'origine trophique gagne du terrain. La vérité qui s'élabore lentement fera probablement état de toutes ces théories, les réunissant dans une synthèse plus satisfaisante.

M. Dechaume ayant donné toute sa valeur à l'action du sympathique en tire des déductions d'ordre thérapeutique qui méritent de retenir notre attention. Il est très vraisemblable que les douleurs provoquées par l'extirpation de filets radiculaires encore sensibles puissent agir sur le sympathique et engendrer des désordres organiques.

L'avulsion dentaire accompagnée d'injection anesthésiante locale traumatise doublement le système sympathique par l'action médicamenteuse, par les manœuvres chirurgicales. M. Dechaume, parle justement de l'échauffement des tables osseuses réséquées à la fraise, nous pensons qu'il aurait même pu dire la brûlure des tables osseuses qui détruit les cellules osseuses vivantes comme elle tue les pulpes des dents meulées sous anesthésie locale. La thérapeutique logique consiste en injections de novocaïne sans adrénaline autour de l'artère faciale ou de l'artère temporale. Les manœuvres chirurgicales doivent être aussi peu traumatisantes que possible, les lavages antiseptiques doivent être faits à chaud et sous une faible concentration.

L'auteur examine ensuite le rôle des troubles sympathiques dans les traumatismes maxillo-faciaux, dans les fractures des maxillaires, dans les ostéites et ostéomyélites des maxillaires, dans les stomatites odontiasiques, dans les arthrites temporo-maxillaires et dans les glandes salivaires.

Toutes ces affections, évoluent plus favorablement si, conjointement au traitement classique, on institue un traitement des troubles du système sympathique consistant principalement en infiltration de novocaïne isotonique et tiède au voisinage du tronc artériel dont dépend le territoire intéressé. L. S.

Louvel-Bert René, Professeur à l'Université de Concepcion (Chili). — **Tuberculosis bucal.** (102 pages, 36 figures).

Conclusions de l'auteur. — Nous avons étudié 21 malades (6 femmes et 15 hommes). De ces 21 malades, 15 présentaient des lésions tuberculeuses de la bouche ; 4 des lésions ulcéreuses banales et 2 des lésions de diagnostic imprécis sans pouvoir affirmer leur spécificité ou leur banalité.

Les personnes jeunes sont plus facilement atteintes ; nous avons observé 14 cas de 17 à 33 ans et seulement 5 de 40 à 58 ans. Il y a deux cas dont l'âge n'a pas été mentionné dans le protocole d'autopsie.

Dans son travail, notre collaboratrice, M^lle^ Espinoza n'a pas constaté un pourcentage de caries dentaires plus élevé parmi les tuberculeux que parmi les individus qui sont en bonne santé ou bien atteints d'autres maladies. Les gingivites banales que nous avons vues, étaient dues au tartre mou (materia alba), nous semble-t-il, comme une réaction allergique de la gencive qui ressort sur la couleur si pâle du reste du tissu gingival. C'est pour cela que nous n'attachons aucune importance au signe de Fréderich-Thompson. (Le liseré gingival congestif n'a pas la valeur diagnostique que lui attribue son auteur).

Notre collaboratrice, M^lle^ Vivaldi déclare dans sa thèse que dans ses autopsies, 100 % des cas avaient les amygdales attaquées ; Espinoza et nous n'avons pas vu la même chose à la clinique, mais cela pourrait s'expliquer en pensant que ces organes auraient la probabilité d'être attaqués surtout durant les derniers instants de la vie du malade, quand l'organisme ne se défend plus ; d'un autre côté, comme nous ne sommes pas oto-rhino-laryngologistes, il est bien possible que nous n'ayons pas su voir ces lésions dans la bouche de nos malades.

Les lésions tuberculeuses les plus fréquentes de la muqueuse buccale sont celles du type ulcératif.

Nous avons trouvé dans nos cas :

7 ulcérations des gencives des dents antérieures du haut ;
2 des gencives des prémolaires et des molaires supérieures ;

4 des gencives du maxillaire inférieur ;
2 des gencives des dents antéro-inférieures ;
2 du palais dur ;
1 du frein de la lèvre supérieure ;
1 du pilier du voile ;
1 de l'amygdale ;
4 de la muqueuse des joues ;
2 du sillon gingivo-jugaal ;
4 de la langue ;
2 ostéites du maxillaire supérieur ;
4 ostéites du maxillaire inférieur ;
1 lupus nasal, gingival, palatin ;
1 ostéomyélite du maxillaire inférieur.

Ces ulcérations ne se produisent pas uniquement par la présence de mauvaises dents ; elles peuvent se produire dans n'importe quelle région de la muqueuse buccale.

Ce sont des lésions absolument rebelles à tout traitement.

Les lésions buccales sont secondaires à une tuberculose du poumon, de l'intestin, du larynx, etc...

En face d'un malade ayant une lympho-adénite d'origine tuberculeuse, nous devons chercher les foyers dentaires, gingivaux ou osseux ; quelques auteurs ont trouvé des bacilles de Koch dans des caries au quatrième degré et des granulômes radiculo-dentaires ; c'est pour cela que, dans ces circonstances, nous conseillons l'avulsion systématique des dents douteuses.

Nous pensons qu'il est indispensable de faire l'examen systématique et minutieux de la cavité buccale des tuberculeux ainsi que l'avulsion des dents en mauvais état ; d'éliminer le tartre et d'employer le traitement conservateur comme moyen prophylactique.

Les lésions de la muqueuse buccale des malades tuberculeux se produisent surtout dans le tissu gingival, dans la muqueuse des joues et moins fréquemment dans les maxillaires, les lèvres et le palais ; naturellement cette façon d'attaque peut changer à l'autopsie, car il ne faut pas oublier que dans l'état préagonique la perte des défenses rend possible une plus grande invasion des bacilles de Koch dans les muqueuses et la production d'autres lésions dans d'autres régions de la bouche.

Comme notre travail est seulement clinique, nos conclusions ne concernent que cet aspect du problème.

Quant à la façon dont se produit l'affection muqueuse, nous pensons qu'elle est sous la dépendance de l'infection par les crachats bacillifères possiblement en face de la solution de continuité de la muqueuse et de la diminution de la défense du milieu buccal.

MAUREL G. — **Tumeurs odontoplastiques à caractère familial.** (*Revue Odontologique*, mai 1947, 32 pages, 36 figures).

A propos de cinq cas cliniques diagnostiqués et opérés par lui-même, l'auteur étudie, aux points de vue historique, étiologique, anatomo-pathologique, pathogénique, classification et thérapeutique, les lésions qui ont ceci de remarquable qu'elles ont été trouvées dans une même famille.

Deux adultes un homme et une femme frère et sœur, trois enfants, l'un fils du premier patient, les deux autres fils et fille de la deuxième patiente.

Tous ces sujets ont été trouvés porteurs de tumeurs contenant des tissus dentaires calcifiés, dents anormales, plus ou moins volumineuses.

Comme traitement, M. Maurel n'envisage que l'éxérèse chirurgicale indispensable en cas de déformation apparente, d'autres fois, au contraire, il conseille l'abstention surveillée.

L'hypothèse émise par M. G. Maurel que l'opération précoce est susceptible d'empêcher la reproduction dans les générations suivantes des lésions décrites, soulève un grave problème de génétique, il est prudent, étant donné les acquisitions actuelles dans ce domaine, de s'abstenir de toute conclusion. L. S.

PROTHÈSE

COGSWELL Walter F., en collaboration avec COGSWELL W. W., COGSWELL K. J. — **Boppy-pin destruction of the incisal edges of upper anterior teeth. Mutilation des bords triturants des dents supérieures et antérieures par les épingles à cheveux.** (*Dental Digest*, N° 8, août 1947, p. 386 à 391, 19 figures).

Exposé des réalisations des Drs Cogswell relativement à ce que faute d'un meilleur terme ils ont dénommé «boppy-pin notches». Zones d'abrasion des bords et angles des bords libres et des angles des dents antérieures et supérieures des femmes et jeunes filles.

Leurs observations ont porté sur de jeunes femmes entre 19 et 25 ans.

Pour résoudre le problème soulevé par cette mutilation, ils ont réalisé un appareillage en résine acrylique destiné à ouvrir les épingles. La description de cet appareillage est donnée dans cet article.

Parmi les jeunes femmes examinées, environ 60 % présentent des mutilations évidentes.

Afin d'aider les dentistes à identifier les lésions par « bobby-pin », les types les plus fréquemment rencontrés sont décrits et illustrés. L. S.

FISH (E. Wilfred). — **Tongue space in full denture construction. Le volume lingual dans la construction des dentiers complets.** (*British Dental Journal*, 3 octobre 1947, N° 7, p. 137 à 142, 11 figures).

Résumé de l'auteur. — Le sujet de cette communication est de faire ressortir l'importance de l'aménagement dans les dentiers complets d'un espace suffisant pour la langue.

La position des dents antéro-supérieures et la hauteur de l'articulé sont indiqués comme les facteurs de base dans la détermination de cette qualité dans la construction des dentiers complets.

Certains procédés sont décrits comme propices à fournir des indications lorsque le patient porte un ancien dentier. L. S.

ROCHES J. P. — **Technologische untersuchungen über zahnärztliche schmelz- und guszverfahren. Essais comparatifs des différents procédés de fonte et de coulée.** (*Revue mensuelle Suisse d'Odontologie*, janvier 1947, p. 1 à 24, 16 figures, 4 tableaux, 8 références bibliographiques.)

Résumé français de M. J. P. Roches. — Le but de notre travail était d'expérimenter de nouvelles méthodes en vue de comparer les résultats des différents procédés de coulée en art dentaire.

Nous nous sommes servis du contrôle du poids spécifique, qui est en relation directe avec la porosité des coulées et des rayons X pour localiser l'emplacement des pores.

Nous avons aussi soumis les corps d'essai à des épreuves de résistance et nous avons ensuite photographié une partie des sections transversales des fractures.

Pour ces expériences, dix corps d'essai ont été coulés avec la presse Solbrig, dix avec la fronde Bardet et dix avec l'appareil à air comprimé Adler. A titre de comparaison dix masses du même poids environ que les corps d'essai ont été fondues sans être coulées.

Le cadre de ce travail ne permet pas encore de tirer des conclusions définitives sur ces trois procédés de coulée. Il s'agissait avant tout d'étudier la possibilité d'appliquer des méthodes d'essai de l'industrie métallurgique dans le domaine de la métallographie dentaire.

Cette réserve faite, nos expériences ont démontré que la presse Solbrig offre les meilleures coulées, les moins poreuses et les plus résistantes. La fronde donne les plus mauvais résultats et l'appareil Adler se classe entre ces deux procédés.

Pour les petits objets (inlay, couronnes, etc.) les petites différences de poids spécifique et de résistance à la traction n'ont peut-être pas grande importance, mais pour les ponts, barres, bases complètes et attelles, la porosité plus fréquente de la fronde entraîne un danger certain pour la solidité de l'objet coulé.

RADIOTHÉRAPIE

ADLER (Peter). — **Radiothérapie de la douleur suivant l'obturation des racines.** (*Dental Items of Interest*, juin 1947, p. 513).

Les chiffres du tableau joint montrent que dans la plupart des cas (12 sur 19), la douleur fut arrêtée dans les 24 heures et diminuée dans cinq cas. L'irradiation sur un patient de deux incisives fut suivie d'insuccès.

D'après l'opinion des auteurs, l'irradiation des patients souffrant, après l'obturation des racines est une aide appréciable dans le traitement. Malheureusement les appareils dentaires ne se prêtent pas aux applications thérapeutiques, ainsi la coopération avec un radiographe est indispensable.

L'usage des rayons X après l'obturation des racines, ou leur traitement, peut être accompli en dépit d'une légère douleur périodontique si la racine peut être séchée.

Par ce procédé la durée et le nombre des séances de traitement dans la gangrène sont considérablement réduits, naturellement pas jusqu'au point de recommander la méthode rigoureuse employée dans nos expériences consistant à obturer en une séance les dents à pulpe gangrénée, afin de démontrer l'efficacité des irradiations. Le raccourcissement du traitement de la gangrène est d'importance vitale dans tous les services publics consacrés à la préservation des dents des patients.

SALIVE. - GLANDES SALIVAIRES

BERCHER J. et PARRET J. — **Sialodochites** (1) **et troubles réflexes parotidiens.** (*Revue de Stomatologie*, N° 7, 1947, p. 409-416).

Relevé de quatre observations de troubles au niveau de la glande parotide, consistant principalement au point de vue fonctionnel en rétention salivaire.

L'examen physique, chimique et bactériologique de la salive est pratiqué suivant la technique exposée dans la *Revue de Stomatologie* de 1939, p. 633, par MM. Bercher et Sohier.

On note des modifications diverses de la salive qui peut se présenter sous des apparences diverses depuis un état subnormal jusqu'à une consistance muco-purulente. Dans toutes ces observations les cultures tentées sont restées stériles.

Grâce à l'examen clinique on a toujours relevé au voisinage de l'ouverture du canal de Sténon une épine irritative, crochet d'une prothèse mal ajusté, dépôt de tartre volumineux, etc...

Il a suffi de supprimer cette cause pour obtenir rapidement une guérison complète.

Il restait à interpréter ces symptômes et spécialement à en rechercher l'étiologie, la très légère infection constatée cadrant mal avec l'importance des troubles fonctionnels.

Faisant intervenir la capacité réflexogène du nerf trijumeau, les auteurs estiment qu'on se trouve en présence de troubles nerveux déclanchés par une épine irritative.

(1) De Σίαλον salive, et Δοχή; qui contient, qui reçoit.

THÉRAPEUTIQUE DENTAIRE

GUNNAR Björlin. — **Några försök rörande lokal användning av pharmatiazol och sulfasept vid kirurgiska ingrepp i alveolarbenet.** (*Svensk Tandläkare-Tidskrift*, août 1947, p. 479, 6 tabeaux, 35 références bibliographiques).

Sommaire et conclusions. — Des poids connus de sulfathiazol (pharmathiazol) ou d'un mélange de sulfanilamide (75 %) et de sulfapyridine (25 %) (sulfasept) ont été déposés dans des cavités préalablement préparées dans des mâchoires de chiens et dans des plaies d'extraction chez des chiens et chez des sujets humains. Le montant du médicament encore présent à des intervalles variés a été évalué par des procédés chimiques.

Dans aucun des cas où la dose initiale fut inférieure à 5 milligrammes, il ne fut rien décélé après trois jours.

Avec des doses de 37 milligrammes, des résidus purent être mis en évidence après plus de sept jours. Ceux-ci étaient assez importants pour maintenir une haute concentration locale.

Les doses préconisées dans la littérature pour l'emploi local des sulfamides en chirurgie alvéolaire paraissent inutilement élevées.

GWINN C. D., GRIMM D. H. et FERBER E. W. — **Emploi buccal de mousse de fibrine et de thrombine dans la prévention et le traitement des hémorragies post-opératoires.** (*Journal of the American Dental Association*, juin 1947, pages 7 à 11).

Compte rendu de trente et un cas où la mousse de fibrine associée à la thrombine fut employée pour la prévention et le traitement des hémorragies post-opératoires. Tous les patients furent traités avec succès, sauf un qui présentait une hémorragie spontanée (en dehors de toute avulsion dentaire), en rapport avec de graves troubles généraux.

L'emploi de la médication est simple. Les tissus ne semblent pas souffrir d'irritation, et il ne semble pas qu'il y ait un retard dans la guérison. On ne peut non plus affirmer que les alvéoles ainsi traités guérissent plus vite que les autres.

Il est nécessaire d'appliquer le médicament directement sur le point de saignement. Il n'est pas possible d'exercer une forte pression. L'arrêt de l'hémorragie dépend de l'action du médicament sur la formation du caillot et non de la pression exercée.

Cette médication doit prendre place dans la pratique de la chirurgie buccale. Elle représente l'agent le plus efficace que nous ayons trouvé depuis longtemps pour le traitement des hémorragies après extraction.

A l'heure actuelle le prix de ce médicament en restreint l'emploi. Lorsqu'un flacon est ouvert il doit être employé dans un court délai, il ne peut être stérilisé à nouveau.

REVUE DES LIVRES

ANTHROPOLOGIE

HARTWEG R. — **Remarques sur la denture et statistiques sur la carie en France aux époques préhistorique et proto-historique.** (*Bulletins et Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris*. Tome sixième, IXe série, 1945. Pages 71 à 113, XV tableaux).

L'étude de plus de 15.000 dents a permis à l'auteur de tirer des déductions basées sur un nombre de pièces qui exclue dans une certaine mesure les erreurs inhérentes aux statistiques reposant sur des documents peu nombreux.

Les dents ont été divisées tout d'abord en trois groupes principaux :

1° Période néolithique (environ 13.000 dents) ;

2° Période gauloise (500 dents) ;

3° Période romaine (1.400 dents).

Chacun des groupes a lui-même été subdivisé d'après l'origine géographique : Massif Central, Bassin Parisien, Ouest, Sud-Est, Est, etc.....

L'auteur insiste sur l'utilité de fixer les dents dans leurs alvéoles, afin de faciliter les études ultérieures, une dent séparée de son maxillaire étant difficilement identifiable au point de vue chronologique.

La meilleure façon semble être de déposer dans le fond de l'alvéole une petite boulette de pâte à modeler. Ce procédé permet d'enlever facilement la dent pour l'étude des racines.

Terminologie et nomenclature. — L'auteur propose, entre autres, d'utiliser les mots lingual, labial, proximal, distal, etc..., nous pouvons regretter que le mot vestibulaire ne figure pas dans cette énumération. Il remplacerait sans ambiguité le mot labial qui n'est vraiment exact que pour les dents antérieures, il est excessif de parler de la face labiale d'une molaire, pages 80, 83, 87, etc..., le mot « jugal » serait plus indiqué.

L'emploi du mot « vestibulaire » satisferait les anatomistes les plus exigeants.

Par contre l'emploi du mot « proximal » pour désigner la face que les dentistes nomment généralement « mésiale » paraît plus rationnel.

Rappelant des travaux de H. V. Vallois et M. Boule pour la fin du Paléolithique supérieur d'Afrique du Nord (3,40 % de caries sur 800 dents) et de H. V. Vallois pour le mésolithique, l'auteur souligne que la carie devient vraiment répandue à partir du néolithique. A partir de cette époque, « elle ne cesse de croître en fréquence, en gravité, en rapidité d'évolution ».

Néolithique du Massif Central.....	2,81 %
Ensemble du néolithique en France	3,81 %
Gaule pré-romaine.....	6,34 %
Gaule romaine	11,35 %
Epoque actuelle (J. Ferrier)	33 %

Localisation des caries. — Les caries de la face masticatrice, rares au néolithique, deviennent de plus en plus fréquentes lorsqu'on arrive à la période romaine.

La carie du collet est la normale des époques anciennes.

Comme de nos jours, les dents supérieures sont plus souvent atteintes que les inférieures, les deux côtés sont également touchés, et on note très souvent des caries symétriques.

Les dents temporaires sont en général indemnes.

L'évolution des caries devient plus rapide à mesure qu'on approche de la période contemporaine.

L'influence de la civilisation paraît prédominante, le facteur racial, au contraire, semble jouer un rôle très effacé. L. S.

Ch. LAPORTE. — **La dent et l'évolution de la place de l'homme dans la nature**. (Thèse pour le Doctorat en Médecine, soutenue à la Faculté de Toulouse, 1947 ; éditée par : Imprimerie du Sud, 24, rue de Négrenegs, 221 pages, 75 figures, à Toulouse).

La thèse de M. le Dr Ch. Laporte est un ouvrage fort important, nous sommes bien loin du petit travail bâclé hâtivement comme un dernier pensum imposé par les règlements avant l'obtention du « *Dignus est intrare* ».

L'auteur a délibérément franchi le cercle de la culture médicale officielle. Il ne s'est pas contenté de contempler et d'étudier l'anatomie et la physiologie bucco-dentaires de ses contemporains.

Il nous a résumé toute l'évolution et en particulier toute l'histoire de l'humanité, études indispensables pour bien comprendre les structures actuelles.

Tous ceux qui n'aiment pas vivre en vase clos sauront gré à M. Ch. Laporte de leur apporter dans un ouvrage fort substantiel, tous les faits d'ordre paléontologique habituellement dispersés dans de nombreux ouvrages écrits dans toutes les langues.

Il est impossible de résumer en quelques pages la thèse de M. Ch. Laporte. Pour ceux qui s'intéressent à la culture générale, un tel résumé ne saurait apporter une réelle satisfaction et nous sommes persuadés qu'ils prendront beaucoup plus d'intérêt à lire intégralement cet ouvrage.

L'auteur, dans un dernier chapitre, a tiré quelques conclusions et posé quelques hypothèses relativement au devenir de l'homme.

Il est probable que ces quelques lignes seront les plus discutées, nous espérons que l'auteur nous pardonnera si nous lui posons quelques objections qui sont à notre avis le meilleur hommage que l'on puisse rendre à un travail digne d'intérêt.

Il nous parle de la diminution du nombre des dents des Primates et nous propose d'en attribuer la cause à la faculté de préhension de la main.

Comment expliquer que d'autres animaux dont la patte n'est pas préhensible ont vu réduire leur formule dentaire : Edentés, Rongeurs, Carnivores, etc.....

Il parle de la face camuse des Singes, cela est vrai en général, mais pas pour les Papioïdae.

La crête médiane des Singes s'oppose au développement ultérieur du cerveau, mais, pour ne parler que des Anthropoïdes, les femelles n'ont pas de crête osseuse et les Chimpanzés non plus.

Enfin, il nous paraît discutable d'affirmer que : « Quant à l'extérieur, « bien probablement, le type humain ne changera plus ou à peine ».

L'apparition de l'homme est relativement récente, entre les hominidés que certains veulent trouver dans le Tertiaire et l'homme contemporain, il y a déjà de grandes différences de formes (et nous ne connaissons de documents certains qu'au Quaternaire). Le changement de climat, d'alimentation, etc..., permettent d'interpréter ces modifications.

Qui pourrait prétendre que les changements dans l'alimentation de plus en plus influencée par l'emploi de produits chimiques (engrais, etc...) que l'intensification du travail cérébral, parmi tant d'autres causes, ne modifieront pas les formes extérieures.

Que penser des formules sanguines différentes, n'est-ce pas déjà une amorce de séparation entre des rameaux appelés à diverger ?

L'avenir de l'homme ne sera-t-il pas enfin transformé par l'avènement de l'ère atomique ? La science est en train d'ouvrir la boîte de Pandore, qu'en sortira-t-il ?

Le travail de M. Ch. Laporte incite à bien d'autres réflexions. Il parle de finalité avec l'évocation d'Aristote, de Kant, de Bergson ; il nous conduit aux plus hautes considérations métaphysiques. Jusqu'à présent tous les essais pour trouver une explication satisfaisante de la finalité, comme aussi bien pour la réfuter, ont été assez décevants pour les agnostiques impénitents qui n'ont pas une foi ardente dans l'une comme dans l'autre hypothèse. Il n'en reste pas moins que la bonne méthode pour progresser dans cette voie est celle qui consiste à accumuler beaucoup de documents, à les classer, à les analyser. C'est de cette plateforme sûre que nos descendants partiront peut-être pour un envol définitif qui les mènera à la Vérité. Que M. Ch. Laporte accepte donc nos remerciements pour nous avoir présenté des documents dont la valeur scientifique ne peut être contestée. Nous faisons le vœu qu'il persévère dans la voie où il s'est engagé. La patrie de Cuvier et de Lamarck a besoin de continuateurs. L. S.

TUBERCULOSE

CARRETTE G. — **L'allergie tuberculeuse chez l'homme.** (Collection de l'Institut Pasteur. — Editions Médicales Flammarion, 26, rue Racine, Paris, 1946, 338 pages, 20 graphiques).

Les différentes théories concernant l'allergie sont étudiées suivant les modalités diverses accompagnant l'infection tuberculeuse. (Sexe, âge, nutrition.) Suivant les différentes localisations de la tuberculose (pulmonaire, ostéo-articulaire, cutanée).

Les rapports entre l'allergie et l'immunité antituberculeuse sont traités au point de vue théorique, clinique et expérimental.

Plus de 400 fiches bibliographiques relatives aux travaux français et étrangers complètent fort utilement cette monographie.

CARRETTE G. — **Le bacille de Koch dans la lésion tuberculeuse du poumon.** (Collection de l'Institut Pasteur. — Editions Médicales Flammarion, 26, rue Racine, Paris, 1946, 168 pages, 44 figures).

Etudes histologique, bactériologique et thérapeutique. La bibliographie, qui occupe huit grandes pages, mentionne environ deux cents travaux français et étrangers.

MARTIN R., NITTI F., SUREAU B, BERROD J. — **La Pénicilline et ses applications cliniques.** (Collection de l'Institut Pasteur. — Editions Médicales Flammarion, 26, rue Racine, Paris, 1945, 224 pages, 22 figures).

La Pénicilline : son origine, préparation, extraction, purification, titrage. Contrôle de la toxicité, contrôle physiologique.

La Pénicilline dans l'organisme : absorption, élimination. Activité *in vitro* et *in vivo* ; modes d'emploi ; les différentes affections justifiables de l'action de la pénicilline. Les affections où elle est sans effet.

16 pages de bibliographie contenant 662 fiches françaises et étrangères facilitent la recherche du lecteur.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 27 juin 1947

La séance est ouverte à 21 heures, sous la présidence de M. P. FOUQUES.

Le Président donne la parole à M. MORCRETTE pour sa communication : *Homéopathie en art dentaire.*

L'homéopathie, basée sur les lois de similitude, des doses infinitésimales et l'expérimentation sur l'homme sain exige de toujours associer le malade, la maladie et le remède.

Elle demande la connaissance parfaite de l'individu, avec son tempérament, sa constitution, d'où la nécessité de savoir interroger et interpréter les réponses, de « voir » le malade, pour établir un diagnostic à la fois typologique et clinique d'où découlera la diagnostic thérapeutique.

Il faut donc posséder « l'esprit homéopathique » et être à la fois un clinicien et un thérapeute.

En art dentaire, l'homéopathie se montrera efficace dans les névralgies, dans les 4es degrés, granulomes, fistules, dans les hémorragies. La pyorrhée est également susceptible d'un traitement homéopathique et ici l'auteur fait appel aux confrères qui s'intéresseraient à cette question pour collaborer ensemble à la mise au point de ce nouveau traitement.

En résumé, l'homéopathie nous offre un champ d'action nouveau, mais certain. Si au début un certain effort est nécessaire pour acquérir l'esprit homéopathique, l'on en est vite récompensé par les merveilleux résultats que l'on obtient.

L'auteur va poursuivre cette étude et espère pouvoir présenter des observations aux *Journées Dentaires* qui se tiendront à l'Ecole Odontotechnique en novembre prochain ; il espère pouvoir, en outre, s'assurer de la collaboration du Dr Léon VANNIER, président du Centre Homéopathique de France.

Le Président donne la parole au Dr DRUTEL pour sa communication : *Applications thérapeutiques de la streptomycine.*

La Streptomycine est à l'heure actuelle le meilleur antiseptique connu vis-à-vis des infections urinaires à colibacille, à bacilles proteus et pyocyaniques. C'est le médicament de choix dans le traitement de la tularémie et dans celui des méninges, septicémies, endocardites à germes pénécillorésistants.

Elle peut être utilisée avec fruit dans les affections chirurgicales et dans les fièvres typhoïdes.

Toutefois, elle est inefficace dans le paludisme, le typhus exanthématique, l'amébiose, le rhumatisme articulaire aigu, dans les leucémies, dans le cancer.

Ses applications dans le traitement de la tuberculose ne sont pas encore parfaitement définies. Cependant, l'usage de la streptomycothérapie a donné des résultats excellents et concluants dans les tuberculoses laryngées ou trachéales. les fistules osseuses ou ganglionnaires. Les succès plus ou moins passagers dans les méningites et les formes granuliques sont très

encourageants. Elle ne semble pas devoir supplanter jusqu'alors les thérapeutiques anciennes dans les bacilloses, pulmonaires et rénales, les pleurésies purulentes tuberculeuses.

De longs travaux sont encore nécessaires pour savoir si la *streptomycine* réussira à vaincre l'un des plus grands fléaux actuels de l'humanité.

Après avoir fait l'historique des premières recherches qui ont abouti à la découverte de la *pénicilline* et des principaux agents antibiotiques connus : *tyrothricine, cranicidine, tyrocidine, clitocybine, endosubtilysine*, l'auteur étudie les principales propriétés biologiques de la *streptomycine*.

Sa préparation et le titrage de son activité biologique sont identiques à ceux de la *pénicilline*. Elle est beaucoup plus stable que cette dernière et sa conservation même en solution ne nécessite pas l'usage absolu de la glacière. Elle agit sur les germes à Gram négatif, les microbes à Gram positif pénicillino-résistants et sur le bacille de Koch. Les phénomènes toxiques nerveux provoqués par son administration sont à redouter dans les traitements intensifs et prolongés ; ils sont cependant assez limités.

Les voies d'administration sont variées : depuis la voie buccale, la voie intra-musculaire, jusqu'aux voies intra-rachidiennes et intra-pleurales. Les doses usuelles varient de 1 à 10 grammes par jour, la durée du traitement s'étend de 5 à 20 jours, mais peut s'élever à plusieurs mois dans la cure de la tuberculose.

Dans la deuxième partie de l'exposé sont examinés les résultats thérapeutiques actuellement contrôlés.

En l'absence du Dr FERRIER, le Secrétaire des séances lit une communication de M. Gaston GUÉRARD, de Dieppe : *Le ptyalo-diagnostic de la défense cellulaire*.

Il existe dans les sécrétions bucco-pharyngées certains éléments de diagnostic ; c'est à la connaissance et à l'interprétation histopathologique de ces facteurs que l'auteur s'est attaché.

Mode auxilliaire d'investigation biologique, précieux par sa rapidité d'exécution et les résultats obtenus, le ptyalo-diagnostic renseigne, en effet, sur les fluctuations humorales, donc pathologiques de l'individu.

La technique en est simple : au cabinet, la salive recueillie sur lame est desséchée, le frottis est ensuite coloré ; au laboratoire on complétera par l'examen chromométrique de la salive.

On procédera à une série de prélèvements et ce n'est que par comparaison entre les divers examens microscopiques des lames que l'on pourra observer les déviations, les carences qui témoigneront de l'instabilité humorale.

Après exposé de quelques cas cliniques, l'auteur dégage les conclusions suivantes :

1° La ptyalo-cytologie, en décelant les variations leucocytaires fournit au clinicien un élément de diagnostic et de pronostic.

2° En dehors de sa valeur clinique, le ptyalo-diagnostic réalise enfin un double résultat ; il nous invite d'abord à ne pas confondre « les vrais phénomènes morbides avec les réactions salutaires de l'organisme et il met en évidence les liens qui unissent la thérapeutique naturelle à l'évolution des maladies ».

La séance est levée à 23 h. 30.

Le Secrétaire des séances : P. FROMENT.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE FRANCE

Séance du 17 juin 1947

Dr CORBEIL. — *Deux accidents oculaires d'origine dentaire.*

Dans la première observation, il s'agit d'un empyème du sinus ignoré ayant provoqué au niveau de l'œil des troubles sensitifs à allure d'algies sympathiques, des troubles moteurs mais pas de troubles à allure inflammatoire.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'une rétention de la 2e grosse molaire ayant empêché l'évolution ultérieure de la dent de sagesse ; bien qu'aucun phénomène inflammatoire au niveau de ces dents ne puisse être mis en évidence, les troubles provoqués au niveau de l'œil ne sont pas d'ordre sensitif comme c'est le plus fréquent, mais d'ordre infectieux et grave.

Le traitement dans les deux cas amena une guérison rapide confirmant le diagnostic étiologique de ces troubles oculaires.

Prof. DECHAUME, Mme CHAPUT et M. BUREAU. — *Algie faciale due à un corps étranger du sinus d'origine et de nature indéterminées.*

Observation d'une femme de 58 ans présentant des algies faciales dont la cause était la présence d'un corps étranger dans le sinus maxillaire gauche. A l'intervention ce corps étranger apparut constitué d'une substance pâteuse ayant la consistance et la couleur de la moutarde ; à l'analyse il se révéla formé d'un mélange de graisse neutre, d'acides gras saturés et d'une substance jaune évoquant l'aspect de la cire (constituée de combinaison d'acides gras et d'alcools à poids moléculaire très élevé.

P. BANZET et R. BATAILLE. — *Un procédé nouveau, maxillo-facial, pour la réduction des fractures du rachis cervical.*

A l'occasion d'un traumatisme complexe et grave, comprenant une subluxation atloïdo-axoïdienne avec syndrome neurologique progressif, une double fracture de la mandibule, une fracture de la cuisse, des plaies multiples du dos et du cuir chevelu, les auteurs ont imaginé un procédé nouveau permettant de fixer une extension continue du rachis après le maxillaire supérieur intact.

L'appareil comprenait une gouttière métallique scellée à l'arcade supérieure, supportant latéralement deux tubes intra-buccaux dans lesquels se fixent deux arceaux externes qui servent à accrocher les cables de l'extension continue. Un poids de 8 kilos suffit, en quarante-huit heures, pour réduire entièrement la luxation. La gouttière laissée seule permit ensuite la réduction des fractures mandibulaires. Le résultat lointain fût excellent. A ce sujet, l'un des auteurs propose une modification permettant la réalisation et la pose de l'appareil en quelques minutes ; et pense que cet appareil pourrait, dans certains cas, remplacer la Minerve ou l'étrier cranien.

MM. L. LEBOURG et M. HÉNAULT. — *Maladie de Ch. Ruppe : ostéite fibreuse pure des maxillaires.*

Les auteurs proposent de donner le nom de leur maître Ch. RUPPE à l'ostéite fibreuse pure qui se comporte comme une maladie localisée aux maxillaires, évolue très lentement pendant des dizaines d'années, ne s'accompagne d'aucun trouble général ni du métabolisme calcique et reste jusqu'alors cryptogénétique. L'individualité de cette maladie n'est pas explicitement décrite dans les travaux de Ch. RUPPE mais elle y est implicitement contenue et c'est à eux, en tous cas, que l'on en doit la connaissance.

M. René VINCENT. — *L'entérococcie.*

Après avoir rappelé l'inefficacité habituelle des sulfamides et de la pénicilline dans les infections chroniques, l'auteur attire l'attention sur l'action heureuse ici de l'autovaccinothérapie spécifique. Il en donne quelques observations particulièrement démonstratives.

Dans la première, il s'agissait d'une paralysie du voile attribuée soit à une diphtérie méconnue, soit à une poliencéphalite bulbaire.

Dans la deuxième, d'un état vertigineux dont une névrite du nerf vestibulaire était rendue responsable.

Dans la troisième, d'une dermatose monstrueuse de la face, rebelle depuis vingt ans à tout traitement.

Tous ces malades étaient atteints de gastro-entéropathies chroniques et de pyorrhée de forme inflammatoire.

Chez tous l'hémoculture gingivale donne un entérocoque en culture pure. L'autovaccin fait en partant de ce germe amena la guérison de la paralysie du voile, de la névrite et de la dermatose de la cinquième à la huitième injections.

De ces observations et de celles du même ordre déjà recueillies l'auteur conclut à la possibilité d'individualiser un état pathologique d'une grande fréquence qu'il dénomme « l'entérococcie ».

Il s'agit de malades atteints de gastro-entérocoque en culture pure. Tous présentent une asthénie caractéristique et des affections à distance, véritables métastases du même entérocoque telle que amygdalites, otites, mastoïdites, métrites, salpyngites, urèthrites, prostatites, dermatoses, broncho-pneumonies, pleurésies purulentes, etc...

On est en présence d'une bactériémie chronique, plutôt que d'une septicémie au sens bactériologique du terme.

Dans tous ces cas l'hémoculture gingivale met l'accolade bactériologique et permet l'autovaccin dont l'action thérapeutique est remarquable. L'auteur termine en attirant l'attention sur l'intérêt de ses observations 1 et 2 qui apportent la preuve clinique de l'existence de la toxine entérococcique déjà mise en évidence expérimentalement au laboratoire par THIERCELIN, JOUHAUD et ROSENTHAL.

Pr. A. GIROUD et M. A. PARANT. — *Besoins de la dent en acide ascorbique et en vitamine P.*

Après l'exposé de leur expérimentation et la projection de nombreuses microphotographies de coupes de dents de cobayes soumises au régime carence en vitamines C et P, les auteurs conclurent qu'avec un régime où des altérations scorbutiques apparaissent, l'absence ni l'apport de vitamine P (epicatéchine) ne modifient l'état des lésions dentaires.

Une discontinuité de cinq jours dans l'apport en acide ascorbique suffit à entraîner d'importantes lésions.

Il semble donc, du point de vue dentaire, que la vitamine C doive être administrée d'une façon aussi continue que possible aux organismes carençables, dont l'homme fait partie.

Robert VRASSE.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT ODONTO-STOMATOLOGIQUE A L'HOPITAL

Séance du samedi 28 juin 1947, Hôpital Saint-Louis.

Première partie :

La séance est ouverte à 10 heures, sous la présidence de M. LENTULO, Vice-Président de l'Association.

Après des souhaits de bienvenue du Dr RICHARD, Chef de Service, le Dr CERNÉA, Adjoint du Service, présente des malades.

Premier malade. — Tentative de section d'une bride importante dans le vestibule du maxillaire inférieur. Le dispositif consiste à transfixer un drain de la canine à la dernière molaire. Après épidermisation du conduit, une section sera tentée ensuite, pour rendre l'ampleur nécessaire à un appareillage.

Deuxième malade. — Sarcome du maxillaire supérieur opéré dans le Service par le Dr CERNÉA. MM. STIEGLER et MARMASSE argumentent la discussion à propos de cette malade.

Troisième malade. — Epulis du maxillaire supérieur, avec calcification. Image radiologique curieuse de l'ossification.

Quatrième malade. — Porteur de lésions de la muqueuse buccale pouvant se discuter entre leucoplasie et lichen. Une discussion s'ouvre à propos de ce malade à laquelle beaucoup de confrères prennent part.

Cinquième malade. — Il s'agit d'une jeune fille présentant deux odontoïdes, deux incisives et des prémolaires incluses. Permanence de dents temporaires et dents dystrophiques. Un problème prothétique est posé. MM. MARMASSE, RIGOLET, LENTULO, RICHARD et de très nombreux membres de l'Association prennent part à la discussion.

Sixième malade. — Fracture du corps du maxillaire inférieur et du coroné.

Deuxième partie :

Présentation de la Revue « *Actualités Odonto-Stomatologiques* ».

Le Dr CERNÉA, Directeur de la Revue, rappelle en quelques mots comment est née cette revue, quel en est l'esprit. Paraissant chaque trimestre, ce nouveau périodique médical se propose une revue générale des questions scientifiques d'actualité groupées en des articles de pathologie ou de thérapeutique, de dentisterie ou de prothèse. Une partie réservée aux étudiants doit leur permettre de rester en contact avec nous et les rendre bénéficiaires des conseils de pratique courante que certains d'entre nous ont pu acquérir au cours de leur vie professionnelle.

M. R. RIGOLET, Rédacteur en Chef des Actualités, prend ensuite la parole. Il présente, tout d'abord, les excuses de M. le Professeur DECHAUME, du Dr SOLAS, de M. GODINE, Directeur-adjoint des Services de Presse.

Après avoir remercié MM. YESSE, LE CANUET et GODINE de l'avoir aidé dans la réalisation de sa tâche auprès des pouvoirs publics, M. RIGOLET brosse un tableau des étapes qui ont précédé la parution de ce premier numéro.

Exprimant l'espoir de voir cette Revue porter au delà des frontières l'esprit français, M. RIGOLET invite les membres de l'Association à collaborer à la Revue.

Rappelant aux étudiants, en la présence de deux de leurs délégués, que notre désir est de les guider, de les aider, M. RIGOLET les invite à faire le plus large usage de la rubrique qui leur est réservée.

Pour conclure, enfin, M. RIGOLET relit le préambule de la Revue et dit toute la joie qu'il a ressentie à la lecture de lettres confraternelles venues d'un peu partout l'encourageant dans la poursuite de l'œuvre naissante.

M. le Dr HENNION, Président de l'Association, remercie tous ceux qui sont venus assister à la réunion.

Il exprime à M. RIGOLET ses remerciements et ses félicitations pour l'œuvre si bien réalisée.

Rappelant avec humeur que l'enfant né ce jour a besoin pour vivre des soins attentifs de tous, le Dr HENNION invite les membres à collaborer avec le Comité de Rédaction et le Bureau de l'Association en faisant des abonnés à la Revue et des adhérents à l'Association.

Puis, sur l'aimable invite présidentielle, toute l'assemblée fêta, le verre en main, le baptême de la nouvelle Revue.

Le Secrétaire général : R. GABRIEL.

SOCIÉTÉ ODONTO-STOMATOLOGIQUE DU NORD DE LA FRANCE

Séance du 23 mars 1947

M. Raymond VAILLANT (Roubaix). — *Désinclusion d'une dent en position horizontale chez un édenté du maxillaire inférieur.*

Cas d'un sujet de 41 ans qui, après des extractions réalisées en novembre 1945, a reçu une prothèse complète en février 1946.

Six mois plus tard le client a l'impression qu'une racine persiste sous l'appareil.

Présence d'une prémolaire en désinclusion, extraction sous anesthésie tronculaire.

Dr Jean SOLEIL. — *Arrêts de calcification dentaire par traumatismes.*

L'auteur présente plusieurs observations de dents traumatisées au moment de la calcification. Les radiographies montrent l'arrêt du développement dès la mortification de la pulpe.

Il insiste donc sur la nécessité de contrôler à la radiographie toute dent traumatisée et ses voisines, pour se rendre compte de l'état anatomique de la racine, ainsi que de fractures radiculaires possibles. Eviter la mortification en favorisant la formation de dentine secondaire, coiffer si nécessaire et n'avoir recours au traitement radiculaire qu'en cas d'obligation. Même en prolongeant seulement de quelque temps la vitalité, on améliore la calcification. Il faut cependant éviter l'infection apicale, en surveillant périodiquement le degré de vitalité de la pulpe.

La prothèse définitive de reconstitution ne s'exécute généralement que vers 16 à 18 ans.

Dr Jean SOLEIL. — *Les anesthésies régionales en pratique courante.*

L'auteur expose les anesthésies régionales les plus utilisées.

I. — L'anesthésie du nerf dentaire inférieur à l'épine de Spix qu'il réalise selon une technique qui dérive de celle de Nogué et n'est qu'une simplification de celle de Ginestet. La seringue chargée de 4 cc, une seule piqûre permet d'injecter d'abord à 18 m/m région du nerf dentaire inférieur 2 cc., puis à 1 cm. : 1 cc., enfin l'aiguille déportée en dehors, le dernier centimètre cube dans la région du buccal.

II. — L'anesthésie des nerfs dentaires postérieurs et supérieurs au canal palatin postérieur par la méthode simplifiée, décrite par Vilenski et l'auteur. L'aiguille courante n'est enfoncée qu'à 10 ou 15 m/m et permet d'obtenir un excellent résultat.

III. — L'anesthésie du dentaire antérieur et supérieur au trou sous-orbitaire, selon la méthode classique.

Il conclut que l'anesthésie régionale permet : l'usage d'un minimum d'anesthésique pour l'étendue du territoire atteint et la durée de l'insensibilité ; de porter le liquide anesthésique en tissu sain plus apte à se libérer en évitant d'entraver les défenses locales du lieu opéré.

Il faut attendre après l'injection environ 10 minutes, autrement on risque que le malade n'accuse l'anesthésie complète qu'après l'opération douloureuse terminée.

Enfin, l'anesthésie régionale est plus récente et plus indiquée dans notre profession où, grâce à elle, l'anesthésie générale avec ses nombreux inconvénients n'a plus que des indications extrêmement réduites.

M. Albert THIERRY (Cambrai). — *Utilisation du palapont, dent à pivot, inlay mixte, bridge.*

L'auteur réalise la dent à tenon en matière plastique en exécutant la maquette par méthode directe.

Pour l'inlay mixte, il préconise un bloc d'or creux rempli secondairement de matière plastique. Il reconnaît la difficulté de réalisation en ce qui concerne la teinte exacte.

Pour les bridges, il préfère l'armature en or, ou à défaut piliers principaux en or reliés par une armature en argent.

L'ensemble peut être passé à la galvanoplastie pour éviter l'oxydation de l'argent.

Il termine en indiquant les précautions à prendre pour éviter les porosités du palapont : refroidir le liquide, éviter l'excès, mélanger sans compression, placer le mélange dans un moufle bien froid.

∴

Prochaine réunion le dimanche 14 *décembre* 1947

à 9 *h.* 30, *à la Faculté de Médecine de Lille, place Philippe-Lebon, Amphithéâtre N°* 6

9 h. 30. — Sujet réservé.

10 heures. — Dr BRABANT (Liège). — *La gingivite bismuthique.*

10 h. 45. — Dr René VINCENT (Paris). — *La pyorrhée alvéolaire dans le cadre de la médecine générale.*

Tous les confrères médecins et spécialistes sont invités à assister à cette réunion.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

LES JOURNÉES MÉDICALES DENTAIRES BELGES

Sous le haut patronage de S. M. la reine Elisabeth, ces journées se sont déroulées du 21 au 25 juin inclus. Elles avaient revêtu cette année, un éclat particulier du fait de la présence du Corps diplomatique et des délégations scientifiques de 32 nations. C'était le premier Congrès Médical International qui avait lieu depuis la guerre, et nos amis Belges peuvent être fiers d'avoir pris l'initiative de son organisation qui fut, en tous points, magistrale.

Des conférences extrêmement intéressantes furent faites par des sommités venues de tous les pays dans le magnifique bâtiment de l'Université Belge, et la délégation française, sous la présidence d'honneur de M. le Prof. Lemaître, de la Faculté de Médecine de Paris, y brilla particulièrement. Une exposition de fournitures dentaires où l'on pouvait admirer les dernières nouveautés de la technique, complétait agréablement la partie scientifique.

Enfin, un programme de « festivités « particulièrement bien réussi, procurait aux Congressistes le délassement nécessaire après les longues séances à la salle de Conférences. Ce programme sélectionné comportait des réceptions à l'Hôtel de Ville, banquets lunchs, concerts symphoniques, visites de musées, excursions, etc., etc. A cet égard, nos charmants voisins, déjà si accueillants et si hospitaliers, se sont véritablement surpassés. De par leur initiative, ils ont été les premiers à faire renaître ce climat de sympathie et de franche collaboration (au sens noble du mot) qui préside aux grands congrès médicaux internationaux. Les confrères qui ont effectué le voyage de Belgique sont revenus avec un bagage scientifique certainement enrichi, mais aussi avec l'inoubliable souvenir de l'accueil chaleureux et amical du sympathique et vaillant petit peuple Belge, qui nous montre, à travers l'époque troublée que nous traversons, le véritable chemin du progrès et de la paix.

Le programme scientifique de ces Journées Médicales comportait de nombreuses communications fort intéressantes parmi lesquelles il faut citer :

La conférence du Prof. Lemaître sur les *Adamantinomes*. Dans un exposé lumineux et spirituel, le professeur nous montre le caractère insidieux et rebelle de ces tumeurs malignes qui intéressent surtout le maxillaire inférieur, l'utilité d'un dépistage clinique précoce, et la nécessité pour le chirurgien de pratiquer un curettage systématique très étendu afin d'éviter les récidives assez fréquentes. De nombreux exemples vinrent illustrer cet exposé magistral.

La conférence du Dr Marcel Rachet sur les *Fistules et communications bucco-sinusales alvéolaires et vestibulaires*. Après avoir rappelé l'étiologie inflammatoire dentaire ou para-dentaire, le processus lysique du plancher sinusal, sa pathogénie, le Dr Rachet montra par la projection de schémas et de radiographies, la difficulté de l'interprétation radiologique, et fit

une large place au dépistage clinique. Il entreprit ensuite la discussion des différents traitements des communications bucco-sinusales en différenciant celui des fistules proprement dit, et celui des communications bucco-sinusales importantes pour lesquelles il préconise un procédé de plastic rationnel assez large qui évite de léser la vascularisation des lambeaux et facilite leur union.

La conférence du Dr Jean Soleil sur *l'extraction chirurgicale des dents de sagesse inférieures.* L'auteur fit rapidement l'historique des procédés décrits pour l'extraction chirurgicale des dents de sagesse inférieures dystociques. Il rappela ensuite les indications d'intervention, la préparation de l'opéré, le choix de l'anesthésie et l'aseptie. Il signala les règles à observer, puis étudia l'extraction des dents de sagesse inférieures enclavées en position oblique ou horizontale. Il exposa plusieurs observations et cas schématiques d'extractions selon la méthode d'extraction morcellée. Après examen des radiographies, un plan d'intervention permettra par un morcellement judicieux de la dent et l'amenuisement des fragments, une extraction plus facile et moins traumatisante. D'autre part, cette méthode réduit les complications post-opératoires et permet une meilleure reconstitution anatomique.

Il conclut que l'extraction chirurgicale des dents par destruction étendue de l'os sous-jacent doit être abandonnée au profit de cette nouvelle méthode.

Enfin, parmi beaucoup d'autres conférences, toutes plus intéressantes les unes que les autres, mais dont les résumés prendraient trop de place, il faut citer, celle du Dr Pierre Bernard sur l'ionophorèse dentaire (nouvelle étude), celle du Dr Toucas-Massillon sur la préparation du malade en odonto-stomatologie, celle de M. Rigault Fontaine sur la prise d'empreinte dans les cas de trismus ou atrésie buccale, celle de Mme Soulié sur le terrain pyorrhéigène, celle de M. le Barrié sur la synodontose et la parodontose pyorrhéique, celle du Dr Hulin sur la parodontose hypertrophique, celle de M. Aye sur la gingivo-sclérose, celle du Dr Carlier (l'influence des interventions chirurgicales sur l'organisme), celle de M. Guinat sur le dentier à lames coupantes, celle du Dr Delibéros sur les phlegmons gangréneux hypertoxiques d'origine dentaire, etc., etc.

Les conférenciers étrangers étaient également très dignement représentés par :

M. Cross, de Londres (gingivites gravidarum) ; par M. de Wewer, d'Anvers (le dentier complet avec articulateur Hanan) ; par M. le Dr Rassart, de Liége (stomatite de Vincent) ; par M. le Dr Held, de Genève (la composante inflammatoire dans l'étiologie des parodontoses) ; par le Dr Brabant, de Liége (nouvelles recherches sur la pathogénie de la stomatite bismutique) ; par M. Jordens, de Londres (la stabilité des prothèses complètes suivant le principe du Dr Fish) ; par le Dr Van den Berg, d'Amsterdam (thérapeutique de la carie).

En résumé un programme scientifique extrêmement varié et intéressant qui fait honneur aux organisateurs de la plus belle réunion professionnelle mise sur pied depuis la guerre.

A. Cresset.

PREMIER CONGRÈS D'ODONTO-STOMATOLOGIE DE L'AFRIQUE DU NORD

Sous le patronage des Conseils Départementaux de l'Ordre et des Syndicats Algériens de Chirurgiens-Dentistes, un Comité d'Organisation de Congrès Odonto-Stomatologiques en Afrique du Nord vient d'être créé. Il a pour but de réaliser une grande manifestation professionnelle tous les deux ans. Ses membres seront heureux de faire connaître ainsi l'Afrique du Nord à nos confrères métropolitains et de leur montrer l'œuvre médico-dentaire accomplie par la France dans ce pays, œuvre dont ces Congrès contribueront à augmenter le rayonnement.

Le premier Congrès aura lieu à Alger, les 13, 14, 15 et 16 décembre 1947. M. le Dr Hulin a bien voulu en accepter la présidence.

Des concours éminents nous ont été assurés et un ordre du jour détaillé sera publié ultérieurement.

Les confrères désireux de faire une communication scientifique sont priés de s'adresser au Comité d'Organisation.

Nous serions très heureux que de nombreux confrères métropolitains viennent nous manifester l'intérêt que tout Français doit porter à l'Afrique du Nord.

Une excursion à Tipaza est prévue, ainsi qu'un banquet dans un des plus jolis cadres d'Alger.

Les conditions de logement étant assez difficiles, nous aimerions recevoir les adhésions le plus rapidement possible. Elles devront indiquer le nombre de personnes à loger et de chambres à retenir, ainsi que les dates d'arrivée et de départ.

Adresser adhésions et toute correspondance à : René Dufour, Chirurgien-Dentiste, 30, rue Michelet, Alger.

Compte rendu de la Réunion au cours de la Semaine Odontologique concernant la Renaissance du Syndicat de la Presse Professionnelle

Le 23 septembre 1947 a eu lieu, sous la présidence de M. Henri Villain, la première réunion de la presse professionnelle. Etaient représentés : *L'Odontologie*, par M. Henri Villain et le Dr Solas ; *L'Information Dentaire*, par M. Hurtin ; *Le Dentiste de France*, par M. Renault ; *Le Chirurgien-Dentiste Français*, par M. Sennac ; *Les Actualités Odonto-Stomatologiques*, par M. Rigolet et la *Voie Dentaire*, organe des étudiants avait aussi délégué son représentant, M. P. Dargent.

Après un bref rappel de ce que fut ce syndicat, M. Henri Villain retraça la vie antérieure de ces journaux, disparus depuis six ans et demanda de bien vouloir considérer la reconstitution du syndicat, qui doit dans l'époque troublée que nous traversons, rendre service à toute la presse dentaire.

Pensant que les statuts doivent être revus pour s'adapter aux circonstances présentes, M. Henri Villain demande qu'un bureau provisoire soit constitué, afin d'étudier ceux-ci et à la première Assemblée faire des propositions concernant leur transformation éventuelle. Ce bureau est donc constitué de la façon suivante :

M. Henri Villain, *Président.*
M. René Rigolet, *Secrétaire Général,*

aucun trésorier n'est nommé, puisqu'aussi bien la caisse est inexistante. A la prochaine Assemblée d'ailleurs des précisions seront données concernant la voie que nous désirons suivre et celle qui a été parcourue. Le nécessaire sera fait en ce qui concerne les journaux de province, dont aucun membre n'a pu assister à la réunion ; nous pensons, en effet, que ceux-ci doivent être représentés, afin de considérer les difficultés qu'ils peuvent avoir et qui ne sont pas nécessairement celles des grandes villes.

Prochainement la date de l'Assemblée générale sera fixée et portée à la connaissance de l'ensemble de la profession.

Le Secrétaire Général : René R. Rigolet.

BULLETIN
de l'Association Générale des Dentistes de France

C'est une fois rentré à son home et reprises les habitudes quotidiennes, qu'on fait le classement des documents matériels et des souvenirs rassemblés au cours des vacances. Le moment ne nous paraît donc pas inoportun pour faire à l'A. G. D. F. le bilan des manifestations professionnelles qui se sont déroulées au cours de ces derniers mois. Si nous suivons l'ordre étimologique, le premier de ces événements est l'invitation reçue par le Comité d'organisation des Journées Médicales Dentaires Belges, du 21 au 24 juin dernier ; c'est une tradition maintenant inéluctable due à la persistante courtoisie de nos confrères belges, auxquels c'est pour nous un agréable devoir de témoigner notre vive reconnaissance.

C'est à M. Gresset, délégué officiel, accompagné de M. Monet, tous deux membres de notre Conseil d'Administration, qu'échut, cette année, l'honneur de représenter aux Journées Dentaires Belges, l'Association Générale des Dentistes de France.

Dès leur arrivée, le 21 juin, ils assistaient, au Palais des Académies, à la séance inaugurale des Journées, sous la présidence de S. M. la Reine Elisabeth, avec participation du Corps Diplomatique, qui se termina par un éloquent exposé de M. le Prof. P. Bordet sur l'esprit scientifique.

Le 22 juin, nos confrères étaient conviés au banquet officiel qui groupait environ 500 couverts dans les salons de l'Hôtel Métropole, sous la présidence de M. le Prof. O. Weil et de leurs Excellences les Ministres Belges de la Santé Publique et de la Justice.

Entre temps avaient lieu des séances de travail tenues à l'Université libre de Bruxelles, dans l'immeuble où se groupait une Exposition Internationale des Sciences et des Arts appliqués à la Médecine, la Chirurgie, la Pharmacie et l'Hygiène sanitaire.

Une réception intime fut offerte à nos délégués, le 22 juin, par le Président, au restaurant estudiantin, au cours de laquelle se manifesta la profonde sympathie de nos confrères belges pour leurs invités français.

Un compte rendu publié à la rubrique « Réunions et Congrès » donne le détail des communications présentées au cours des séances de travail, mais nous avons voulu ici, dans cette courte note, assurer de notre gratitude nos confrères belges pour leurs délicates attentions et pour la chaude cordialité avec lesquelles ils accueillirent au cours de ces journées si bien remplies les délégués de l'A. G. D. F.

Le Congrès annuel de l'A. F. A. S. auquel participe chaque année l'A. G. D. F., groupée dans la 25e section, se tint à Biarritz du 18 au 23 septembre, sous la présidence de notre confrère Lazari, maire de Biarritz, entouré de tous les confrères de la région ; le 17 septembre, dans la soirée, au Casino Municipal, il fit une cordiale réception à tous les membres présents de la 25e section ; ce fut une entrée en matière de bon aloi pour les séances de travail qui se déroulèrent dans le courant de la semaine.

Une étude extrêmement documentée et merveilleusement illustrée, fut présentée par le Prof. Bourdelle sur les variations morphologiques des dents de sagesse supérieures des Primates. Le Prof. Dubecq et M. Maronneaud exposèrent les variations morphologiques de l'architecture mandi-

bulaire des mammifères. M. Gudin, dans une communication très documentée, illustrée de films et de projections, traita de la mécanothérapie orthopédique dans les états adénoïdiens et dans la glosoptose.

MM. Dehilote et Benoist exposèrent les résultats de la propagande de l'hygiène bucco-dentaire dans le département des Basses-Pyrénées. M. Vieilleville, retour des U. S. A., sous le titre : « Quelques nouveautés américaines », nous fit comprendre ce que des yeux qui savent voir, des oreilles qui savent entendre, un vieux bon sens français qui sait juger sérieusement les choses, peuvent rapporter d'éminemment profitable des actuelles réalisations américaines.

De nombreuses autres communications intéressantes furent présentées sur différents sujets ; elles paraîtront dans le prochain numéro dans le « Compte rendu du Congrès », mais nous tenons à signaler que cette réunion à l'extrémité de la France, presque en fin de vacances, obtint son succès habituel ; les séances se tenaient au Lycée de Biarritz, dans des villas élégantes disséminées dans un superbe parc boisé de résineux et de feuillus, situé toutefois à l'extrémité de la ville avec des moyens de locomotion assez précaires ; mais l'ascension bi-quotidienne de la côte menant du tram au lycée, sans être un calvaire, ne rendit que plus méritoire l'assiduité des congressistes.

Bien entendu des visites-conférences furent, comme d'habitude, particulièrement suivies ; l'une nous mena à Bayonne où les congressistes admirèrent le merveilleux musée Basque, aux salles nombreuses, artistiquement et judicieusement agencées et riches d'une documentation régionale inégalable. On visita la vieille cathédrale avec le cloître y attenant, et aussi quelques coins des fortifications gallo-romaines et de l'enceinte de Vauban, mais qu'un orage copieux et malencontreux vint interrompre ; une autre excursion rapide nous mena à Hendaye admirer, sur la rive opposée de la Bidassoa, le panorama de Fontarabie, et à Saint-Jean-de-Luz rempli des souvenirs toujours vivants du mariage de Louis XIV. Un apéritif d'honneur offert par la municipalité, au Casino Municipal, clôtura cette visite.

Le dimanche, des cars nous emmenèrent visiter une station de sondage pour la recherche du pétrole, et une mine de lignite qui exploite une couche très riche à 80 mètres de profondeur ; à travers la forêt landaise les cars nous menèrent déjeuner à Hossegord dans le ravissant décor des bords du lac. Après-midi, visite à la plage, partie de pelote par les amateurs et à l'heure du retour notre excellent confrère et M^me^ Benoist offrirent l'apéritif aux membres de la Section d'Odontologie sur la terrasse de leur charmante villa.

Pour conclure : travaux très instructifs sous tous rapports, quelques jours dans une ambiance confraternelle agréable et rendez-vous à tous les confrères vieux habitués du congrès, et jeunes adhérents, à l'année prochaine, à Genève.

* * *

Une conférence intitulée : *Du rôle des Assistantes Sociales en matière d'hygiène et soins dentaires de l'enfance*, a été faite sous le patronage du Comité National d'Hygiène Bucco-dentaire, le 30 octobre, à l'Institut Eastmann, aux assistantes sociales de la S. N. C. F. ; cette conférence, présidée par M. le Médecin Général Inspecteur Rouvillois, directeur du Service de Santé de la S. N. C. F., assisté de M. Flamant, sous-directeur du personnel de la S. N. C. F., fut très appréciée des auditeurs et le conférencier chaudement félicité de son exposé. Indiscrètement, nous dévoilerons que celui-ci était notre confrère Besombes, secrétaire général de l'A. G. D. F.

Dr A. Audy.

AIDE IMMÉDIATE EN CAS DE DÉCÈS
de l'Association Générale des Dentistes de France

Nous attirons votre attention sur l'existence de « l'Aide Immédiate en cas de Décès », *ouverte aux membres de l'Association et des Syndicats professionnels.*

Peuvent faire partie de l'Aide Immédiate : *les praticiens jusqu'à l'âge de* 45 *ans, et les conjoints des membres participants. Le nombre des adhérents permet actuellement le versement d'une somme dépassant* 25.000 *francs.*

Ci-joint une demande d'admission pour laquelle il n'est pas exigé de visite médicale, à retourner 45, *rue de la Tour-d'Auvergne.*

Nom ....., prénoms.....

membre ou épouse de membre de (1) .....

né... le ....., à .....

département .....

domicile actuel : .....

à ....., département .....

Je, soussigné, déclare, après avoir pris connaissance du Règlement et l'accepter sans réserve.

1° Etre membre de .....

Que mon mari est membre de .....
ma femme

2° Etre en parfait état de santé;

3° Demander à être inscrit... comme membre adhérent à l'*Aide immédiate en cas de décès* en vue de la constitution, à mon décès, de l'indemnité prévue par l'article 3 du règlement au profit de (2) .....

adresse .....

4° M'engager à verser la cotisation prévue par le règlement plus les frais de recouvrement à chaque décès d'un membre adhérent à l'Aide immédiate en cas de décès.

5° Verser au trésorier de l'*Association générale des Dentistes de France* en déposant la présente, la somme de : 200 fr. (droit d'entrée plus une cotisation d'avance) (art. 3 et 5).

\+ .....

\+ Signature

\+ Date

Mettre à la main au-dessus de la signature les mots : LU ET APPROUVÉ

(1) Effacer la formule inutilisée et indiquer la Société adhérente à la Confédération Nationale des Syndicats dentaires (C. N. S. D.) ou à la Fédération dentaire nationale (F. D. N.).

(2) Désigner à cette place le bénéficiaire de la prime. L'adhérent qui ne voudrait pas à l'avance faire connaître le nom du bénéficiaire peut le désigner sous pli cacheté annexé au présent bulletin d'adhésion dans les conditions suivantes :

a) Désigner par écrit sur feuille de papier timbré le ou les bénéficiaires avec leur adresse actuelle, etc... ;

b) Mettre la date en toutes lettres et signer ;

c) Plier la feuille deux fois dans le sens de la longueur de façon que les deux bouts se croisent l'un sur l'autre ;

d) La cacheter au croisement avec des cachets de cire ;

e) Ecrire sur la feuille ainsi pliée : « *à décacheter après ma mort par l'un des membres du bureau* » ; mention en sera faite sur les registres de la Société et sur la présente feuille d'adhésion.

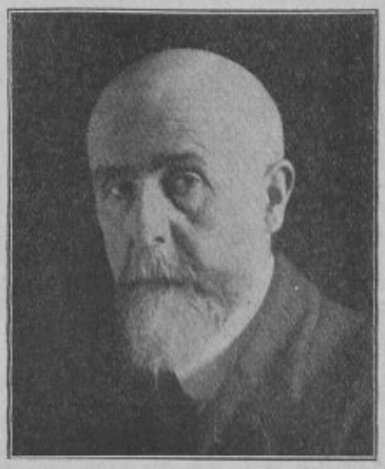
(3) Pour faire partie de l'A. G. S. D. F. il suffit de remplir un bulletin de demande avec les signatures de deux parrains, membres de l'Association, et de verser une cotisation annuelle de 500 francs par an, *comprenant le service du journal L'Odontologie.*

NÉCROLOGIE

Docteur Georges MAHÉ
(1872-1947)

Avec Georges Mahé vient de disparaître une des personnalités les plus attachantes, les plus pittoresques, les plus curieuses aussi qu'ait compté l'odonto-stomatologie française dans la première partie du XX^e siècle.

Je suis envahi par une telle abondance de souvenirs que cette richesse même m'accable et que je ne sais comment m'orienter pour faire sentir, comme je le sens, la perte que fait la profession tout entière.



Georges Mahé était entré dans la profession par la petite porte à la suite d'un conflit intérieur dont il ne s'était jamais complètement remis.

D'origine modeste, il aimait à le dire et je crois même à l'exagérer, il avait dû accepter les servitudes d'une carrière plus immédiatement rémunératrice à l'incertitude de la vie d'artiste vers laquelle sa nature véritable, innée, l'aurait immanquablement entraîné dans des circonstances plus favorables.

Ce drame, Mahé l'a vécu adolescent dans l'atmosphère du ciel Normand tout fait de demi teinte, à Giverny, dans l'ambiance de Claude Monet. Le maître, intéressé par les premiers essais du jeune homme, séduit par son intellectualité précoce, sa sensibilité rare, son enthousiasme pour la matière picturale, lui avait proposé de devenir son élève... Et l'on est en droit de se demander, comme lui-même se le demandait parfois, ce qu'eut été sa destinée s'il était devenu peintre au lieu de gravir les degrés de la carrière que nous lui connaissons.

Pour moi, je n'ai aucun doute qu'elle se fut révélée étonnante et qu'il figurerait aujourd'hui parmi les grands peintres contemporains.

Richer, dentiste à Vernon, l'accepte donc comme apprenti dans son laboratoire et immédiatement Mahé entreprend de faire ses études de chirurgie dentaire. En 1894, il sortait lauréat de l'Ecole Dentaire de Paris où il s'imposa rapidement et occupa les postes de démonstrateur, de chef de clinique, de chargé de cours, tout en poursuivant à la faculté de médecine des études qui devaient faire de lui un médecin en 1900.

On le presse de se présenter au concours de dentiste des hôpitaux et sans aucune préparation spéciale il le passe brillamment, en 1900.

Titularisé en 1913, il devient chef de service à Bichat, aux Enfants Assistés et à Saint-Louis enfin, qu'il quitte en 1934, atteint par la limite d'âge.

Son œuvre scientifique écrite est importante, elle touche à tous les chapitres de l'Odonto-stomatologie et avec un égal bonheur Mahé les a traités.

La longue énumération de ses articles parus dans *L'Odontologie*, *La Revue de Stomatologie*, *L'Information Dentaire*, et les nombreuses revues plus spécialement médicales, ne serviraient de rien pour mettre en valeur son tempérament de chercheur, sa finesse de pénétration, l'acuité de son esprit critique, son honnêteté scientifique scrupuleuse.

De cette œuvre émergea ses travaux consacrés à la thérapeutique de la carie dentaire, et, dans sa retraite paysanne, il mit à profit ses dernières années pour mettre au point un important travail très personnel sur la pathogénie de la carie, pour l'Encyclopédie médico-chirurgicale (1).

Il est assez curieux de constater dans la suite de ses publications, une longue période de silence qui s'étendra de 1914 à 1930. Elle n'est pas inexplicable pour les initiés, ceux qui, comme moi, ont eu le privilège de l'approcher, d'apprendre à le bien connaître, de vivre dans son intimité.

Ce n'est pas la froide étude des documents qu'il a laissés qui permette de saisir entièrement la personnalité de l'homme qu'il était.

Georges Mahé était un modeste et un insatisfait, il trainait avec lui la nostalgie d'une vie qu'il avait rêvée différente, et sa philosophie était empreinte d'un pessimisme irréductible que tous ceux qui l'ont bien connu considéraient quelque peu comme maladif.

A l'entendre, son existence avait été un « ratage complet » sur tous les plans, ce qui de toute évidence est une inexactitude qui n'a nul besoin pour devenir sensible du bilan de cette vie toute faite de devoir, de travail, d'élévation et de services rendus.

C'est un fait cependant que sa réussite n'a pas été totale, que son influence n'a pas été ce qu'elle aurait pu être, que s'il avait la taille des grands chefs d'école, il ne l'a point été ; que ses élèves sont rares et que son nom est à peine connu des jeunes générations.

Une clientèle nombreuse et de qualité s'était peu à peu amenuisée devant l'intransigeance de ce maître qui n'admettait rien d'elle et qu'il menait avec une sévérité légendaire.

S'il avait eu la chance de rencontrer des amitiés sûres, et les plus grands noms du monde médical me viennent, bien peu d'entre elles ont survécu à cette susceptibilité maladive qui était la dominante de ce caractère entier, véhément et peu enclin à l'indulgence.

Mahé souffrait d'ailleurs de cet état de choses qu'il considérait comme fatal, se refermait sur lui-même et cherchait dans l'art des apaisements qui bouleversaient son âme foncièrement bonne, humaine et sensible.

A cet égard les heures qu'il consacra à la musique furent pour lui parmi les plus douces et les plus heureuses. Elles lui dictèrent des pages débordantes de lyrisme sur Beethoven et sur Bach qui seront sans doute publiées quelque jour.

Son érudition était surprenante. D'un voyage en Italie et d'un autre en Espagne, il rapporta des « réflexions » qui sont contenues dans six forts volumes manuscrits.

Rien ne laissa insensible cet « honnête homme » selon Montaigne, qu'il s'agisse de faire revivre Dupont, élève oublié de Nattier, de sortir de l'oubli Paul Paulin, sculpteur et médecin, de faire mieux connaître Bayeux et sa cathédrale ou de légitimer un obscur tableau d'Eglise.

Il est des œuvres et des pensées qui se prolongent au delà de la tombe. Celles de Georges Mahé peuvent s'identifier à celles-là. S'il a désespéré de la vie et n'a rien espéré de la mort, c'est le suprême hommage qu'on puisse en toute justice lui rendre.

Dr J. Délibéros.

---

(1) La liste des travaux scientifiques de M. G. Mahé a été publiée à la suite du très bel article de mon ami le Dr Rialland, dans *L'Information Dentaire* du 26 octobre 1947, N° 43.

NOUVELLES

DISTINCTION HONORIFIQUE. — Décret du 23 septembre 1947, portant promotion et nomination dans la Légion d'Honneur, Service de Santé. Au grade de Chevalier : M. Bernasconi (Albert-Lucien), dentiste capitaine, 31 ans de services, 5 campagnes.

Nous adressons à notre confrère nos sincères félicitations.

EXERCICE ILLÉGAL

INSERTIONS LÉGALES. — Le Tribunal Civil de Première instance du département de la Seine, audience publique de Police correctionnelle de la 17e Chambre du 9 juin 1947, a condamné pour exercice illégal de l'art dentaire, sur plainte du Conseil Départemental de la Seine de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, M. D....., à :

10.000 francs d'amende ;

20.000 francs de dommages-intérêts ;

L'insertion dans les journaux professionnels dont le coût maximum est de 5.000 francs ;

L'affichage du jugement à la porte du cabinet ;

Prononce la confiscation du matériel et de l'instrumentation à usage professionnel au profit des sinistrés de l'art dentaire ;

Condamne D..... aux dépens du présent jugement ;

Fixe au minimum la durée de la contrainte par corps.

Pour extrait :

Le Président du Conseil Départemental de la Seine de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes,

M. CORNIOU.

* * *

La 17e Chambre du Tribunal Correctionnel de la Seine, en son audience du 27 mai 1947, sur plainte du Conseil Départemental de la Seine de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, a condamné pour exercice illégal de l'art dentaire, M. B....., mécanicien en prothèse dentaire, né le 8 juin 1905, à Paris (XIVe), demeurant à Paris ....., à :

5.000 francs d'amende,

40.000 francs de dommages-intérêts,

ordonne à titre de dommages-intérêts supplémentaires l'insertion du présent jugement dans un journal professionnel, sans que le coût de cette insertion ne puisse excéder 3.000 francs.

Prononce la confiscation du matériel et des instruments saisis.

Le condamne aux dépens.

Fixe au minimum la durée de la contrainte par corps.

Attendu que par jugement contradictoire en date du 19 juillet 1946, rendu par le Tribunal d'Avallon, devenu définitif faute de recours dans les délais de la loi et antérieurement à la perpétration du délit ci-dessus retenu à sa charge, B..... a déjà été condamné pour exercice illégal de l'art dentaire à 3.000 francs d'amende avec sursis, qu'il se trouve dès lors en état de récidive légale aux termes de l'article 5 du Code Pénal.

Pour copie conforme :

Le Président du Conseil Départemental de la Seine de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes :

M. CORNIOU.

COMMUNIQUÉ DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — L'Association Générale des Médecins de France, 60, boulevard Latour-Maubourg, Paris (7e), Téléphone : Inv. 55-19, vendra aux enchères fin décembre une propriété dépendant du legs Gaudinau dont elle est bénéficiaire, sise 131, faubourg Croncels, à Troyes, comprenant 1.688 m2 de terrain, un immeuble de deux étages à usage médical, un bâtiment dans la cour, plusieurs dépendances et entrées donnant sur deux voies différentes.

Cet immeuble conviendrait particulièrement aux besoins professionnels de médecins, dentistes, sages-femmes ou vétérinaires.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au siège social de l'Association, 60, boulevard Latour-Maubourg, ou au Notaire : Me Gillet, 9, rue Charbonnet, à Troyes, Tél. : 23-52.

Mariages. — Mme Henri Chenet nous a fait part du mariage de son fils, M. Pierre Chenet, étudiant à l'Ecole Dentaire de Paris, avec Mlle Hélène Pied, célébré le 26 septembre 1947, à Paris.

Le mariage de M. Gérard Devantoy, chirurgien-dentiste, ancien élève de l'Ecole Dentaire de Paris, avec Mlle Françoise Rouyer, a eu lieu le 1er octobre 1947, à Paris.

Le mariage de M. Robert Paulet, avec Mlle Madeleine Chavance, tous deux anciens Elèves de l'Ecole Dentaire de Paris, a été célébré le 14 novembre 1947, à Villemomble.

Nos félicitations et vœux de bonheur.

Naissances. — M. Georges Lecœur, chef de clinique à l'Ecole Dentaire de Paris, et Mme, nous ont fait part de la naissance de leur fille Isabelle, le 29 août 1947.

Mme Firmin, chef de clinique à l'Ecole Dentaire de Paris nous a annoncé la naissance de son deuxième petit-fils, François Michel Henry, le 1er octobre 1947.

M. Depresle, membre du corps enseignant de l'Ecole Dentaire de Paris, et Mme, nous font part de la naissance de leur fille Françoise, le 9 octobre 1947.

Nos sincères félicitations.

AVIS

Assurances Automobiles

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos Membres que nous avons obtenu d'une excellente Compagnie d'Assurances des conditions **très intéressantes** pour les Membres du Groupement de l'**Ecole Dentaire de Paris et de l'Association Générale des Dentistes de France** qui ont à souscrire une police automobile :

1° Réduction importante sur le Tarif Syndical dès la première année ;

2° Bonification supplémentaire les années suivantes s'il n'y a pas de sinistre ;

Assurances Week-End et Vacances

Tarification spéciale et très réduite pour ceux qui n'utilisent leur voiture que pour la promenade et circulent seulement les samedis, dimanches et lundis, les veilles, jours et lendemains de fêtes légales et pendant un mois de vacances.

Assurances Individuelles

Une police Individuelle-Accidents conçue spécialement pour les Chirurgiens-Dentistes, garantit des indemnités importantes qui, en cas de mutilation de la main ou du pouce par exemple atteignent 100 % du capital assuré.

* * *

Les Membres, désirant profiter de ces avantages, peuvent s'adresser au Bureau du Journal, soit directement, soit par lettre.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'EMPLOI DU FLUOR DANS LES TRAITEMENTS DENTAIRES

EL EMPLEO DEL FLUOR EN LOS TRATAMIENTOS DENTALES. | THE USE OF FLUORINE IN DENTAL TREATMENTS.

Par le Dr Frédéric PIGUET,
Médecin-Dentiste de Genève,
Directeur de la Clinique Dentaire des Ecoles de Genève.

(*Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le* 23-9-1947).

615.777.7

Par la thérapeutique fluorée, la prophylaxie de la carie dentaire s'est-elle enrichie ou est-elle sur le point de l'être, d'une forme nouvelle, d'une efficacité incontestable ?

Les assurances du *laboratoire* sont formelles. Il nous a fourni depuis quelques années des documents innombrables, résultant de ses expériences et de ses recherches. C'est de leur étude que nous est venue la certitude que l'on pouvait peut-être donner à notre activité spéciale une orientation nouvelle. Aussi n'avons-nous pas hésité à imaginer la réalisation pratique « *in vivo* » de la thérapeutique fluorée adaptée aux exigences d'un service dentaire scolaire. Nous avons aussi tenu compte des observations de ceux qui, avant nous, ont eu la possibilité d'appliquer cette thérapeutique, les circonstances des années précédentes ne nous ayant pas laissé le loisir d'agir plus vite.

Nos expériences personnelles datent du début de 1946. Nous constatons maintenant que cette initiative voit ses prévisions confirmées par les travaux originaux les plus récents parus chez nous. (M. Gross. Leimbgrüber, Kovaliv-Held). Ajoutons à ce propos que n'étant ni chimiste, ni biochimiste, ni minéralogiste, ni cristallographe, etc..., nous ne pouvons discuter de toutes les propositions énoncées dans ces textes. Les vues d'un simple praticien sont soumises à celles de l'expérimentateur de laboratoire, aussi comprendra-t-on que nous ne puissions ni ne désirions nous

aventurer dans des domaines qui nous sont, en partie du moins, fort difficiles d'accès. Le *laboratoire* a ses responsabilités, la *clinique* a également les siennes. Il s'agit de les bien considérer.

* * *

Les différentes phases du traitement prophylactique par applications locales d'une solution de NaF exigent, de la part de l'opérateur, une minutie rigoureuse si l'on veut pouvoir faire, dans la suite des observations ayant quelque valeur de comparaison. Un plan très précis doit être établi et exécuté sans défaillance. Voici celui que nous avons adopté à la Clinique dentaire des Ecoles de Genève :

A. — *L'examen* précédant obligatoirement le traitement est compris de la façon suivante :

1° Nettoyage-brossage-rinçage-séchage ;

2° Chaque dent est examinée à la loupe et avec un jeu de sondes *neuves* (explorers). Numéro à la convenance de l'opérateur ;

3° La radiographie (bite-wings ou films habituels), complètera l'examen. Les films seront étudiés au radioscope sous fort grossissement et avec un éclairage d'intensité réglable.

(La transillumination peut aussi rendre des services.)

On notera toutes les observations avec la plus grande précision ; elles serviront plus tard à l'examen de contrôle.

B. *L'application* (solution aqueuse NaF 2 %). (Selon technique Prof. A. J. Held et Dr F. Piguet) :

1° Brossage - rinçage prolongé, par l'enfant lui-même, sous contrôle	5'
2° Nettoyage-séchage par l'opérateur	2'
3° Application de la solution NaF	5'
4° Séchage	10'
5° Vernissage (premier)	5'
6° Séchage du vernissage (premier)	5'
7° Vernissage (deuxième)	5'
8° Séchage du vernissage (deuxième)	5'
Soit au *total* 60'.	

(On pourra remplacer un vernissage-séchage par une deuxième application ou encore supprimer un deuxième vernissage).

Le temps total exprimé ne comporte que le traitement d'un seul maxillaire ou de celui de deux demi-arcades. Pour la commodité de l'opération, il est préférable de traiter simultanément les

demi-arcades s. et i. du même côté. Les séchages en seront grandement facilités, surtout si l'on utilise un obturateur parotidien, indispensable d'ailleurs.

Si la salivation est trop abondante, et l'on sait que c'est presque la règle chez nos jeunes patients, une petite dose de teinture de belladone (P.H.V.), administrée peu avant le traitement, diminuera la sialorrhée.

L'appfication de NaF sera répétée deux fois (il y en aura donc trois en tout). Intervalle entre les applications : deux semaines.

C. — *Le contrôle* constituera un second examen qui sera effectué dans les mêmes conditions que le premier. Il permettra de déterminer l'efficacité *apparente* du traitement. Il aura lieu une année après le traitement.

Nous obtiendrons ainsi quelques indications statistiques. Mais il n'est toutefois guère possible de se contenter de ces seules constatations faites dans le laboratoire humain. Nous devrons donc opérer des prélèvements et les soumettre à l'histologiste et au chimiste. Ainsi, partis du *laboratoire*, nous y reviendrons et la *clinique* demandera à ce même laboratoire d'émettre des conclusions selon les observations et le matériel qu'elle aura fournis.

(Les 1441 dents temporaires et permanentes que la Clinique dentaire des Ecoles de Genève a traitées, en 1946, subiront l'examen de contrôle dès septembre 1947. Un nombre à peu près équivalent de dents témoins sera examiné simultanément. Précisons toutefois que nos recherches porteront sur un nombre de dents beaucoup plus considérable. Pour émettre, ou faire émettre une appréciation qui ne soit pas basée seulement sur des apparences, nous devrons traiter des milliers de dents, représentant des centaines de sujets de 4 à 15 ans, dans un temps déterminé, à des rythmes différents, et selon des techniques éventuellement modifiées. Il faudra opérer une sélection, désigner des sujets qui ne nous échappent pas, car rien n'est moins stable que les milieux sociaux auxquels nous avons affaire, etc.....).

Résumé

Se basant sur les données concluantes du laboratoire, M. le Dr F. Piguet a entrepris une série d'applications méthodiques parmi les enfants d'âge scolaire de la ville de Genève.

L'auteur, aussi modeste que prudent, ne nous donne pas encore le résultat de ses constatations.

Il nous indique cependant sa façon d'opérer avec suffisamment de précision pour permettre à tous ceux de nos confrères que la question intéresse de pouvoir, à leur tour, appliquer la médication fluorée.

La technique élaborée par M. le Prof. A. J. Held et le Dr F. Piguet, mise au point en deux années de pratique, évitera de nombreux tâtonnements aux praticiens intéressés par la médication prophylactique fluorée.

Resumen

Basandose sobre conclusiones dadas en el laboratorio, el Docotor F. Piguet á emprendido una serie de aplicaciones metódicas entre los niños de edad escolar de la ciudad de Ginebra.

El Autor tan medosto como prudente no nos dá ann el resultado de sus comprobaciones.

El nos indica no obstante su manera de operar con suficiente precisión para permitir á todos aquellos de nos colegas que la questión pudiera interesar de poder á su turno aplicar el tratamiento medical fluor.

La tecnica elaborada por el Sr, Profesor A. J. Held el Dr F. Piguet llevadas á cabo en dos años de practica evitará numérosos tatoneos á practicos interesados en el tratamiento profilactico fluor.

M. Guerra.

Summary :

Basing his work on the conclusive laboratory evidence, Docteur F. Piguet has undertaken a series of methodical applications among the children of school age of the city of Geneva.

The author as modest as he is cautious does not yet give the results of his observations.

He indicates however his method of operation with enough precision to allow all our confreres interested in the question to in turn apply fluorine medication.

The technique devised by Prof. A. J. Held and Dr. F. Piguet, the result of two years of practice will save the practitioners interested in prophylactic fluorine medication many trial and errors.

J. Fouré.

ÉTIOLOGIE ET PROPHYLAXIE DE LA CARIE DENTAIRE

ETIOLOGIA Y PROFILAXIA DE LA CARIE DENTAL. | ETIOLOGY AND PROPHYLAXIS OF DENTAL CARIES.

Allocution prononcée par M. le Docteur L. SOLAS
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris,

à l'occasion de l'inauguration des travaux de la Commission de Recherches Scientifiques du Comité National d'Hygiène Bucco-Dentaire.

Journées dentaires de Paris, novembre 1947

616.314 002 02 + 616.314 08] 039.71

Il est difficile, en moins de mots, d'énoncer un plus vaste sujet. La littérature professionnelle, depuis toujours, abonde en communications, rapports, notes, relatifs à la Carie Dentaire, à son étiologie, à sa prophylaxie. A l'ordre du jour de tous les Congrès, on ne manque jamais d'évoquer ce travail de Pénélope.

Pour les seules années 1945-1946-1947, nous avons relevé plus de cent articles publiés dans les principales revues professionnelles françaises et étrangères. Nous n'avons pas du reste la prétention d'avoir dépouillé intégralement toute la littérature mondiale, en dehors des questions de temps, notre ignorance des langues slaves et scandinaves nous a privés d'un certain nombre de références bibliographiques. Les revues médicales et certaines revues scientifiques diverses auraient été également intéressantes à consulter (1).

Un grand nombre d'articles qui, à première vue, ne semblent pas avoir de rapport direct avec notre spécialité, sont cependant susceptibles de modifier certaines de nos conceptions et partant, influencer notre technique. La théorie physique des diaphragmes, par exemple, nous paraissait bien loin de l'étude des tissus dentaires, son application par M. LEIMGRÜBER [11], à la structure de l'émail est venue nous apporter la preuve contraire.

Pour se tenir au courant de tout ce qui s'imprime, relativement à la maladie dentaire et à ses incidences, le chercheur doit passer de longues heures à lire des textes dans toutes les langues, il doit ensuite contrôler les faits annoncés et, s'il veut partir d'une base solidement étayée, il ne peut se soustraire à cette tâche ou bien quelqu'un doit la remplir pour lui.

(1) Le diabète insipide peut être d'origine focale : sinusale, dentaire, etc... (KOURILSKY) [10].

Nécessité d'un plan de travail et d'une documentation

Nous évoquons souvent avec peine le souvenir d'un confrère aujourd'hui disparu. Travailleur opiniâtre, il se lançait à corps perdu dans la recherche pure. Il n'avait pas, et surtout il ne prenait pas le temps de lire, et c'est ainsi qu'il passa des années à redécouvrir des faits confirmés depuis longtemps par des savants dont il ignorait les travaux. Que d'énergie gaspillée ! Combien nous pouvons regretter qu'un homme d'une réelle valeur scientifique, animé d'une telle ardeur, n'ait pas été mieux documenté. son œuvre fort appréciable déjà eut gagné infiniment à être conduite avec plus de méthode. De cette vie scientifique mal réglée, nous devons tirer un enseignement, la recherche scientifique n'est pas une œuvre de sentiment, elle est une œuvre de raison, elle doit être conduite suivant un plan rigoureux. Ce plan lui-même peut être modifié suivant les circonstances ; mais les changements devront toujours être justifiés par des considérations où le hasard et la fantaisie n'auront nulle part.

Rôle primordial de la clinique : Science basée sur l'observation

Il n'existe pas de Science, même parmi les plus abstraites, apparemment, qui ne repose sur l'observation de quelque phénomène naturel. La géométrie a idéalisé certaines figures, mais elle n'a inventé ni la ligne droite, ni le cercle ; un pin élancé, un arc-en-ciel ont imposé leurs silhouettes. C'est parce que plusieurs objets semblables se sont trouvés rassemblés que les nombres ont été découverts.

L'étude de la maladie dentaire (science biologique) est essentiellement basée aussi sur l'observation. C'est dire toute l'importance du rôle du clinicien. Depuis longtemps, les odonto-stomatologistes ont mis au point leurs méthodes d'examen, les observations de patients bucco-dentaires n'ont rien à envier à celles de la Médecine ou de la Chirurgie générale. Les ressources de la radiographie, de l'histologie, de l'anatomie pathologique, de la bactériologie, sont mises à contribution pour assurer les diagnostics. Dès que furent appliquées aux recherches odonto-stomatologiques la microscopie et la bactériologie, de grands progrès furent réalisés. Ce fut l'âge d'or, des Magitot, Galippe, Vignal, Miller, Mummery, Choquet, etc... récompensés de leurs efforts par des résultats tangibles.

Les travaux de ces devanciers ont enrichi nos connaissances et beaucoup d'entre eux garderont longtemps encore leur valeur.

Aujourd'hui, cependant, les chercheurs ne semblent plus satisfaits. Un grand nombre de faits cliniques indéniables ne sont pas expliqués par des hypothèses en faveur jusqu'ici. D'autres théories sont proposées qui viendront peut-être remplacer ou compléter les premières.

Nous avons été frappés à la lecture de nombreux articles par la répétition de certaines expressions qui reviennent comme un leit-motiv sur les modes dubitatif et optatif.

« Ce sont des faits qu'il faudrait vérifier... »

« Nous manquons de base expérimentale. »

« Dans l'état actuel de nos connaissances scientifiques, nous ne pouvons conclure ».

« Les salives *in vivo* et *in vitro* sont fort différentes. Nous n'en sommes encore qu'à une *élude scientifique fort approximative de la salive* » (R. JACCARD) [8].

. . . . . .

« Nous pensons que la lutte contre la carie dentaire, ce fléau social, n'est pas si simple et que nous ne devons pas voir uniquement l'organe dentaire en lui-même. Nous devons le situer dans les modifications acquises que *nous connaissons encore assez superficiellement* et dans le milieu buccal qui participe à l'organisme tout entier ».

. . . . . .

« *Il n'est nullement prouvé* que l'alimentation de guerre soit apte à entretenir directement cet équilibre biologique du système (diaphragme émail-dentine) *pas plus qu'il n'est prouvé* que l'alimentation de guerre le rompait » (LEIMGRÜBER) [11].

« *Nous manquons de bases sérieuses pour étayer nos assertions* » (LEIMGRUBER) [11].

« Il faut souhaiter que des expériences soient faites sur une plus grande échelle, non seulement pour établir l'âge moyen de la maturation et ses variations, mais aussi pour confirmer et préciser *nos observations dont la faiblesse* tient surtout à leur nombre trop réduit (BOUYSSOU M. et CRESSON J.) [1].

« Malgré ces chiffres impressionnants (les auteurs) font ressortir que, bien que la diminution de la consommation d'hydrates de carbone raffinés puisse avoir de bons résultats cliniques, *cela n'explique pas les causes de la maladie.*

« Ainsi, certains individus consomment de grandes quantités de sucre sans développer de caries et d'autres, avec une consommation réduite ont des caries envahissantes » (H. STONES) [18].

Souvent, aussi, les résultats publiés se contredisent d'un auteur à l'autre, il en est ainsi de l'influence des glandes endocrines sur le métabolisme du calcium, de la valeur de tel facteur alimentaire commentée différemment.

« L'émail de structure tourmentée est formé de prismes dont les parois sont acido-résistantes (KERATINE), et dont le contenu est *riche en sels de calcium : carbonato-apatite* » (DALLEMAGNE) (JACCARD R. et GROSJEAN) [9].

. . . . . .

« L'émail est plus résistant aux acides. L'analyse des courbes de solubilité *élimine la possibilité d'une carbonato-apatite* comme l'avait affirmé Dallemagne » (Mme A. CARTIER) [2].

. . . . . .

« Cuticule ou membrane de Nasmyth. *Il existe à la surface de l'émail une pellicule* sur laquelle on peut voir l'empreinte des prismes et des stries de Retzius » (GUSTAFSON G.) [4].

. . . . . .

« *Il n'a pas été possible de déceler dans les dents humaines l'existence de la cuticule de Nasmyth*, ni de la membrane limitante décrite par Williams » (JACCARD R. et GROSJEAN) [9].

Le praticien dérouté hésite, à juste titre, à prendre parti.

Ce malaise semble bien annoncer que l'examen clinique est arrivé au bout de ses possibilités.

Il faut perfectionner les procédés de recherches et nous en voyons la preuve dans nombre d'articles où les auteurs préconisent de nouveaux moyens.

Le microscope classique a donné beaucoup plus qu'il ne donnera probablement dans l'avenir.

La physique, la physico-chimie, dans leurs applications à la biologie, attirent de plus en plus les chercheurs.

D'intéressantes études sur les propriétés physiques des tissus dentaires ont déjà vu le jour, l'émail que nous considérions comme le type même du tissu stable, est aujourd'hui reconnu comme relativement labile.

Dans un autre domaine, la théorie neuro-humorale [15] (transmission chimique de l'influx nerveux), entrevue par Elliot en 1904, développée par Lœwi en 1921, reprise récemment par B. Minz (1947), pourra-t-elle nous laisser indifférents ? Trouverons-nous dans la pulpe dentaire des fibres cholinergiques et adrénergiques ?

Il serait invraisemblable que ces recherches n'influençassent pas un jour nos conceptions sur la physiologie dentaire.

Bientôt, peut-être, le microscope électronique viendra apporter une aide que nous n'osions pas même concevoir il y a quelques années.

D'autres auteurs, Lady MELLANBY [13-14], PRICE A. W. [17], STONES H. H. [18], Sir HOWARD A. [7], TURNER E. C. [19], etc..., élargissent notablement le champ de leurs investigations, la carie étant une maladie universelle, ils en étudient la répartition et la marche dans les différentes races humaines dans le temps et dans l'espace. Ils mettent en cause les régimes alimentaires, ils proposent quelques hypothèses et immanquablement, ils doivent venir eux aussi dans les laboratoires dont les techniques modernes infiniment complexes et délicates ne peuvent être maîtrisées qu'au prix d'une solide culture scientifique. Toutes les conclusions qui n'auraient pas reçu la consécration du laboratoire sont en général suspectes. Certains auteurs incriminent l'alimentation troublée par l'influence des engrais chimiques :

« La plante devient un aliment et c'est à ce stade plutôt tardif dans la chaîne que la plupart des auteurs commencent leurs recherches dans les problèmes de la nutrition » (TURNER E. C.) [19].

« Pour mettre un terme à la présente famine de qualité, nous devons imiter les pratiques de l'Angleterre médiévale et restaurer la fertilité de notre sol usé et surmené » (Sir A. HOWARD) [7].

Et cependant, comme le faisait remarquer récemment notre regretté confrère M. le Dr G. Mahé, des populations sont particulièrement touchées par la carie qui, cependant, se nourissent d'aliments produits en dehors de toute altération chimique. Dans une longue étude, étayée par de nombreuses références bibliographiques, M. Mahé nous fait comprendre combien sont complexes et souvent contradictoires les questions de régime alimentaire et comme il serait imprudent de transporter dans la pratique des conclusions hâtives [12].

Nous ne pouvons donc pas être indifférents devant les innovations thérapeutiques déjà mises en vigueur dans certains pays. L'addition de sels de fluor aux eaux de boisson [18], recommandée et déjà appliquée dans certaines contrées, est-elle inoffensive, ou même simplement utile ? L'expérimentation, lorsqu'elle s'exerce sur les humains, est-elle à conseiller ?

Ces quelques considérations montrent bien l'immensité de la tâche qui attend la Commission de Recherches Scientifiques

du Comité National d'Hygiène Bucco-Dentaire ; elles montrent également que, pour étudier la maladie dentaire sous ses divers aspects, il faudrait être un savant à peu près universel. Depuis les sciences mathématiques indispensables au physiologiste, en passant par la géologie (régime, eaux de boisson), par la biologie, jusqu'aux sciences sociales (lois et règlements concernant les médicaments et denrées alimentaires), toutes les connaissances sont ou seront tour à tour mises à contribution, et encore faut-il ajouter le don des langues pour la lecture des travaux étrangers.

Nous avons brossé un tableau bien imparfait des nécessités de la recherche, nous en avons conclu que l'ampleur de la tâche dépasse de beaucoup les possibilités non seulement intellectuelles, mais aussi matérielles d'un savant isolé.

Nous pouvons en conclure que le travail doit être divisé, réparti suivant leurs aptitudes entre diverses individualités. D'où la nécessité d'établir un plan d'organisation. Nous verrons d'abord comment devrait, à notre point de vue, être composée la Commission de Recherches ; ensuite, nous vous proposerons un plan de travail, nous terminerons enfin par l'exposé d'une conception propre à fournir les moyens de réalisation.

La composition de la Commission a été établie en suivant l'ordre naturel du déroulement des opérations. On observe d'abord, on expérimente ensuite, enfin, on tire des conclusions. Il n'existe, dans notre pensée, aucune hiérarchie entre les différentes disciplines. Si quelques progrès sont un jour réalisés, il est vraisemblable qu'ils seront imputables aux efforts conjugués et indiscernables de nombreuses individualités qui, chacune dans leur domaine, auront permis au voisin de compléter sa documentation et de vérifier ses hypothèses.

L'observation. — Des cliniciens spécialistes odonto-stomatologistes sont naturellement indispensables.

Tout praticien sait prendre une observation, il est réservé à quelques-uns de la prendre bien. Une méthode standardisée doit être adoptée afin que les documents soient comparables. Cette méthode s'impose tout particulièrement lorsqu'il s'agit de relever des observations prises en série dans des groupes ethniques soumis à des régimes dont on recherche les incidences sur la santé dentaire. Une statistique n'a de valeur que si les éléments sont recueillis avec le plus grand soin et comparables.

Les cliniciens ont un rôle capital puisqu'ils assument la res-

ponsabilité de l'observation des faits qui seront la base des études ultérieures.

Lorsqu'on parle de cliniciens, on doit penser, non seulement à ceux qui observent la région bucco-dentaire, mais encore aux *médecins*, spécialistes ou non, qui examinent tous les organes considérés comme susceptibles d'avoir des rapports directs ou indirects avec le système dentaire (glandes endocrines, système ortho et para-sympathique, etc...).

Aux *zoologistes* et *Vétérinaires* qui voient les maladies dentaires si rares chez les animaux sauvages, si fréquentes chez les animaux domestiques [3-5].

Aux cliciniens des âges révolus, *Anthropologistes* et *Paléontologistes*, dont les travaux sur les temps préhistoriques sont d'un intérêt évident [6].

Aux cliniciens des temps à venir, les *Généticiens* dont la science encore si nouvelle et déjà si pleine de réalisations, nous révèlera peut-être que dans les gènes aujourd'hui entrevus, demain bien connus, se cache le secret des maladies dentaires.

L'analyse. — Le rôle de tous ces observateurs est de recueillir des documents, de les classer, d'en faire la critique, et enfin, de formuler des hypothèses. S'ils en ont le temps, et s'ils y sont préparés, ils transporteront ensuite leur activité dans les laboratoires.

Dans la réalité, bien peu le feront. La recherche au laboratoire est devenue extrêmement longue, compliquée, et délicate, ce n'est plus un violon d'Ingres; c'est une profession qui absorbe entièrement celui qui s'y consacre, on ne peut s'y adonner entre deux consultations.

Les physiciens, chimistes et physiologistes descendent de plus en plus vers l'infiniment petit et vers l'impondérable. Ils photographient aujourd'hui la molécule de la mosaïque du tabac et le bactériophage. L'analyse chimique est complètée par la microchimie. Le physiologiste a perfectionné ses procédés pour déceler, dans l'intimité des tissus, des corps indosables. C'est ainsi que la balance est remplacée par la mesure de l'action pharmacodynamique des corps analysés, sur des tissus vivants [15]. Nous sommes loin de la période héroïque où, avec un microscope grossissant 1000 fois et quelques tubes à essai, on marchait à pas de géant dans les chemins de la découverte. Nous devons donc appeler à l'aide et notre pensée va tout de suite aux laboratoires dirigés par des savants qui y consacrent toute leur activité.

L'idéal serait la création d'un vaste centre de recherches où toutes les possibilités seraient données aux chercheurs.

Cette création suppose des bâtiments, des laboratoires, une instrumentation, du personnel, etc...

Les crédits nécessaires devraient se chiffrer par dizaines de millions, il n'y faut pas penser.

Ces perspectives grandioses étant pour le moment du domaine de l'utopie, quels laboratoires devrons-nous consulter ?

Aucune possibilité ne doit être négligée, toutes les compétences doivent être sollicitées. Cependant, il est peu de laboratoires installés pour des recherches de grande précision, notre choix ne sera pas très étendu et le mieux que nous puissions faire, c'est d'intéresser à nos travaux les grandes institutions scientifiques existantes ; Faculté de Médecine, Faculté des Sciences, Collège de France, Institut Pasteur, Institut du Radium, Muséum, Ecole d'Alfort, Ecole Nationale d'Agriculture, etc...

Les déductions et la synthèse. — Dans cette troisième étape, nous verrons s'effondrer certaines hypothèses incompatibles avec les résultats expérimentaux, d'autres sortiront victorieusement de cette épreuve. En réalité comme, toujours, l'interprétation des résultats ne sera pas la besogne la plus facile, le sens critique devra s'exercer dans toute sa rigueur, là, moïns que jamais, le sentiment ou l'amour-propre devront l'emporter sur la raison.

Réunions : *Plan de travail.* — La Commission de Recherches Scientifiques composée de personnalités appartenant aux disciplines les plus diverses devrait à notre avis commencer ses travaux par quelques réunions d'information.

I. — Une mise au point de l'état actuel des connaissances qui semblent acquises inaugurerait cette prise de contact.

II. — Dans un deuxième temps, seraient exposés les desiderata des chercheurs, ils formuleraient les hypothèses à vérifier et qui n'ont pu l'être encore, faute d'une organisation rationnelle, c'est-à-dire faute d'une collaboration régulière avec des laboratoires divers et hautement spécialisés et surtout convenablement équipés.

Ces réunions d'information sont absolument nécessaires, si l'on veut intéresser à nos travaux des savants qui, ou bien nous ignorent totalement, ou qui, dans l'hypothèse la plus favorable, ne nous connaissent que très imparfaitement.

Nous devrons, à cette occasion, bien mettre en valeur l'impor-

tance de la maladie dentaire relativement à la santé générale et faire pénétrer notre conviction que le sujet vaut bien la peine qu'on lui consacre une part importante de l'activité scientifique.

III. — Après les réunions d'information, qui doivent se concrétiser par de solides liens noués entre tous ceux qui auront accepté de prêter leur concours, nous devrions envisager des séances périodiques peu nombreuses (trimestrielles peut-être), où chacun apporterait le résultat de ses travaux et viendrait prendre connaissance de ceux de ses collègues. L'ordre du jour de ces réunions devrait être particulièrement surveillé de façon à leur donner le maximum d'efficience.

Une telle organisation peut-elle être comparée à celle des sociétés professionnelles spécialisées que nous connaissons : A. R. P. A., Société d'Orthopédie dento-faciale..., nous ne le pensons pas.

A) Tout d'abord, notre désir est de recruter non seulement des odonto-stomatologistes, mais encore des savants venus de tous les points de l'horizon scientifique.

B) Le deuxième point qui doit séparer votre Commission des Sociétés citées plus haut est, que nous estimons qu'il est absolument nécessaire de rompre avec les usages trop répandus qui consistent à faire payer aux savants les services qu'ils rendent à la communauté.

Nécessité d'une subvention. — Nous sommes toujours attristés de lire des plaintes dont nous ne connaissons que trop bien la justesse.

« Nous ne pouvons, à ce sujet, que déplorer une fois de plus qu'en comparaison des moyens considérables dont elle dispose à l'étranger dans des laboratoires spécialisés, la recherche dentaire soit laissée à l'abandon dans notre pays. L'indifférence officielle, l'absence totale d'aide et de moyens matériels contraignent le chercheur isolé à compter surtout sur son raisonnement et à en faire parfois l'arme exclusive et dérisoire de sa recherche » (Bouyssou M. et Cresson J.) [1].

Nous pensons à réclamer une subvention plus importante permettant de véritables réalisations et nous avons quelques raisons pour penser qu'elle ne nous sera pas refusée.

Répartition de la subvention. — Nous avons parlé plus haut de la nécessité de la documentation.

Première partie de la subvention : Pour répondre à cet objet, il est nécessaire d'organiser un secrétariat où seront lus tous les journaux odonto-stomatologiques mondiaux et aussi un certain

nombre de journaux médicaux et scientifiques divers, à la demande éventuelle de chacun des membres intéressés.

Tous les articles originaux doivent être analysés sous le contrôle de professionnels.

Dans la bibliothèque qui doit ainsi se constituer, un fichier doit être tenu constamment à jour (fichier à double entrée : par auteur et par matière).

Des traductions intégrales devraient pouvoir être fournies à la demande.

Dans la mesure du possible, on établirait la bibliographie des années récemment écoulées. Les analyses seraient publiées périodiquement dans un bulletin qui insérerait également les travaux des membres de la Commission.

La diffusion de ce bulletin (distribué à titre gracieux aux membres de la Commission), notamment dans les pays étrangers, serait un excellent instrument de propagande, auxiliaire précieux pour nos attachés culturels. Dans le but d'augmenter son intérêt à l'étranger, des résumés en Anglais et en Espagnol accompagneraient les articles originaux.

Une deuxième partie de la subvention servirait à couvrir les frais de liaison. A moins qu'ils ne le désirent spécialement, les praticiens aussi bien que les hommes de laboratoire ne doivent pas se déranger ; un service de liaison doit être mis à leur disposition. Les pièces anatomiques, par exemple, doivent être transportées de l'hôpital au laboratoire et réciproquement. Les déplacements font perdre un temps précieux mieux employé à la recherche. Pour ne pas allonger cet exposé, nous ne multiplions pas les exemples, mais il est incontestable qu'un service de liaison rendrait les plus grands services.

Une troisième partie de la subvention serait destinée à financer les dépenses engagées pour la recherche dans les cliniques et dans les laboratoires. Jamais ce chapitre ne sera trop bien doté. La moindre expérience coûte cher, les animaux ne doivent pas être mesurés chichement, l'application des régimes alimentaires doit se faire sur une grande échelle, sans celà elle ne signifie rien. Des milliers d'observations doivent être recueillies, cela suppose du papier, des impressions, etc...

L'amélioration de la santé dentaire est d'une telle importance pour le maintien de la santé générale et pour le pays tout entier, qu'il est non seulement légitime, mais indispensable que la recherche soit aidée. Plus de 90 % des habitants sont atteints de caries. Comme la syphilis, comme la tuberculose, la maladie dentaire

doit être combattue scientifiquement. Actuellement, la lutte est engagée un peu partout par diverses collectivités avec beaucoup de bonne volonté, mais avec des procédés qui ne sont que des palliatifs. On dépiste les caries, on en soigne quelques-unes, on extrait les dents les plus atteintes, c'est-à-dire qu'on fait la part du feu, la prophylaxie est encore embryonnaire. L'hygiène dentaire applique des procédés empiriques dont certains se révèleront probablement comme excellents mais qui ne reposent pas sur des données scientifiques contrôlées. Le but de votre Commission est de permettre enfin aux praticiens dont le dévouement est hors de doute, d'opérer avec le maximum de précision et de sécurité.

Leur rôle ne sera pas diminué, bien au contraire ; il est vraisemblable que les recherches nous confirmeront dans cette intuition que la santé dentaire comme la santé générale est un état d'équilibre éminemment précaire toujours mis en péril par l'interaction de l'ambiance et des potentialités internes.

Tout l'art du praticien consistera à maintenir ou à rétablir cet équilibre dont les composantes variables d'un individu à l'autre commanderont des thérapeutiques diverses.

Nous aurions pu allonger ces quelques indications en faisant ressortir davantage l'intrication qui caractérise les rapports entre la santé générale et la santé dentaire.

Dès que l'on se penche sur le problème des maladies dentaires, on est vite conduit à l'étude de nombreuses questions touchant à la biologie générale. Ces vérités s'imposent trop naturellement à une assemblée particulièrement avertie, elles n'ont nul besoin d'être soulignées davantage.

Nous avons pensé qu'il pouvait être de quelque utilité de vous suggérer un plan de travail. Nous n'avons pas eu la prétention de vous présenter quelque chose d'intangible, tout au plus y verrez-vous une base de discussion, susceptible d'être transformée au cours des délibérations.

Le seul point qui paraisse devoir rallier les suffrages est la nécessité d'établir un plan de travail :

1° Afin d'éviter les pertes de temps et les gaspillages ;

2° Afin d'éclairer les dispensateurs éventuels d'une subvention.

Il ne nous reste qu'à faire des vœux pour le succès de vos travaux ; notre Pays, bouleversé par les évènements de ces dernières années, est bien en retard, ses ressources sont modestes, mais il doit cependant aider les savants qui lui feront retrouver

et encore augmenter son prestige : Par leur travail opiniâtre, par la rigueur de leur expérimentation, par la finesse de leur sens critique, par la logique de leurs conclusions.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Bouyssou (M.) et Cresson (J.). — Recherches sur la diffusion intra-dentaire des colorants et ses relations possibles avec la carie. (*Revue de Stomatologie*, N° 7, 1947, p. 381.)

[2] Cartier (Mme A.). — Biochimie de la dent et carie dentaire. (*Thèse de Médecine*, Paris 1947.)

[3] Colyer (Sir Frank). — Dental diseases in animals. (*British Dental Journal*, 3-1-1947, p. 2 et 17 ; 1-1947, p. 31.)

[4] Gustafson (G.). — Structure de l'émail dentaire humain. (Supplément au volume 53-1945 de *l'Odontologisk Tidskrift*.)

[5] Hall (E. Raymond). — Dents surnuméraires et dents manquantes chez les animaux sauvages insectivores et carnivores avec quelques notes sur les maladies. (Musée Zoologique des vertébrés. Université de Californie Berkeley. *Journal of dental research*, vol. 19, N° 2, avril 1940.)

[6] Hartweg (R.). — Remarques sur la denture et statistiques sur la carie en France aux époques préhistoriques et protohistoriques. (*Bulletins et mémoires de la société d'Anthropologie de Paris*, tome 6. 1945.)

[7] Howard (Sir A.). — Nutrition and dental health. (*British Dental Journal*, N° 2, 18 juillet 1947, p. 27.)

[8] Jaccard (R.). — A propos d'une enquête sur la fréquence des caries dentaires. (*Médecine et Hygiène*, 1er mai 1947, p. 148.)

[9] Jaccard (R.) et Grosjean. — L'examen en lumière réfléchie des tissus durs, os et dents. (*La Revue Odontologique*, Paris 1946, N° 7, p. 353.)

[10] Kourilsky (R.). — Le diabète insipide humain. (*Médecine et Hygiène*, 15 avril 1947, p. 119.)

[11] Leimgrüber (C.). — La carie dentaire, une maladie. (*Revue de Stomatologie*, N° 9, 10-1946, p. 365.)

[12] Mahé (G.). — Recherches et études sur la nature et l'étiologie de la carie dentaire. (*Information Dentaire*, Nos 18, 36, 40, 43 (1946), 3, 9, 12, 18, 21, 23, 26, 37, 44 (1947), à suivre.)

[13] Mellanby (Lady M.). — 1929. Special report. (*Medical research council*, N° 1400, N° 153, N° 211.)

[14] Mellanby (Lady M.) et Coumoulos (H.). — 1944. (*British Medical Journal* 1, 837 et 1946 id. 2, 565.)

[15] Minz (B.). — La transmission chimique de l'influx nerveux. (Editions médicales Flammarion, Paris 1947.)

[16] Mummery (J. R.). — (1870, *Transactions Odontological Society* II, 7.)

[17] Price (A. W.). — (1933, *Dental Digest* XXXIX, 94, 205 et 225 ; id. 1934, *Journal of dental research* XIV, 227.)

[18] Stones (H. H.). — The effects of diet upon the incidence of dental caries and parodontal diseases in man. (*British Dental Journal*, N° 1, 4 juillet 1947, p. 1.)

[19] Turner (Everard C.). — Nutrition and dental health. (*British Dental Journal*, N° 2, 18 juillet 1947, p. 30.)

Résumé :

La Commission d'Etude et de Recherches Scientifiques du Comité National d'Hygiène Bucco-Dentaire a décidé d'intensifier son action en vue d'étudier l'étiologie et la prophylaxie de la carie dentaire.

Afin de renouveler et d'amplifier les procédés de recherches, les diverses disciplines scientifiques sont sollicitées (Physique, Physico-Chimie, Biologie, Physiologie, Paléontologie, Anthropologie, Anatomie comparée, Génétique, etc...).

Un plan de travail est proposé :

1° Réunions d'informations dans lesquelles les cliniciens exposeront leurs desiderata ;

2° Réunions périodiques (trimestrielles) destinées à informer les membres du Comité des résultats obtenus dans les laboratoires.

Pour réaliser ces nouveaux projets, le principe d'une augmentation de subvention s'impose.

Les fonds obtenus seraient employés :

a) A constituer une bibliothèque renfermant tous les périodiques odonto-stomatologiques mondiaux (avec fichier) ;

Tous les articles originaux seraient analysés et imprimés dans un bulletin périodique distribué aux membres du Comité ;

b) A réaliser une liaison matérielle entre les différents chercheurs ;

c) A indemniser les laboratoires pour les dépenses diverses engagées en vue de répondre aux demandes d'expériences faites par les différents auteurs.

Resumen :

La comisión de estudio é investigaciónes cientificas de la Junta Nacional de Higiene Boca-dental á decidido intensificar su acción en vista de estudiar la etiologia y la profilaxia de la carie dental.

Con el fin de renovar y de ampliar los procedimientos de investigaciónes, las diversas disciplinas cientificas son solicitadas (Fisica, Fisica-Quimica, Biologia, Fisiologia, Paleontologia, Antropologia, Anatomia comparada, Genetica, etc...).

Un plan de trabajo es propueste :

1° Reunión de información en las cuales los clinicos expondrán sus ideas ;

2° Reunion periodicas (trimestrales) destinadas á informar los miembros de los resultados obtenidos en nos laboratorios.

Para realizar éstos nuevos proyectos, los principios de un aumento de suscripciones de fondos se impone.

Los fondos obtenidos serian empleados :

a) A constituir una biblioteca encerrando todos los periodicos Odonto-Estomatologicos mundiales (con un fichero).

Todos los articulos originales serian analizados é impresos en un boletin periodico distribuido á los miembros de la Junta ;

b) A realizar una unión material entre los diferentes investigasores ;

c) A indemnizar los laboratrios de los gastos diversos empeñados, en vista de responder á peticiones de experimentos hechos por los diferentes autores.

M. GUERRA.

Summary :

The study and scientific research commission of the Comité National d'Hygiène Bucco-dentaire has decided to intensify its activity in view of studying the eliology and prophylaxis of dental caries.

In order to renovate and increase the means of research all scientific fields are sollicited : Physics, Physiology, Paleontology, Anthropology, Comparative anatomy, Genetics, etc...

A work program is proposed :

1° Informative meetings in which clinicians would expose their wishes ;

2° Periodical meetings (quarterly) for the purpose of informing the members of the committee of the results obtained in the laboratories.

To carry out these new projects the principle of an increase in subsidy is essential.

The funds thus acquired would be used :

a) To create a library containing all the odonto-stomatological periodicals in the world (with index).

All the original articles would be analysed and printed in a periodical bulletin distributed to the members of the committee ;

b) To bring about a real link between the various research workers ;

c) To refund the laboratories for the various expenses incurred in order to fullfill the requests for experiments made by different authors.

J. FOURÉ.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR DES PERFORATIONS DE LA VOUTE DU PALAIS DUES APPAREMMENT A DES VALVES DE CAOUTCHOUC SOUS DES PROTHÈSES COMPLÈTES DU HAUT

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LAS PERFORACIONES DE LA VOVEDA PALATINA DEBIDAS APARENTEMENT AL USO DE APARATOS DE PROTESIS CON VALVULAS DE CAUCHO EN LAS PROTESIS COMPLETES DE ARRIBA.

SOME CONSIDERATIONS ON PERFORATIONS OF THE PALATAL ARCH DUE APPARENTLY TO RUBBER VALVES UNDER COMPLETE UPPER DENTURES.

Par L.-J. CECCONI,
Chirurgien-Dentiste,
Aide de Clinique de Prothèse à l'Ecole Dentaire de Paris.

Travail exécuté dans le service de Prothèse de l'Ecole Dentaire de Paris (Professeur : M. GUICHARD).

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris, le 8 juin 1947)

615.315.2. 007.251

De toutes les défectuosités de la voûte palatine, la perforation insidieuse par un dispositif de rétention d'une prothèse défectueuse, est de celles que le praticien chirurgien-dentiste, est le plus souvent à même de découvrir, voire même de prévenir, car, fréquemment, le port de l'appareil masque la gêne causée et le malade n'y accorde qu'une importance très limitée, eu égard à celle que lui procurerait la disparition de la prothèse elle-même. Aussi serons-nous fréquemment appelés au cours de l'exercice de notre spécialité à déceler et à révéler cette petite infirmité, infiniment moins voyante et moins gênante que les grandes perturbations causées par les perforations congénitales (bec de lièvre) ou pathologiques (gommes, tumeurs).

C'est pourquoi je vous présente ces deux cas récents que j'ai eu l'occasion d'observer tout à fait fortuitement dans le service de prothèse de l'Ecole Dentaire de Paris.

Je dois, à ce sujet, remercier tous ceux d'entre vous qui ont bien voulu m'aider dans ces quelques recherches et aussi m'excuser auprès de certains d'entre eux pour ne pas avoir suivi exactement le plan qu'ils m'avaient suggéré, mais je l'ai fait délibérément, non point que leurs suggestions fussent à négliger, mais parce que j'ai craint d'être entraîné à des considérations de nature à créer dans l'esprit de nos élèves, une équivoque regrettable.

Je remercie tout particulièrement pour leur aide précieuse M. le Dr SOLAS, MM. GUICHARD, WALLIS DAVY, GENTILHOMME, et plus spécialement encore M. MARGUERITE, dont le dévouement, dès qu'il s'agit d'une question de prothèse, est maintenant bien connu de tous.

Je dois aussi faire mes compliments à un petit groupe d'élèves de nos cliniques de prothèse du samedi matin qui ont su s'intéresser à nos recherches, et même, nous apporter une aide précieuse.

Pourquoi je me suis livré à ce petit travail, c'est parce qu'au cours de mes investigations sur ce sujet, j'ai constaté avec surprise que les médecins qui ne sont pas spécialement informés des questions de prothèse semblaient dénoncer particulièrement et fréquemment la prothèse, alors que les praticiens chirurgiens-dentistes dans le même ordre d'idées faisaient montre d'une discrétion pudique, pourraient dire certains, mais pour le moins, quant à moi, regrettable (exception faite pour MARTINIER qui, dans son livre de clinique de prothèse, en signale deux cas, et pour M. WALLIS DAVY qui en signale également deux cas (Société d'Odontologie de Paris, 4-1-21).

Il m'a semblé que c'était ce silence qui nous accablait plus encore que les allusions médicales plus ou moins justifiées d'ailleurs comme on le verra plus loin.

Le premier cas fut considéré par moi avec plus de surprise que d'intérêt, ce n'est que la venue aussi rapprochée qu'inattendue du second cas qui me frappa et motiva les quelques recherches que je vous présente maintenant.

Observation N° 1 (CECCONI). E. D. P., 15-2-45.

Mme Dem..., âgée de 72 ans, se présente pour se faire refaire un appareil complet du haut, le sien muni d'un dispositif à valve, qu'elle porte depuis douze ans, ne tenant plus.

A l'examen endo-buccal :

Au maxillaire inférieur cette malade a encore les huit dents antérieures et une dent de douze ans à droite,

Le maxillaire supérieur est édenté complètement, le palais est très plat avec une résorption très grande des crêtes et un effacement total des tubérosités, la voûte palatine présente sur la partie latérale et postérieure gauche du tracé de la valve au voisinage immédiat du raphé, une perforation de la grosseur d'une lentille.

A noter que les rapports articulaires se trouvent faussés du fait de l'absence des grosses molaires inférieures qui n'ont pas été compensées par une prothèse.

Cette malade entend mal, ce qui complique notre interrogatoire dont il ne reste rien à retenir au point de vue général et de plus, elle se déplace difficilement du fait d'un début d'ataxie locomotrice, ce qui est un rensei-

gnement notable. A signaler, à notre surprise d'ailleurs, la grande facilité de prise d'empreinte due à une réduction des réflexes pharyngés.

La malade est revue un mois après l'appareillage, la muqueuse au début œdématiée s'est aplatie à l'intérieur de la perforation, ce qui a pour résultat que l'on ne trouve plus au palais qu'un orifice très petit et décelable seulement à l'exploration à la sonde.

La malade n'est plus revue depuis.

Observation N° 2 (Cecconi-Dehaene). E. D. P., 4-10-46.

M. A. A..., âgé de 69 ans, retraité, ayant exercé la profession de gendarme, se présente à nous en vue de l'appareillage du maxillaire supérieur.

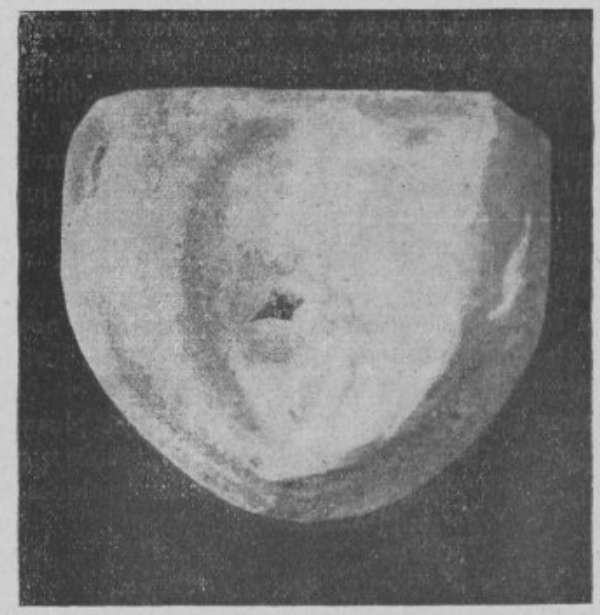


Fig. 1.

Le malade s'est aperçu, il y a cinq ans environ, de la perforation palatine qu'il présente sur la région postérieure gauche du palais. Il a néanmoins continué à porter son appareil avec valve de caoutchouc depuis ce temps et ce n'est que par suite de l'agrandissement de sa perforation, qui est actuellement de la grosseur d'un haricot, qu'il s'est décidé à venir nous trouver.

Au point de vue état général le malade est en bonne santé. Aucun renseignement susceptible de nous intéresser dans ses antécédents, actuellement le malade se plaint de crises d'asthme assez fréquentes.

A l'examen de la face on remarque de l'inégalité pupillaire.

B. W. négatif.

Ce malade édenté du haut depuis onze ans porte depuis cette date un appareil complet (14 dents) muni d'un dispositif à valve.

A l'examen endo-buccal : au maxillaire inférieur il ne reste plus que les sept dents antérieures.

Au maxillaire supérieur résorption des crêtes alvéolaires pas très marquée.

La voûte du palais est œdématiée, turgescente, mais avec une abolition presque totale de la sensibilité, le reflexe pharyngé est aussi extrêmement diminué (ce qui facilite grandement nos manœuvres de prise d'empreinte).

Les dents absentes du bas sont compensées par une prothèse déjà ancienne.

L'appareil qui a remplacé celui précédemment porté ne comportait aucun dispositif de rétention particuliere, sa rétention a été obtenue par l'exactitude de l'adaptation et l'exactitude scrupuleuse des rapports articulaires (fig. 1).

L'empreinte que je vous présente n'a été prise qu'un mois après l'appareillage ; vous pouvez constater que la muqueuse qui était boursoufflée et très saillante se trouve maintenant comme aplatie et semble combler en partie la perte de substance osseuse.

ÉTIOLOGIE

En présence d'une perforation du plafond buccal, on devra immédiatement faire la discrimination entre :

perforations pathologiques,

perforations traumatiques.

Perforations pathologiques. — C'est en premier lieu à la syphilis qu'il faudra penser. En général, il s'agit d'une syphilis tertiaire, quel que soit le laps de temps écoulé entre l'accident initial (chancre) et la perforation acquise ; ensuite, songer au tabès et à la paralysie générale qui peuvent être considérés comme une manifestation quaternaire de la syphilis. Tabès ou méningo-radiculo-myélite d'origine syphilitique, le tabès buccal a été remarquablement défini par le Dr Lebourg. » Le tabès buccal ou tabès bulbaire, groupe toutes les manifestations parfois très précoces de la maladie ; avec les symptômes oculaires, il fait partie du tabès céphalique qui, avec la variété cervicale, compose le tabès supérieur »,

Les perforations causées par ces derniers états pathologiques sont plus connues sous le nom *de mal perforant buccal.*

Ensuite, viennent les lésions tuberculeuses plus rares, et enfin, les diverses autres manifestations de pathologie buccale : néoformations, tumeurs, etc...

Ces diverses lésions ont été bien étudiées par Chompret, Izard et Leclerc qui ont été d'accord pour reconnaître deux formes différentes :

1° Forme nécrosante (avec élimination de séquestre) ;

2° Forme résorbante, la plus habituelle analogue au processus de résorption observé chez certains pyorrhéiques.

Perforations traumatiques. — Traumatismes dits de guerre ; ce sont d'abord les perforations faites par une arme à feu, faisant une perforation très nette et très limitée, puis les perforations par projections d'éclats divers, plus étendues, pouvant même intéresser la face.

Puis vient le traumatisme chez l'enfant qui tombe avec le sifflet ou le crayon ou le bec de la trompette dans la bouche.

Et, enfin, le traumatisme chez l'adulte, chute avec une pipe ou un fume-cigarette à la bouche, chute de bicyclette que l'on vit fréquemment ces dernières années durant lesquelles la bicyclette demeurait le seul moyen de transport possible, chute de motocyclette, accident d'automobile, accident d'avion, et bris d'appareil de prothèse qui perfore la voûte ; je me souviens avoir eu l'occasion de voir dans mes débuts d'exercice professionnel, une jeune personne de 30 ans environ qui était tombée d'une automobile en pleine vitesse, la portière s'étant ouverte ; il s'agissait d'une torpédo ; or, cette malheureuse avait au maxillaire supérieur, un bridge très étendu, allant de la dent de douze ans à la dent de six ans de l'autre côté. Sous la violence du choc, le bridge s'était déchiré au niveau de la dent de douze ans, et tordu au niveau des prémolaires de l'autre côté, arrachant les piliers antérieurs, et l'extrémité ainsi libérée du bridge était venue se ficher dans la paroi latérale de la voûte du palais, occasionnant une ouverture buccale du sinus maxillaire. Enfin, au cours d'accidents divers, pénétration dans la cavité buccale de corps étrangers qui traversent la voûte palatine.

Tous ces traumatismes sont, si je puis dire, des traumatismes directs ; mais à côté d'eux, il existe une autre catégorie de traumatismes que je dénommerai intermittents, ce sont ceux qui nous intéressent particulièrement. L'appareil de prothèse défectueux, mal adapté ou trop ancien et dont on a corrigé la bonne adaptation par l'adjonction d'un dispositif avec valve de caoutchouc.

L'action sur la voûte du palais est plus lente que dans les traumatismes cités plus haut, mais y demeure aussi directe, et c'est pourquoi nous nous demandons si dans les perforations traumatiques, il ne serait pas sage d'adopter la même classification que pour les perforations pathologiques. Classification de Chompret, Izard et Leclerc.

Nous aurions des perforations traumatiques ainsi :

1° Une forme nécrosante, avec élimination de séquestres, traumatismes directs ;

2° Une forme résorbante, par traumatismes légers mais multiples et répétés sans séquestres.

Après avoir cité les pertes de substance d'origine pathologique et traumatique, il y a lieu de mentionner également les pertes de substance dites « chirurgicales » résultant d'une intervention au cours du traitement soit d'un néoplasme, soit d'un épithélioma ou d'un sarcome du maxillaire supérieur sans oublier les radio-nécroses toujours possibles après un traitement radiumthérapique. Ces divers facteurs peuvent d'ailleurs parfaitement se combiner pour hâter la production d'une lésion qui doit bouleverser la vie du malade.

RAPPEL ANATOMIQUE (Cecconi, Mlle Prunet)

Les troubles dont nous traitons ici intéressant plus spécialement la mâchoire supérieure, nous rappellerons, pour mémoire, les détails indispensables suivants :

Les os qui forment la mâchoire supérieure sont le maxillaire supérieur, le palatin, l'inguis, le cornet inférieur, l'os propre du nez, et l'os malaire.

Voute palatine

Charpente osseuse. — L'os maxillaire supérieur forme, en s'articulant avec celui du côté opposé, la plus grande partie de la mâchoire supérieure ; en effet, les apophyses palatines des deux os maxillaire supérieur constituent les deux tiers antérieurs de la voûte palatine, le tiers postérieur étant formé par les deux lames horizontales des palatins.

L'os maxillaire supérieur a la forme d'une pyramide dont le sommet s'articule avec le malaire et dont la base répond aux fosses nasales. Cet os est creux et présente une cavité dénommée couramment « Sinus » qui occupe son centre.

Le sinus maxillaire peut présenter des prolongements anormaux s'insinuant notamment entre les deux lames de l'apophyse palatine.

Apophyse palatine ; sa face supérieure est nasale, sa face inférieure ou buccale présente une gouttière qui fait suite au canal palatin postérieur.

De ceci, il est aisé de voir qu'une perforation de la voûte palatine peut intéresser soit une fosse nasale, soit les deux, soit le sinus, soit à la fois les fosses nasales et les sinus.

Charpente musculaire. — La voûte palatine est tapissée d'une fibro-muqueuse épaisse se terminant au bord postérieur des lames horizontales des palatins. Sur celui-ci s'insère le voile du palais, cloison musculo-membraneuse refermant cinq muscles :

Peristaphilin externe et interne, palato-staphilin, pharingo-staphilin et glosso-staphilin.

Vaisseaux et nerfs. — Les artères de la voûte palatine viennent de l'artère palatine supérieure, branche de l'artère maxillaire interne, et de l'artère palatine ascendante branche de la faciale.

Les veines aboutissent aux plexus ptérygoïdiens.

Les nerfs : il y a lieu de distinguer deux sortes de nerfs : les nerfs sensitifs et les nerfs moteurs ; les premiers sont au nombre de trois qui sont fournis par les nerfs palatins postérieurs, branches du nerf maxillaire supérieur et les nerfs moteurs qui viennent du nerf maxillaire inférieur pour le muscle péristaphilin externe et du pneumogastrique par l'intermédiaire du plexus pharyngien pour les autres muscles.

ÉTUDE CLINIQUE

Les perforations de la voûte palatine par traumatisme, provenant d'un système de rétention de la prothèse, décrites par de nombreux auteurs semblent présenter des caractères cliniques constants, à savoir :

Leurs formes. — Ce sont des cavités plus ou moins étendues, mais toujours de forme allongée, ovalaire en forme de virgule ou mieux de croissant, disent les auteurs.

Leurs sièges. — Elles se trouvent toujours sur les bords latéraux de la circonférence décrite par la valve au voisinage immédiat du raphé médian, jamais jusqu'à ce jour, à notre connaissance du moins, il n'a été signalé de perforation de cette origine siégeant au centre de la circonférence ; seule une observation du Dr Pierre Marie, du 11 mai 1905, mentionne une escharre de la dimension d'une pièce de cinquante centimes chez un tabétique avéré et encore il s'agit d'une lamelle osseuse très mince et n'ayant pas créé de perforation.

Leurs fréquences. — Nous avons eu la curiosité de nous livrer à quelques recherches qui ne nous ont pas fourni de grands renseignements, chaque auteur en a vu quelques cas, mais ils demeurent isolés, aussi avons-nous eu l'idée de nous livrer à un essai de statistique.

En effet, comment ne pas être tenté, lorsqu'un champ d'investigation, aussi vaste que celui du service de prothèse de l'E. D. P., s'offre à vous ; et voici ce qu'a donné notre ébauche (que nous avons l'intention de continuer d'ailleurs) :

Pour cent douze malades, vus pendant une année (1945), malades porteurs d'appareil complet du haut ancien avec valve, nous avons trouvé un seul cas de perforation. Pour cent deux malades vus en 1946, dans les mêmes conditions, une seule perforation.

Evidemment, ce résultat ne saurait suffire pour conclure à un cas de perforation sur cent appareils avec valve, mais, tout de même, malgré les protestations que cela peut soulever, nous voulons affirmer que le risque pour les praticiens employant de tels moyens de rétention demeure bien de 1 %.

On a tenté de faire intervenir d'autres facteurs, sexe, âge, durée du port de l'appareil, mais nous ne croyons pas qu'aucun de ces divers facteurs puissent être sérieusement retenus.

Voici ce que nous a donné l'examen de douze observations, émanant de praticiens particulièrement informés sur cette question.

Influence du sexe, sur douze cas, il y a huit hommes et quatre femmes ; *de l'âge*, c'est en général chez des sujets ayant passé la cinquantaine, un cas sur douze concerne une femme de 32 ans mais encore, il s'agit d'une syphilis.

Du laps de temps entre l'appareillage et l'apparition des lésions, en général 4 à 5 ans, sur douze cas, un seul a eu lieu après six mois, c'est celui de la jeune femme mentionnée précédemment. Par quel mécanisme se produisent ces perforations, eh bien, il semble y avoir une certaine analogie entre l'action de la valve et les troubles trophiques qui se produisent chez les diabétiques.

Si l'on observe attentivement ces lésions, on constate avec surprise qu'à l'inverse de ce que l'on pourrait penser, et de ce que prétend DELIGNÉ, il n'y a pas de lésion de la muqueuse, ce n'est pas elle qui s'ulcère la première. Il y a bien une dépression de la muqueuse, dépression progressive, mais pas d'ulcération (fig. 2) ; c'est l'os qui se résorbe le premier et ce n'est que lorsque la cloison osseuse s'est résorbée que la muqueuse cède. G. MAUREL est d'accord avec nous sur ce point. Ce qui pourrait nous amener à penser que la force élastique de la valve de caoutchouc qui, d'une part, maintient la prothèse en place, se traduit d'autre part sur la muqueuse de la voûte du palais par des phénomènes de trac-

tion répétés *produisant un décollement de la fibro-muqueuse*, et donc une réduction de la nutrition de l'os sous-jacent, puisque cette action d'irritation continuelle nuit à la bonne vascularisation de la région. Ce sont les théories émises par G. MAUREL (*Revue de Stomatologie* 1920, p. 166). Quoi qu'il en soit, cette explication semblait suffisamment probante puisqu'elle fut ensuite reprise par PONROY et PSAUME (restauration et prothèse maxillo-faciales, collection : la pratique stomatologique de CHOMPRET).

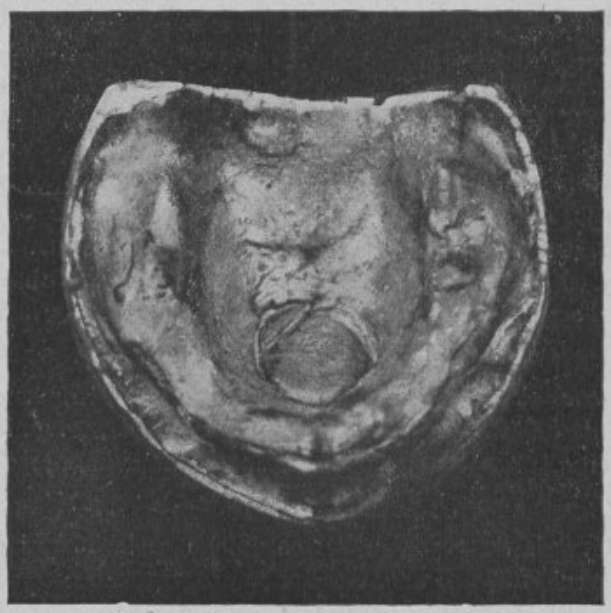


Fig. 2.

Or, nous pensons différemment, et si nous professons une sincère reconnaissance au Dr G. MAUREL pour tous ses précieux conseils, ses remarquables travaux et, en particulier, son remarquable ouvrage « *Chirurgie Maxillo-Faciale* », si utile à tous les praticiens en art dentaire, nous espérons que le Dr G. MAUREL voudra bien nous comprendre dans notre désir d'élucider ce point particulier de notre spécialité ; ceci en toute impartialité et guidé par un seul désir, celui de la recherche de la vérité scientifique pure.

Nous pensons donc que s'il y a bien résorption osseuse par ischémie, ce n'est pas par le mécanisme cité précédemment que se produit le trouble vasculaire ; en effet, les nombreux travaux de notre maître regretté, le Dr ROY, ont montré abondamment *com-*

bien la fibro-muqueuse est adhérente en cette région ; il y a donc tout lieu de penser que ce n'est pas par arrachement, mais plutôt par compression que se produisent les troubles vasculaires. En effet, dans presque tous les cas, comme on pourra le voir par la suite, la valve de caoutchouc est en place depuis un certain temps ; c'est-à-dire qu'elle déborde largement la cavité qui lui est ménagée sous l'appareil, sous l'action mécanique, la petite feuille de *caoutchouc se distend rapidement doublant et même triplant de volume* (fig. 3).

C'est alors que la partie débordante de la valve, se creuse dans la fibro-muqueuse de la *voûte palatine la loge supplémentaire qui*

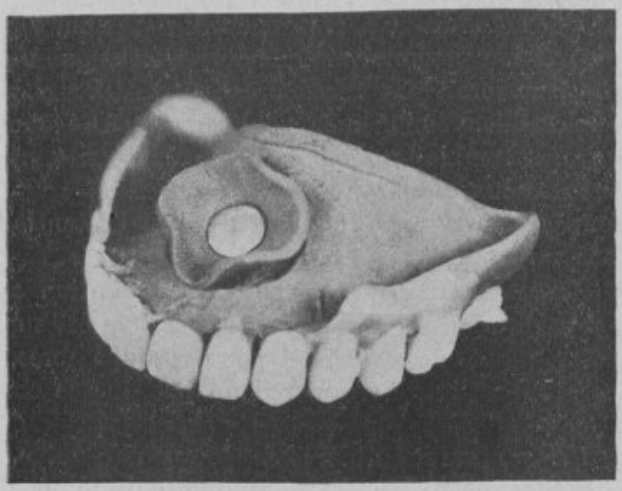


Fig. 3.

lui manque sous la prothèse, formant ainsi une dépression qui prélude toujours à la perforation ; dépression caractéristique et bien connue de tous les praticiens. C'est au moment de la formation de cette dépression que s'amorcent vraisemblablement des troubles vasculaires qui, venant compléter un état pathologique déterminé, favorisent la localisation de telle lésion.

Si la perforation était produite par l'action attractive de la valve, comment expliquer les différentes grandeurs de perforations puisque, dès qu'il y a perforation, l'air passe ; donc l'action attractive de la valve par le vide, cesse.

On pourra nous objecter que lorsqu'il y a une petite perforation le rebord de la valve l'oblitère et l'action de traction continue. Or, il n'en est rien encore puisque dans ces cas la traction conti-

nuant, l'appareil tiendrait ; or, les malades, au contraire, viennent nous trouver parce que, précisément, les prothèses ne tiennent plus. Par la théorie de la compression sous l'augmentation de volume de la valve, la différence de grosseur de ces perforations se trouvera expliquée par le volume supplémentaire de la valve, et les plis que ce volume imposera par compression sur la voûte palatine, compression exercée par la plaque de la prothèse, et ainsi se trouveraient justifiées les pertes de substance plus ou moins étendues.

Et ainsi pourra également s'expliquer la surprise que G. MAUREL mentionne dans son texte, à savoir l'absence apparente de lésion muqueuse initiale.

La lésion existe, dit-il, plus loin, en ce sens qu'il y a une dépression, dépression progressive. Or, nous pensons que s'il y avait attraction, ce ne serait pas une dépression que l'on constaterait, mais bien une saillie, voire même une hypertrophie de la muqueuse. Or, la muqueuse semble toujours garder son intégrité, c'est seulement le tissu osseux qui s'atrophie.

Et pour terminer sur ce point, j'attirerai l'attention sur les observations suivantes :

du Dr CHOMPRET, dans laquelle une perforation ayant été constatée sous un appareil à valve, cette dernière est supprimée ; la prothèse est munie de ressorts et peu de temps après, c'est au niveau des porte-ressorts à l'appareil du bas que se constate la lésion ;

du Dr Pierre MARIE, où, après suppression de valve, on voit, à la partie la plus reculée du rebord alvéolaire du maxillaire supérieur, des deux côtés, une petite eschare brunâtre correspondant au point d'appui de la prothèse ;

de F. POTEAU, qui a appareillé un malade faisant des pertes de substance du maxillaire inférieur, au maxillaire supérieur avec valve sans aucun accident ;

et enfin, les travaux de notre maître regretté, le Dr DESFORGES, sur le mal perforant buccal, signe du tabès supérieur.

TRAITEMENT

Le traitement est de deux ordres : général et local. Nous laisserons volontairement à part le traitement général des divers états pathologiques qui déborde le cadre de notre spécialité, pour nous arrêter davantage aux traitements locaux qui sont : traitement chirurgical et traitement prothétique.

Il n'existe pas de guérison spontanée.

Traitement chirurgical

Le traitement chirurgical peut se résumer en une intervention sur la fibro-muqueuse, ou palatoplastie. Ce procédé est une manœuvre délicate qui demande des praticiens bien spécialisés et surtout ayant une expérience toute particulière de ces questions, en raison de la difficulté de détermination de l'opportunité ou de l'inopportunité de l'intervention.

Pour M. le Prof. Moure, ces interventions présentent une difficulté opératoire véritable et le résultat final n'est pas toujours parfait (*Revue maxillo-faciale* 1918, p. 77).

Il est bien évident avant toute chose qu'aucune intervention n'est possible dans un état pathologique dont le processus évolutif n'est pas terminé.

Seule ressource, traitement général et, localement, suppression de la cause apparente d'irritation ; c'est-à-dire non seulement de la valve, mais de l'appareil. Et laisser la perforation au repos un certain temps.

Contre indication opératoire également chez les paralytiques généraux et chez les tabétiques, en raison de l'insuffisance de vitalité des lambeaux qui doivent servir à la palatoplastie.

Les perforations, nous disent Landwerlin et Parret, chez les tabétiques, sont le terme ultime des désordres locaux.

A ce moment, les tentatives chirurgicales sont vouées à un échec certain.

Toutes ces contre-indications bien étudiées et la discrimination étant judicieusement faite, le Dr G. Maurel se montre beaucoup plus optimiste quant aux chances de succès par le traitement chirurgical (*Revue Stomatologie* 1927, p. 764).

Quant à J. Robert, dans un important travail sur la question, publié en 1943 chez Rey, de Lyon, il est beaucoup plus catégorique.

Pour lui, la chirurgie est la méthode de choix de traitement des pertes de substance du plafond buccal.

La prothèse n'étant que pour les contre-indications et les échecs opératoires.

Toutefois, pour cet auteur, la prothèse peut être d'un précieux secours comme appareil de soutien pour permettre dans les meilleures conditions la cicatrisation des lambeaux.

Traitement prothétique

Le traitement prothétique, bien qu'ayant son indication dans presque tous les cas où la chirurgie ne peut aboutir, demeure néanmoins soumis à un certain nombre de règles absolues et qui

n'ont pas varié depuis la communication déjà ancienne de PONT et DUCLOS.

Il est impossible d'envisager un traitement prothétique quelconque tant qu'une stabilisation des lésions n'a pas été obtenue par une thérapeutique générale.

Non seulement une prothèse ne doit pas rester adaptée à un maxillaire en transformation constante, mais de plus, elle devient dangereuse en risquant de provoquer par son instabilité, des traumatismes nouveaux et répétés.

Il est, de plus, indispensable avant l'appareillage d'un malade, de laisser s'écouler un certain laps de temps, une période de repos, entre la période de traumatisme et la période d'appareillage réparateur. Avant de placer des appareils obturateurs, qui ne sont qu'une des multiples utilisations que permettra la prothèse, on devra considérer :

la prothèse obturatrice avant intervention chirurgicale ;

la prothèse pratiquée conjointement avec l'acte chirurgical ;

et enfin, la prothèse obturatrice pure, en cas d'échecs chirurgicaux.

La prothèse pré-opératoire aura surtout un but fonctionnel, permettant au malade, une alimentation normale, un repos des zones traumatisées ou pathologiques, et leur évitera en outre l'irritation et l'inflammation dues au passage des fragments alimentaires, soit dans les fosses nasales, soit dans les sinus et permettra ainsi aux tissus un plus rapide retour à l'état normal.

Cette prothèse ne devra jamais être en contact avec les bords de la perforation qu'elle devra recouvrir à distance seulement.

La prothèse ne devra non plus jamais présenter au niveau de la perforation des dispositifs de rétention, ni même d'obturation pénétrante.

La prothèse en liaison avec l'intervention chirurgicale, est le plus souvent constituée par une plaque de soutien destinée à maintenir les lambeaux en place et à permettre une meilleure cicatrisation, c'est le plus souvent une plaque largement perforée et supportant une épaisseur de compresses, telles qu'on les utilise généralement dans les interventions chirurgicales d'un maxillaire supérieur par voie palatine.

Enfin la *prothèse obturatrice* ou restauratrice, en cas d'échec de la chirurgie. Je ne m'étendrai pas sur les prothèses classiques, appareils obturateurs de de Sueren, de Kingsley, de Claude-Martin et de Delair qui sont le plus souvent destinés à des pertes de subs-

tance plus importantes, telle que perte de substance congénitale (bec de lièvre) ou pathologique (gomme spécifique étendue). Pour les pertes de substance médio-palatinés qui nous occupent, l'appareil ordinaire rend de très grands services, à condition de bien respecter les règles mentionnées plus haut et surtout aucun contact au niveau du siège de la perforation. L'appareil doit appliquer parfaitement à la voûte palatine saine. On est en général plein d'appréhension quant à la tenue de ces prothèses; dans la pratique, on est au contraire surpris par leur stabilité qui vient vraisemblablement de l'adhérence parfaite des bords de la perforation à la plaque. En effet, sur les bords de la perforation, il existe un large bourrelet muqueux, extrêmement malléable, qui dès qu'il est en contact avec la surface dure de l'appareil, vient rapidement se plaquer intimement sur elle.

De telles prothèses rendent au malade de grands services, mais il est nécessaire d'attirer l'attention de ces malades sur la recrudescence de précautions d'hygiène buccale et nasale auxquelles les condamnent ces prothèses.

De plus, ces prothèses doivent être surveillées au moins annuellement et ne jamais être abandonnées au gré du malade. Fréquemment, il sera nécessaire de les refaire après un temps fort court pour éviter sur la voûte de nouveaux déséquilibres et de nouveaux traumatismes.

Pont dans son volume des maladies de la bouche prétend que, fréquemment, le port d'un appareil obturateur recouvrant la perforation suffira pour lui permettre de se combler petit à petit.

Il va même jusqu'à parler d'une obturation muqueuse complète qui permet de supprimer ensuite l'appareil ; bien entendu, il ne saurait s'agir de cicatrisation osseuse.

Quoi qu'il en soit, et sans nous laisser aller à de tels espoirs, la prothèse si fréquemment accusée à tort ou à raison joue dans le traitement de ces accidents un rôle si important et divers, qu'elle semble devoir faire facilement oublier les quelques griefs que certains auteurs ont pu lui faire. Il s'agit bien entendu de prothèse rigoureuse et conçue suivant les données scientifiques actuelles, c'est-à-dire respect de l'intégrité tissulaire, et de l'équilibre judicieux des forces en présence, etc..., etc...

CONCLUSIONS

Et maintenant, avant de conclure, qu'il me soit permis tout d'abord de rappeler quelques observations éloquentes sur cette question et que l'on retrouve dans presque chaque travail la concernant :

Observation du Dr Chompret :

Chez un tabétique, M. Cha..., âgé de 48 ans, est appareillé en septembre 1901, quelques mois après, environ quatre à cinq, le malade présente une perforation médio-palatine, l'appareil à valve est enlevé et remplacé par un appareil à ressorts, en juillet 1904, le malade présente des lésions de mal perforant du maxillaire inférieur gauche à perforation latérale au point d'appui des ressorts de l'appareil.

Observation de M. le Dr Pierre Marie :

Un tabétique, porteur d'un appareil à valve de caoutchouc, élimine une mince lamelle osseuse de la grandeur d'une pièce de 50 centimètres. Il n'y a pas de perforation.

Je continuai l'examen de la bouche et constatai qu'au niveau de la partie la plus reculée du rebord alvéolaire du maxillaire supérieur des deux côtés, il existait une petite eschare brunâtre et cela aux points même où le dentier prenait son point d'appui latéral.

Enlèvement du dentier, soins antiseptiques. Amélioration de l'ulcération médiane, mais l'eschare gauche détermina une ouverture du sinus maxillaire.

Observation de F. Poteau (Laval) (*Odontologie*, 30-5-1906) :

Nécrose étendue du maxillaire inférieur d'origine tabétique.

M. X..., 46 ans, atteint d'ataxie locomotrice progressive dont le début remonte à quinze ans, me fait appeler en vue d'appareillage.

La muqueuse buccale présente un aspect normal, les dents sont tombées après ébranlement à intervalles très rapprochés, la cicatrisation est faite assez rapidement.

A l'examen de la bouche, je découvris du côté gauche du maxillaire inférieur un corps mobile ; après incision de la muqueuse j'effectuai l'ablation d'un séquestre s'étendant de la première grosse molaire à la base de la branche montante sans difficulté.

Le malade est appareillé une fois la cicatrisation complètement effectuée.

Deux mois après, je fus appelé pour des phénomènes inflammatoires du côté droit toujours au maxillaire inférieur.

Nouveau séquestre mobile. Ablation. Suppression du port de l'appareil du bas.

Il est à constater que le *maxillaire supérieur* a toujours été en *parfait état* et que *l'appareil à succion* n'a donné lieu *à aucune gêne*.

Un troisième séquestre plus volumineux s'est révélé à quelque temps de là (toujours inférieur).

Le malade est mort récemment de paralysie bulbaire.

Observation du Dr G. Maurel :

Il relate un cas de perforation palatine. En 1913 « j'ai vu débuter sous une valve des lésions de lupus tuberculeux dont l'extension à la voûte palatine et à la face s'est faite ultérieurement malgré la suppression du port de l'appareil ».

Observation du Dr Rouget :

M. F..., âgé de 57 ans, le 25 mars 1920, est appareillé depuis douze ans avec un appareil à valve. La valve a été changée pour la dernière fois en avril 1919. La perforation est décelée en juin 1919. B. W. négatif.

Observation du Dr G. Maurel.

M. Th... L..., âgé de 65 ans, en décembre 1919 présente une perforation sous un appareil à valve. Malgré des recherches minutieuses faites après recommandation de M. le Dr Chompret, ne présente absolument aucun signe de tabès. B. W. positif. Tentative de palatoplastie infructueuse.

Observation du Dr Coustaing. :

Mme G. F..., 61 ans, appareillée il y a dix-sept ans avec un appareil à valve. Il y a huit ans, un second appareil a été fait également avec une valve.

Le 17 février 1921, n'ayant pas enlevé son appareil depuis six mois, la perforation apparaît incidemment, la malade ayant voulu boire sans son appareil, reflux du liquide par le nez. B. W. négatif en mars 1921. Tentative de palatoplastie infructueuse.

Observation du Dr G. Maurel :

Mme I..., 32 ans. Appareillée en juin 1914, en 1919 la malade découvre la perforation tout à fait par hasard (fonctionnel). En 1920, la perforation s'est étendue et il y a maintenant communication avec les deux fosses nasales malgré la suppression diu port de l'appareil depuis six mois. B. W. négatif, six mois après 2e B. W. positif. Palatoplastie curative.

Je pense avoir ainsi mis suffisamment en évidence que, quelle que soit l'action traumatisante des prothèses dentaires complètes du haut, elles n'agissent qu'accessoirement et demeurent le terme extrême d'une série de facteurs de déséquilibre dont l'état pathologique du malade reste l'élément principal aggravé par de mauvaises conditions d'hygiène générale et locale et la *mauvaise utilisation* d'une *prothèse défectueuse*, parce que déjà ancienne, c'est-à-dire ne répondant plus au but pour lequel elle a été établie.

En effet, dans toutes les observations qui précèdent, il s'agit de prothèses usagées, déjà anciennes, exception faite du cas de M. Poteau où le malade tabétique élimine des séquestres du maxillaire inférieur alors qu'il tolère parfaitement en haut, un appareil neuf. C'est bien l'exception confirmant la règle.

Ceci dit, n'allez pas penser que j'entends réhabiliter l'usage de la valve de caoutchouc ; son procès fut fait depuis longtemps et je n'entends pas y revenir, la preuve étant faite que ce dispositif n'est qu'une *accessoire facilité* pour les *prothèses médiocres*. Mais ce que je veux dire, c'est qu'il est vraisemblable, que sur tous ces malades, porteurs de prothèses défectueuses, l'absence de valve n'aurait pas forcément évité un tel accident, puisque ainsi qu'on peut le voir d'après les observations de MM. les Drs Chompret et P. Marie, la valve ayant été supprimée, les perforations se produisent en d'autres sièges, qui sont : soit les points d'appui de porte-ressorts, soit les parties saillantes postérieures des rebords alvéolaires du maxillaire supérieur ; et en parcourant rapidement

la littérature sur le mal perforant buccal, et notamment les travaux de notre maître regretté le Dr Desforges, chirurgien-dentiste distingué, professeur à cette école, pour qui les études dentaires ne furent qu'un préliminaire à des études médicales complètes, qui nous valurent de très intéressants travaux et en particulier pour le sujet qui nous occupe aujourd'hui, sa thèse de docteur en médecine sur « le mal perforant buccal » qui nous est d'un précieux secours puisque après une étude très poussée de la question, ce travail groupe plus de trente observations de ce signe du tabès supérieur, on aura alors la surprisede découvrir des nécroses et des perforations de la voûte palatine chez des malades qui n'ont jamais été appareillés.

Donc, la prothèse n'est pas aussi coupable que certains auteurs le disent, et je dirai même plus, elle *n'est pas coupable*, mais le peu de soins et d'attention que lui apportent certains malades, la rend dangereuse de la même manière que certains conducteurs avec leurs voitures, certains cyclistes ou certains enfants jouant avec un couteau de table. Je n'ai pas voulu, au chapitre de l'étiologie, m'étendre sur la condition sociale de ces malades, mais il n'en demeure pas moins que *l'attention apportée à l'appareil est toujours facteur* de la *dépense qu'il a occasionnée*, de sorte que dans un certain sens, on est fondé à se demander si la loi sociale qui fait bénéficier tel économiquement faible, d'un appareil à des conditions dérisoires, ne lui fait pas plus de tort que de bien. En effet, à part les perforations d'origine spécifique, je serais bien curieux de savoir combien d'entre vous ont eu l'occasion de rencontrer une perforation par valve en clientèle courante. Pour ma part, durant 15 années de clientèle, je n'en ai jamais rencontré ; dans ma famille, qui est une famille de praticiens, en plus de 40 années de clientèle, il n'en a jamais été signalé. Quant aux diverses observations citées précédemment, elles sont presque toutes le fruit de pratique hospitalière.

Et ceci me conduit à vous rappeler une petite aventure bien connue et que mon chef de service et ami M. Guichard me narrait encore il y a peu de temps.

Ceci nous reporte vers 1899 et concerne une marchande de quatre saisons, soignée en cette école. Cette malade était atteinte d'une perforation très étendue de la voûte palatine concomitante avec un bec de lièvre, de sorte que son palais offrait l'aspect d'un vaste gouffre en forme de V.

Pour pouvoir crier ses denrées dans la rue, cette malade ingénieuse avait roulé un couvercle de boîte à sardines autour d'un bou-

chon et elle s'introduisait cet obturateur de fortune dans le palais.

M. DELAIR, alors professeur à cette école lui avait confectionné un obturateur à clapet en or ; à cette époque bénie, on était moins regardant, mais c'était surtout parce que M. DELAIR voulait présenter cet appareil à la société d'Odontologie ; il avait fait promettre à la malade de venir ce soir-là pour montrer le résultat de sa rééducation.

Or, le jour de la réunion arrive ; pas de malade : recherches vaines tant à son domicile qu'en d'autres endroits. Ce n'est que quatre jours après que l'on est arrivé à retrouver cette malade chez un marchand de vin, mais elle n'avait plus l'appareil en or, lequel fut retrouvé au mont de piété où il avait été engagé contre la forte somme ; il fallut le dégager et ensuite attendre que les vapeurs de ses nombreuses libations, gratuites si l'on peut dire, se soient dissipées, pour pouvoir permettre à cette malade de prononcer correctement les dentales et les labiales.

Les accidents dont nous venons de parler sont moins fréquents avec des prothèses partielles parce que tôt ou tard se produit un incident au niveau des dents restantes qui oblige le malade à faire modifier sa prothèse, et je pense qu'il serait souhaitable que nous autres, praticiens qui effectuons des prothèses complètes, ayons le courage de répondre à nos malades lorsqu'ils nous posent la question rituelle : alors, ça y est, j'en ai pour jusqu'à...?...? — Non... vous en avez pour deux ans ou trois, peut-être quatre ans au maximum.

Et je reprends ici le texte de M. HOUSSET pour mieux souligner une pensée que j'ai peut-être mal exprimée mais sur laquelle beaucoup d'entre vous sont d'accord.

« *La tâche du praticien* prothésiste *une fois l'appareil appliqué, n'est pas terminée*, il reste à revoir le malade, à surveiller les réactions secondaires des tissus, à modifier dans le temps une prothèse dont la durée ne saurait être limitée puisqu'elle repose sur une base instable. »

Et j'ajouterai, sans crainte aucune, que le praticien prothésiste qui pratique suivant cette méthode, quel que soit l'état pathologique du malade, n'aura jamais des malades présentant des catastrophes comme celles relatées précédemment.

Pour finir, une autre constatation résultera de cette étude, c'est que les malades présentant des perforations traumatiques par valve en caoutchouc dont sont munis leur appareil qui ne peut tenir sans, sont ensuite appareillés avec des prothèses sans valve, lesquelles tiennent en général remarquablement bien, et ceci

m'amène à souligner l'importance d'un point essentiel en prothèse complète, celui de la prise d'empreintes, dont dépend la bonne adaptation de la prothèse.

La prise d'empreintes est en effet une question qui demande, non seulement une attention et une minutie toute particulière, mais aussi des connaissances parfaites de la structure de la voûte palatine et des crêtes des maxillaires, ainsi qu'un sens clinique étendu, de manière à pouvoir déceler et prévenir toutes anomalies, soit muqueuses, soit osseuses, d'origine tant mécanique que pathologique, ainsi qu'il a été démontré dans l'étude précédente.

Toute empreinte défectueuse peut entraîner, non seulement une mauvaise adaptation de la prothèse à laquelle paliait en partie la succion de caoutchouc, mais aussi, et surtout, une mauvaise répartition des pressions qui deviennent en certain point excessives, d'où risques d'un des accidents signalés plus haut.

Il y a donc lieu, *contrairement à la tendance actuelle*, à une recrudescence de précautions et d'investigations minutieuses, tant pendant la prise d'empreintes qu'avant celle-ci, si l'on veut véritablement œuvrer dans le sens de l'amélioration de la santé publique, par conséquent dans le sens de l'amélioration de la condition sociale des malades qui viennent se confier à nous.

Et pour conclure :

1° Examen détaillé et minutieux du maxillaire à appareiller, tant au point de vue osseux qu'au point de vue muqueux ;

2° Proscription absolue de l'usage de la valve ;

3° Surveillance et contrôle périodiques et réguliers de toutes prothèses après leur pose ;

4° Toute prothèse complète ne peut être que temporaire ; il n'existe jamais de prothèse complète définitive ; cette équivoque venant de l'emploi abusif du terme provisoire en pratique journalière, ce qui fait naître immédiatement dans l'esprit du patient, par opposition, l'idée d'une prothèse définitive. Erreur à bannir du vocabulaire professionnel ;

5° Education des malades dans ce sens ;

6° Insistance auprès des praticiens prothésistes sur ce principe qu'ils connaissent bien, mais dont seules les conditions matérielles ont, jusqu'ici, empêché une plus grande vulgarisation.

J'ai peut-être, en certains passages, pu vous paraître excessif, mais mon désir alors était plus de soulever, sur quelques points encore mal définis, une discution profitable, que de vous présenter un point de vue exclusif.

BIBLIOGRAPHIE

BLATTER et Ch. FOURNIER. — Un cas de malade perforant buccal. — *Odontologie*, 28 février 1905.

CHAMPEAU M. — *Thèse Paris*, 1941.

CHICK (A. O.) et PEACOCK (J. N.). — Rétention d'une prothèse dentaire dans un cas de division vélopalatine chez un édenté. — *Brit. Dent. Jour.* 80 (mars 1946), page 163.

CHOMPRET, IZARD, LECLERC. — Mal perforant buccal et paralysie générale. — *Archives générales de la médecine*, décembre 1903.

COUSTAING. — Perforation de la voûte palatine. — *Société de Stomatologie*, février 1921.

Dr M. DARCISSAC et G. MAUREL. — Pertes de substance pathologique du maxillaire supérieur. Traitement chirurgical et prothétique. — *Revue de Chirurgie plastique*, N° 2, juillet 1932 et un volume, Le François, édit., Paris, 1933.

DÉLIGNÉ A. — Perforation de la voûte palatine sous succion d'un dentier à valve. — *Thèse Paris*, 1921.

DESFORGES G. — Mal perforant buccal. — *Thèse Paris*, 1922.

GAILLARD et NOGUÉ. — Malformation de la bouche et des dents. — Baillière, éditeur.

GARDES. — Etiologie d'un mal perforant buccal. — *Thèse, Lyon*, 1919.

HOUSSET P. — Intégrité tissulaire. — *Société d'Odontologie de Paris*, mai 1932. — Plaques décolletées. — *Société d'Odontologie de Paris*, mai 1939.

IZARD G. — Mal perforant buccal chez un tabétique. — *Revue de Stomatologie*, 1911.

JACOBS (M. H.). — Manifestation buccale de la maladie de Recklinghausen. — *Ame. Journ. Orthod.*, janvier 1946, pages 28-39.

Dr LANDWERLIN F. et M. J. PARRET. — Deux cas de tabès buccal. — *Société Odonto-Stomatologique, Lyon*, mars 1946.

G. MAUREL. — Perforation de la voûte palatine due à une succion en caoutchouc. — *Société Stomatologique*, janvier 1920.

G. MAUREL. — Perforation de la voûte palatine sous succion de dentier à valve de caoutchouc. — *Journal de Médecine*, 1922.

G. MAUREL. — Les perforations de la voûte palatine sous succion. Leur traitement chirurgical. — *A. F. A. S.* Grenoble, 1923. — *Revue Odontologique*, 1925, page 410.

G. MAUREL. — Fermetures autoplastiques des communications bucco-nasales. — *Revue Stomat.*, N° 11, novembre 1927.

A. MARRET. — Traitement des becs-de-lièvre. — *Thèse Lyon*, 1920.

A. MARIE et PIETHIEWIEZ (B. W.). — Essais d'études des troubles trophiques buccaux dentaires dans la paralysie générale. — *Revue Stomatologie*, février 1912, page 64.

P. MAZARS. — Perforation palatine post-opératoire. — *Odontologie*, N° 9, mars 1946, pages 61-62.

P. MARTINIER. — Clinique de Prothèse. — *Collection manuel du chirurgien-dentiste.*

MOURE. — *Revue maxillo-faciale*, 1918.

PETITJEAN P. — Contribution à l'étude de la perforation tuberculeuse de la voûte du palais. — Paris, 1920.

PONT A. — Maladie de la bouche et des dents. — Doin G., éditeur.

PONROY et PSAUME. — Restauration et prothèse maxillo-faciale. — Masson, éditeur.

ROBERT (J.). — Traitement chirurgical des perforations traumatiques du plafond buccal. — *Thèse de Lyon*, 1943. — Edit. Rey, Lyon.

THIBAULT et HENION. — *Société Stomatologie de Paris*, 19-5-1942.

WALLIS-DAVY. — *Société d'Odontologie de Paris*, 4-1-1921.

Résumé :

L'auteur conclut :

1° A la proscription absolue de valves en caoutchouc ;

2° A la nécessité de surveiller, de rectifier et de renouveler ces prothèses dont la durée est limitée ;

3° A l'importance de l'éducation du malade porteur d'une prothèse du haut, sur l'entretien et la durée limitée de ces prothèses ;

4° A la nécessité d'un examen minutieux fait par un praticien scrupuleux, de l'état de la muqueuse et de l'os sous-jacent avant la prise d'empreinte.

Resumen :

A propositó de un ciertó nñmero de pacientes atacados de perforaciones en el paladar debidas al uso de prótesis.

El autor concluye :

1° A la proscripción absoluta de la valvula de caucho ;

2° A la necesidad de vijilar las prótesis y á renovarlas periodicamente ;

3° A la importancia de una educación del paciente que debeser advertido que la sensación agradable de una estabilidad más grande del aparato puede causar graves complicaciones ulteriores ;

4° A la útilidad de un examen minucioso de los tejidos en las que se apoya la prótesis, las particularidades anatomicas pueden tener una gran importancia.

M. GUERRA.

Summary :

Concerning a certain number of patients presenting palatal perforations due to protheses the author concludes :

1° Absolute proscription of rubber valves ;

2° The necessity of checking of prosthesis and renewing it periodically ;

3° The importance of educating the patient who should be warned that the agreable sensation of a greater stability of their denture may be the cause of subsequent serious complications ;

4° The need of a careful examination of the tissues which will support the prothesis, anatomical particularities being susceptible to be of great importance.

J. FOURÉ.

VARIA

VARIATIONS ET LIEUX COMMUNS SUR LA DOULEUR

Par le Dr HENRI DREYFUS
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris

" Dieu fit l'eau pour couler, l'aquilon pour courir
" Les soleils pour brûler et l'homme pour souffrir. "

Depuis plus de 500.000 ans qu'il y a des hommes et qui souffrent, ceux-ci, n'en déplaise à Lamartine, ne se sentent pourtant pas voués fatalement à la douleur ; bien au contraire, à longueur de siècle, inlassablement, ils se sont efforcés de se soustraire à cette fin que prétend leur assigner le poète des *Méditations*. Ayant accédé de fraîche date à l'âge de l'analgésie, l'homme de notre temps dispose d'un riche clavier d'où, sous des doigts experts, peut s'envoler toute la gamme des anesthésiques capable de dominer la voix aigre de la douleur.

Douleur ! notre vieille ennemie, tu es souvent assoupie, ou tu fais mine de l'être, mais toujours on te sent menaçante, prête à te réveiller pour bondir au moindre signe de défaillance de cet état précaire et transitoire qu'est la santé. Aussi faut-il essayer de te bien connaître, et notre confrère Délibéros fut heureusement inspiré en te mettant récemment sur la sellette (1).

Oh ! tu ne manques pas de défenseurs, de fervents même : les mystiques d'abord, dont le refus de se dérober à ce qui leur paraît être imposé par la nature les fait t'accueillir et te subir un peu comme une rançon du péché originel, — puis ceux qui affirment que tu es pour l'âme la meilleure trempe. Les Stoïciens, au reste, ne professaient-ils pas que tu n'es pas un mal ? D'aucuns même font de toi un bien inestimable, en ce qu'ils t'attribuent le rôle du guetteur à l'affût de l'ennemi ; c'est là encore l'alibi du « double jeu » : le mal n'est pas la maladie et réciproquement. Car que de fois, sentinelle infidèle ou distraite, ne faillis-tu pas à ton hypothétique devoir ! En regard du coup de cloche d'alarme pour un début d'appendicite, que de circonstances où l'on voit s'inscrire toute la mesure de ta carence !

Si tu donnes de la voix pour un assaut sans portée générale, comme un panaris ou un lumbago, comme tu sais bien te taire quand c'est précisément le contraire qui importerait : dans la sournoise évolution de la tuberculose, tu es muette, muette aussi dans le cancer, le diabète, la lithiase biliaire ou urinaire, que sais-je encore, où tu ne daignes paraître

(1) *Art Dentaire*, 1947, N° 1.

que comme épiphénomène désormais sans utilité. Même dans notre domaine spécial, si pour une dent cariée tu pousses ton cri d'avertissement — un peu excessif, entre nous, et déplacé —, ton silence persistant permet au kyste de s'installer et de poursuivre, en catamini, son travail destructeur, méconnu jusqu'au jour de l'extériorisation.

Les sectateurs de Pangloss, pour qui tout est au mieux dans le meilleur des mondes possibles, demandent qu'on te soit reconnaissant pour le fait que tu veux bien nous faire connaître que le feu brûle et que l'aiguille pique. Mais pour t'en conserver quelque gratitude, il faudrait n'avoir jamais entendu la plainte des blessés ou l'horrible cri d'un brûlé. Et puis, on ne saurait omettre de porter à ton passif ceci : qu'à une époque encore toute proche, tu t'es laissé domestiquer par un peuple de tortionnaires pour la plus détestable des causes. Douleur, je ne te reconnais ni justification, ni excuse, ni prétexte honorable, et dussè-je commettre le délit de lèse-Duhamel, je me refuserai à te trouver « *belle et désirable* » (1).

Si l'on a toujours beaucoup souffert, on a presque autant disserté sur la douleur et son essence, mais les philosophes, en mal de précision, se montrent impuissants à la définir, découragés qu'ils sont par son extrême simplicité : ils se bornent à dire que, pour la connaître, il est nécessaire et suffisant de l'éprouver. Cependant, dans l'hypothèse d'un observateur qui ne l'aurait jamais affrontée, il n'est pas interdit de penser que cet observateur pourrait la connaître au moins dans ses modalités, grâce aux modifications organiques de défense qu'elle provoque, et qui pourraient devenir éléments de mesure, donc un peu de connaissance.

Les auteurs qui l'étudient de pair avec le plaisir, tendent à faire du plaisir et de la douleur deux faits physiologiques de même nature, mais de sens opposé : l'un serait le contraire de l'autre (une poire est-elle le *contraire* d'une pomme ?) Quoiqu'il en soit, la douleur prend des aspects multiformes, et les moins avertis en psychologie, font un rapprochement entre douleur physique et douleur morale. Mais ne se trouve-t-on pas plutôt devant une analogie que devant une identité, et n'est-ce pas, faute de trouver un autre terme, jouer un peu sur le mot qui désigne à lui seul deux phénomènes si différents — de même qu'on abuse quelque peu du mot *cœur*, lorsqu'on le prend dans des acceptions bien étrangères à ce noble mais innocent viscère ? Douleur morale et douleur physique se manifestent d'ailleurs par des réactions sans commune mesure, et les misanthropes ne se font pas faute d'affirmer, avec un sourire en coin, que la première se supporte mieux que la seconde. Mais il ne faut pas croire les misanthropes...

Ces propos qui se défendent de toute prétention à la philosophie, même la plus élémentaire, trouvent leur justification dans le fait qu'ils nous ramènent par une pente toute naturelle dans le champ de notre pratique quotidienne. En effet, nous sommes bien placés, hélas, pour

(1) « *On ne console pas quelqu'un en dépréciant sa douleur, mais bien en la lui montrant belle, rare, désirable* », écrit GEORGES DUHAMEL, cité par le Lt CHAUCHARD, in *Quelques pages médicales*, 1947, N° 9. — Phrase qui, peut-être parce que isolée de son contexte, a une résonance singulière, venant d'un médecin, qui, au lit du malade, dispose tout de même d'armes autres qu'une éloquence lénitive d'une onction toute sacerdotale.

observer la douleur selon ses deux modes, physique et moral : moral, car qu'est-ce donc que l'appréhension, sinon une douleur morale, l'appréhension qu'il ne faut pas toujours confondre avec la couardise et qui chez certains émotifs hypersensibles peut atteindre les confins de l'angoisse, en se traduisant objectivement par un certain nombre de réactions physiques. C'est elle, notamment, qui provoque chez les femmes cette déclaration, banale à force d'être entendue, qu'elles préfèrent avoir affaire à l'accoucheur qu'au dentiste.

Cependant cette appréhension devant la douleur ne se justifie pas en général, et ce n'est, par conséquent, pas tout à fait un paradoxe que prétendre qu'il nous est donné d'observer plus souvent et plus longuement la douleur morale que la douleur physique. Les patients (force m'est bien d'user de ce terme, impropre quelque sens qu'on lui donne) sont traînés vers nous, soit par la raison seule — cas le plus ordinaire, au moins dans la clientèle urbaine — soit par l'urgente nécessité. Dans cette dernière conjoncture, nous disposons, Dieu merci, d'efficaces moyens de soulager, trépanation opportune et bien conduite, ou acte opératoire exécuté sous le couvert de la seringue ou du masque, interventions conjuguées avec la médication analgésique (1).

Quant à nos interventions de dentisterie opératoire, elles peuvent, bien sûr, être génératrices de douleur, et il faudrait être cuirassé du triple airain de l'indifférence pour ne pas entendre s'éveiller en soi l'écho de la souffrance que peut causer tel de nos gestes, étant admis toutefois que cette compassion naturelle ne doit porter nul préjudice au résultat recherché, qui est de donner des soins complets. Il n'est pas ici question de dramatiser, mais au contraire de laisser aux faits leurs proportions réelles qui sont minimes. En effet, au cours d'une séance normale qu'exige, par exemple, la préparation d'une cavité sur dent vivante, il est établi que, grâce aux tours de main particuliers dont chacun est redevable surtout à sa propre expérience, les instants de souffrance vraie ne totalisent, en réalité, que quelques dixièmes de seconde, si bien qu'on pourrait appliquer à cette douleur ce que Maeterlinck dit de la mort qui, pour lui, ne serait effrayante que par ce qui la précède et ce qui l'entoure.

D'autre part, les réactions de nos malades sont extrêmement variables et la même douleur, toutes conditions égales, peut donner lieu à des effets très divers : c'est ainsi que la pénétration d'une sonde dans une pulpe sera pour l'un un incident vite oublié, alors que pour un autre ce sera presque un drame qui traînera longtemps dans sa mémoire. Pour quelques-uns qui devant le fraisage adoptent la formule « vite et tout », combien d'autres, par contre, préfèrent payer par acomptes leur tribut à la douleur : de là la multiplicité des pansements, qui sont d'une utilité contestable mais qui ont le mérite d'espacer les échéances et d'en diminuer l'importance. Il appartient donc au dentiste de s'adapter au tempérament de son malade, qui a tout de même son mot à dire, sans trop lui imposer les effets du sien.

A signaler, en marge de la douleur réelle, qu'il existe une sorte de

(1) Le bon La Fontaine écrivit un jour un long poème à la gloire du Quinquina. Quel poète chantera les vertus de la fée Aspirine ?

douleur imaginaire assez singulière à observer : il s'agit d'une extraction à froid, l'anesthésie a donné aux tissus mous et au maxillaire une insensibilité ligneuse prometteuse d'un succès complet ; la luxation se fait dans le silence, mais il arrive parfois que l'extraction proprement dite s'accompagne d'un cri violent. On est d'abord interloqué — et un peu vexé par l'échec apparent de l'anesthésie. Cependant, si on laisse passer vingt ou trente secondes, le temps d'un premier rinçage de la bouche, voici le dialogue qui s'engage en général : « Vous ai-je tellement fait mal ? — Pas du tout ! — Alors, pourquoi avez-vous crié ? — Je ne sais pas. » De fait, l'opéré *n'a pas souffert* : son cri n'est que l'écho d'un souvenir atavique qui va chercher son origine très loin, dans toute la série des générations ancestrales, pour qui l'extraction d'une dent était une des opérations les plus redoutées.

Il est enfin nécessaire de faire le départ entre ce qui est douloureux et ce qui est seulement désagréable. On ne saurait se dissimuler que les soins du dentiste sont communément jugés désagréables. A lui donc de mettre tout en œuvre pour ne pas accentuer cette impression, notamment en bannissant toute brusquerie, en se gardant d'écarter au grand maximum lèvres et joues, en évitant de faire sentir tout le poids de son bras par l'intermédiaire du miroir — tous ménagements qui ont leur importance —. Sans aller jusqu'à dire, en démarquant le proverbe, que la façon de donner ses soins vaut mieux que ceux qu'on donne, on devra néanmoins tendre à faire preuve de cette légèreté de main chirurgicale si appréciée, qui n'exclut pas la sûreté, et qui, si on ne la possède pas d'instinct, peut s'obtenir par une discipline rigoureuse.

Mais, hélas, il ne dépend pas de nous que le meulage d'une dent, même dépulpée, ne soit éminemment désagréable, de même que le jeu de la gouge et du maillet sur un maxillaire, si insensible qu'il ait été rendu.

Les chirurgiens d'autrefois cherchaient, en opérant, à se conformer aux préceptes du vieil adage : *tuto, cito, et jucunde*, — sûrement, rapidement, agréablement. Pour nous, dentistes, si nous nous efforçons bien d'agir avec sûreté, la rapidité, par contre, depuis la généralisation de l'analgésie sous toutes ses formes, a cessé de figurer parmi nos principales préoccupations, d'autant plus qu'elle peut être préjudiciable à la sûreté. Quant au troisième terme de l'adage : *jucunde*, nous devons toujours tendre à le mettre en pratique. Pour cela, il nous faut être pitoyables, c'est la condition première d'un bon équipement pour la lutte contre notre ennemie la douleur, qui ne doit jamais nous trouver blasés : à nous de donner tort à cet humoriste qui prétendait que l'on s'habitue à tout, même à la douleur, surtout celle des autres.

« Ceux-là sont dans l'erreur, écrivait le Prof. Jean-Louis Faure (1), « et nous connaissent mal qui pensent que la pratique de la chirurgie tue « fatalement dans l'âme de celui qui l'exerce toute douceur et sensibilité.

« Je suis convaincu que, bien au contraire, rien ne fait naître la pitié « pour ceux qui souffrent comme le spectacle quotidien de leur souffrance. »

On ne saurait mieux dire.

---

(1) Dr Jean-Louis Faure : *L'âme du chirurgien*. G. Crès, Paris, 1920.

REVUE DES PÉRIODIQUES

ACTINOMYCOSE

NICOD (J.-L.). — **Les porteurs d'actinomyces.** (*Revue Mensuelle Suisse d'Odontologie*, juillet 1947, page 626, 4 pages, 2 figures).

La bouche même apparemment saine contient de nombreux micro-organismes saprophytes et pathogènes, constituant des réserves dont la potentialité se révèlera occasionnellement lors d'un fléchissement de la défense locale ou générale.

Les sinus et les amygdales hébergent de nombreuses colonies qui trouvent dans la conformation anatomique de ces régions un habitat favorable.

A côté des levures on trouve quelques éléments mycéliens Oïdium albicans : Mycotorula albicans (en milieu acide) ; Leptothrix buccalis (séquestres osseux cryptes amygdaliennes).

On trouve quelquefois d'autres colonies mycéliennes plus petites et plus irrégulières. Ces colonies prennent fortement le gram. Ce sont des éléments du genre Actinomyces filaments grêles, ramifications latérales, renflés ou non en massue à leur extrémité.

On les trouve en moyenne 10 fois sur 100 amydgales examinées. Les conditions de l'examen n'ont pas permis de préciser l'espèce ; peut-être Actinomyces bovis ?

La présence d'un actinomycète n'est pas indifférente, certaines de ses localisations sont aussi graves que pratiquement incurables, véritables septicémies.

Les leptothrix peuvent également devenir pathogènes : Leptothrix pleuriticus (Rivolta).

En conclusion, le dentiste doit se souvenir que la bouche, les amygdales et les sinus sont normalement habités par de nombreux microorganismes qui, habituellement saprophytes, peuvent devenir pathogènes, il doit donc être en relations étroites avec l'oto-rhino-laryngologiste, de cette collaboration, les patients tireront souvent un grand bénéfice.

GOLDSWORTHY N. E. — **Actinomycosis with special reference to the cervico-facial type. L'actinomycose, spécialement dans sa localisation cervico-faciale.** (*The dental journal of Australia*, juin 1947, pages 225 à 241, 111 références bibliographiques.

Les auteurs exposent les connaissances classiques sur l'actinomycose, ils insistent spécialement sur ses manifestations cervico-faciales. Le dentiste est intéressé par ces localisations, il porte une responsabilité certaine puisqu'il est souvent le premier à constater les lésions à leur début. Le traitement doit être réservé au médecin. L. S.

ANESTHÉSIE

YVES SIBAUD. — **L'anesthésie intraveineuse de longue durée au pentothal.** (*Bulletin Médical*, N° 27, 21 septembre 1947, p. 381 à 383).

Le pentothal-sodium (thiobarbiturate) tend à remplacer actuellement dans le service du Professeur Sicard l'évipan-sodique.

Il présente l'avantage de procurer une meilleure résolution musculaire. Il est par contre dépresseur, notamment pour le centre respiratoire.

Il doit donc être employé concurremment avec un dispositif d'oxygénothérapie sous pression. Il doit être associé à la morphine qui renforce et prolonge son action.

Pour les interventions maxillo-faciales l'anesthésie au pentothal doit

être accompagnée d'une intubation endotrachéale par voie nasale et d'un tamponnement laryngé.

En l'absence de ces précautions cette anesthésie est formellement contre-indiquée. L. S.

M. TRIGLIANOS. **Anesthésie locale sans anesthésique.** (*Presse Médicale*, 5 juillet 1947).

L'auteur, oto-rhino-laryngologiste, rappelle les accidents rares, mais possibles, au cours de la résorption de certains anesthésiques locaux par les muqueuses richement vascularisées.

Sa méthode est basée sur le fait qu'une pression exercée sur le tronc d'un nerf ou ses terminaisons, supprime la transmission de l'excitation nerveuse : l'eau distillée stérile remplit les conditions nécessaires pour réaliser cette pression et a été utilisée avec succès pour certaines anesthésies du nez, des amygdales, de l'oreille externe, des lèvres.

Cette méthode donne de bons résultats : injecter l'eau distillée pour distendre la région opératoire, puis intervenir vite et tôt car la durée de cette anesthésie est courte. E. H.

DENTISTERIE OPÉRATOIRE

Weawer S. MARSHALL. — **Rost canal treatment with visual evidence of histologic repair. Le traitement des canaux radiculaires, accompagné d'illustrations mettant en évidence la réparation histologique.** (*Journal of the american dental association*, octobre 1947, N° 7, pages 483 à 497, 16 figures, 11 références bibliographiques.)

Présentation de 8 cas avec texte, radiographies et photomicrographies ; l'un des cas est décrit en détail, les 7 autres sont représentés par des illustrations.

Toutes les dents ont été traitées soit chirurgicalement, soit médicalement, des radios montrent les lésions primitives, l'obturation des canaux, et la réparation osseuse consécutive ainsi que l'étude histologique des dents extraites décalcifiées, colorées et sectionnées.

Dans 25 cas soumis à un examen histologique, aucun ne montrait une évidence microscopique d'infection, ni d'infiltration leucocytique.

Beaucoup de photographies montrent le recouvrement complet de l'extrémité radicale par du cément et du périodonte de nouvelle formation ; il en est ainsi en particulier en cas de curettage apical. Ce qui n'aurait pas lieu s'il restait de l'infection. Les photos montrent nombre de dents condamnées par la profession médicale, et cependant devenues indemnes de toute infection. Pendant les 25 dernières années, le traitement des pulpes infectées a été condamné par les praticiens les plus divers, la profession dentaire doit montrer que ce traitement peut être mené à bien.

L'auteur expose ensuite la biologie du cément et de la dentine ; l'expérience montre que le cément de nouvelle formation peut se déposer aussi bien sur des dents dévitalisées que sur des dents vivantes. Divers praticiens ont rapporté des observations où le cément envahit l'extrémité de la racine et la partie non obturée du canal allant jusqu'au contact du matériel d'obturation, mais cela n'arrive que lorsqu'il n'y a pas d'infection. C'est pourquoi ce mode de réaction peut être considéré comme un symptôme de guérison.

Le curettage apical bien conduit est le mode de traitement qui permet le mieux d'assurer une bonne obturation du canal. L'auteur s'étend ensuite sur les modalités de l'apicectomie.

Tous les cas présentés ont été traités soit par la dévitalisation arsénicale, soit par la monocaïne et des douzaines de techniques thérapeutiques ont été employées pendant 27 années de pratique. Tous ces procédés donnent les mêmes résultats, une dent stérile.

Toutefois, pendant tout ce temps, un seul mode d'obturation des canaux a été utilisé (rosin, chloroforme et gutta-percha appliqué par la méthode de Callahan). L. S.

MITCHEL K. F. — **The use of an occlusal matrix in wax pattern fabrication. L'emploi d'une matrice occlusale dans la construction des cires.** (*Denlal digest*, septembre 1947, pages 432 à 435, 13 figures.)

Traduction du résumé anglais. — Un nouveau procédé, présenté dans cette méthode de préparation des cires, consiste dans l'emploi d'une matrice occlusale.

Son but est d'assurer la reproduction de l'anatomie primitive de la dent et d'éviter les déformations dues à l'air froid et aux forces internes de la cire.

Cette méthode fixe la cire dans le procédé direct et dans le procédé indirect, elle supprime l'obligation d'articuler les modèles. L. S.

EMBRYOLOGIE

Doctoresse Elida ROSASPINI. — **Calcification et position des premières molaires supérieures permanentes, à l'époque de la naissance.** (*Ortodoncia*, avril 1947).

Ce travail, effectué sous la direction du Prof. titulaire de la Chaire d'Orthodontie, Dr Carrea, montre qu'à l'époque de la naissance, les premières molaires permanentes supérieures sont situées dans la portion de la tubérosité du maxillaire supérieur, croisée par le plan de Francfort. Deux des cuspides sont calcifiées : linguale et vestibulaire mésiale ou protocone et paracone. A. B.

FLUOR ET DENTS

FRIDMAN J. L. — **Variations morphologiques de la dentine sous l'influence du fluorure de sodium.** (*Stomatologie*, Moscou, 1946, N° 1, p. 20).

Les recherches cliniques et expérimentales sont poursuivies par l'auteur à l'aide de la solution de fluorure de sodium à 75 %, maintenue quelques instants dans les cavités et les sillons dentaires.

Sur les dents humaines, aucune modification n'est perceptible au microscope. Sur les coupes, par usure, des dents de chien, des bandes se laissent colorer, en bordure des cavités à l'union de la dentine normale et de la dentine irrégulière ; l'intensité de la coloration à l'hématoxyline semble liée à l'irritation pulpaire traumatique autant qu'à l'imprégnation fluorique.

L'action calmante du fluorure de sodium dans l'hyperesthésie dentinaire répond à une influence physico-chimique et même toxique sur l'appareil sensitif de la dentine.

Deux microphotographies accompagnent cet article. L. Lebourg.

LEBOURG (Dr L.). — **Quelques données pratiques en ce qui concerne la prophylaxie de la carie par le fluor.** (*Information Dentaire*, 27 juillet 1947, p. 841).

Dans un article très court mais fort substantiel se trouvent rassemblées des indications bibliographiques et quelques formules thérapeutiques susceptibles d'intéresser tous ceux dont la curiosité est alertée par les nombreux articles écrits sur la question du fluor.

GLANDES SALIVAIRES

DECHAUME M., CHAPUT Mme A., BUREAU P., PIETTE. — **Sur un cas de lithiase parotidienne.** (*Revue de Stomatologie*, N° 10, 1947, p. 600 à 603).

Présentation d'une observation de lithiase parotidienne ayant évolué d'une façon atypique. La sialographie ne révèle pas de calcul. Deux interventions chirurgicales successives à quelques mois d'intervalle ont finalement abouti à l'énucléation d'une concrétion très dure.

Le calcul examiné ne contient ni phosphore, ni calcium, il est insoluble dans les acides Chl. et Az., il est soluble dans l'eau régale. Les auteurs signalent par contre une quantité anormale de Fer, 3 mg. 5, soit environ

7,5 % de fer métallique ; ils insistent sur les difficultés du diagnostic qui n'a pu être fait qu'à la deuxième intervention et aussi sur le fait que la dilatation du canal portait aussi bien en amont qu'en aval du corps étranger. Enfin la présence d'une telle quantité de fer est inexplicable. L. S.

NOMENCLATURE

BÉLIARD M. — **Plaidoyer en faveur de la classification de la prothèse dentaire en prothèse adjointe et prothèse conjointe.** (*Revue de Stomatologie*, N° 10, 1947, p. 589 à 596).

M. Béliard essaye d'intéresser les praticiens à l'emploi de termes exacts et précis pour la désignation de leurs travaux et pour nommer les différentes phases de leur activité.

On reste confondu lorsque l'on compare la minutie des mensurations, des pesées et autres déterminations avec l'imprécision du vocabulaire employé dans les milieux scientifiques.

« Ce que l'on conçoit bien s'énonce clairement.....

. . . . . .

C'est un littéraire qui a écrit cela, les scientifiques pourraient en faire leur profit. Si le langage biologique était rationalisé, les étudiants perdraient moins de temps à l'assimiler, ils ne risqueraient plus d'employer pendant des années un mot dans un sens tout à fait erroné.

M. Béliard nous propose les mots adjointe et conjointe pour qualifier les différentes sortes de prothèses. Il justifie son choix par un raisonnement parfaitement logique, il nous donne l'étymologie. Les deux mots sont homogènes d'origine entièrement latine : préfixes et racines.

Personnellement nous ne pouvons qu'approuver la méthode employée par M. M. Béliard pour introduire dans notre vocabulaire deux mots appartenant jusque-là à la langue non spécialisée.

Nous tenons à profiter de l'occasion qui nous est offerte pour réparer quelques oublis faits dans la bibliographie d'un article publié dans *L'Odontologie*, en 1946 (Rationalisation du vocabulaire scientifique en particulier dans les sciences biologiques). Les travaux de M. M. Béliard et de M. Beauregardt sur la terminologie en prothèse et en orthodontie n'ont pas été cités comme ils auraient dû l'être ; qu'ils veuillent bien nous pardonner cette omission qui ne répondait pas à notre volonté. Quelques revues, parmi les plus récentes, avaient échappé à notre attention.

M. M. Béliard constate dans son article qu'une commission de nomenclature a été fondée et il est un peu désappointé que cette fondation n'ait pas eu lieu dans la Société dont il est depuis longtemps l'un des animateurs.

Nous voudrions le rassurer sur les intentions de la commission de nomenclature qui a vu le jour à la Société d'Odontologie de Paris.

Elle n'est pas la commission d'une Ecole ; elle est ouverte à *tous les praticiens de langue française*. Dès le début, elle a groupé des confrères d'origines les plus diverses.

Tous ceux que les questions de vocabulaire intéressent sont invités cordialement à participer à ses travaux où la politique professionnelle n'a pas de place. L. S.

ORTHODONTIE

LEPOIVRE J. — **Génétique et orthodontie.** (*Revue de Stomatologie*, N° 10, 1947, p. 604 à 615, 6 références bibliographiques).

La forme et la physiologie de l'adulte (phénotype) dépendent de l'interraction des potentialités internes commandées par la nature et la disposition des gênes et du milieu extérieur.

On peut agir sur les déformations instaurées par des actions extérieures. C'est le domaine de l'orthodontie proprement dite. On est actuellement désarmé pour la prévention des déformations liées à l'influence génétique. Toute correction de ces anomalies est du ressort de la chirurgie et de la prothèse maxillo-faciale.

D'où la nécessité de faire un diagnostic étiologique. Les différents indices Izard, Pont sont passés en revue.

L'indice d'Izard. — (Le diamètre bizygomatique représente le double de la largeur maxima de l'arcade supérieure.) Cet indice est vrai chez l'adulte, il varie au contraire pendant toute la période de croissance, c'est-à-dire celle précisément qui intéresse l'orthodontiste. Les normes doivent être vérifiées et de nouveaux indices doivent être établis en fonction de l'âge physiologique des sujets.

L'indice de Pont. — (Rapports fixes entre la somme des diamètres incisifs et des largeurs aux PM et aux M). Cet indice de l'avis de son promoteur doit à chaque fois être appliqué avec un certain sens critique. Si l'on constate qu'un sujet a des incisives anormalement larges ou étroites, associées à un maxillaire lui-même hyper ou hypo développé, il faut savoir interpréter ces cas. Un enfant peut hériter des dents larges du père et du petit maxillaire de sa mère.

Ces réserves étant faites sur l'emploi des indices, toute la question revient à décider si l'on se trouve en présence d'une lésion héréditaire ou d'une lésion acquise.

Comme type de malformations acquises M. Lepoivre cite les lésions rachitiques.

Les lésions acquises sont éminemment du ressort de l'orthodontie.

Comme type de malformations héréditaires, l'auteur est plus réservé, dans l'ignorance actuelle où nous sommes de l'action des gènes dominants ou récessifs nous devons par l'étude des statistiques et des jumeaux monozygotes nous faire petit à petit une opinion. Quelques faits semblent déjà établis.

Un germe est dominant si l'on retrouve son action chez un ascendant ou un descendant.

Dans une fratrie où il y a des enfants qui portent la malformation ceux qui en sont indemnes ne la transmettent pas.

Un gène est récessif.

Lorsque la malformation apparaît surtout chez les enfants issus de mariages consanguins.

Les ascendants et les descendants sont normaux. L'auteur cite encore quelques lésions qu'il interprète les unes comme héréditaires les autres comme acquises.

Taches brunes de l'émail.....	héréditaires.
Incisives latérales conoïdes.....	héréditaires.
Agenésies dentaires	(gène dominant).
Macrodontie	
Tubercules supplémentaires	
Dysplasie de Capdepont.....	héréditaire. (gène récessif).
Endognathies symétriques	acquises. (en général).
Prognathisme	héréditaire (presque toujours).

L'auteur cite à cet effet et reproduit la généalogie des Habsbourg de 1337 à 1700. Neuf prognathies se succédant pendant neuf générations.

Le traitement. — Dans les lésions acquises les différents procédés de l'orthodontie peuvent être efficaces. Dans les lésions héréditaires seule la chirurgie peut corriger les défauts. La disjonction palatine de Huet est classée par M. Lepoivre dans les interventions chirurgicales plastiques.

L'auteur conclut en soulignant, avec raison, l'importance du contact entre généticiens et stomatologistes.

Personnellement nous espérons que l'avenir nous apportera d'autres possibilités. On ne connaît assez bien que la structure de quelques chro-

mosomes, ceux des cellules des glandes salivaires de la drosophyle. Les grossissements inespérés du microscope électronique seront peut-être un jour mis à la disposition des biologistes et ce sera l'expérimentation directe. On identifiera peut-être les gènes qui commandent la région bucco-dentaire. Le diagnostic étiologique ainsi élucidé, le traitement orthodontique pourra être institué avec le maximum de chances de réussite. L. S.

PONT A. — **Quelques considérations sur l'influence de l'hérédité en orthodontie.** (*Revue de Stomatologie*, N° 7, 1947, p. 395 à 397).

Rappel des lois de Mendel, le croisement de deux individus peut donner lieu à plusieurs combinaisons différentes. Dans la descendance. L'application de ces lois aux caractères maxillo-dentaires explique qu'un individu peut hériter de ses parents avec de petits maxillaires de dents volumineuses et inversement.

Au point de vue orthodontique, ces faits doivent être soigneusement retenus car ils justifient parfaitement l'extraction de certaines dents préalablement à toute tentative de régularisation des arcades dentaires. Cette réaction contre les théories trop exclusives d'Angle doit toutefois être conduite avec prudence et s'appuyer sur un examen approfondi. L'extraction doit rester l'exception. L. S.

Dr Hercules PROVERA. — **Le distalement à l'aide du ressort spiral.** (*Ortodoncia*, avril 1947).

L'auteur, rappelant une communication antérieure, en collaboration avec le Dr Locci (*Ortodoncia*, avril 1944), montre la sûreté d'action du ressort spiral, type ressort à boudin par enroulement sur l'arc, adjoint à l'arc type angle, avec ou sans emploi d'une force élastique inter-maxillaire. A. B.

Dr Frutos TORRES. — **Démonstration pratique du mécanisme d'action de l'arc double de Johnson.** (*Ortodoncia*, avril 1947).

L'auteur montre par des cas traités, d'une part, et, d'autre part, à l'aide d'un ingénieux dispositif articulé sur lequel les dents du modèle sont préparées, les diverses possibilités d'action du dispositif de Johnson, qu'il a modifié. Il utilise un arc lingual et un arc vestibulaire en fil d'acier dur de petit diamètre.

Cet ensemble est dépourvu de force d'expansion proprement dite, mais produit des déplacements dentaires individuels et a des résultantes différentes selon la position des tubes d'ancrage et des ligatures reliant les dents à un des arcs ou aux deux arcs. L'adjonction d'un ressort en spirale, type ressort à boudin, par enroulement sur l'arc, donne des possibilités de mouvement distal. A. B.

TOWNEND B. R. — **The twin wire arch. L'arc double.** (*British dental journal*, octobre 1947, N° 8, pages 165 à 170, 21 figures.)

Description d'un arc double formé de la juxtaposition de deux fils d'acier inoxydable de 0 mm. 3.

L'article indique la construction de l'arc, des bagues d'ancrage, des accessoires (moyens de fixation de l'arc sur les bagues d'ancrage, sur les dents à mouvoir).

Puis l'auteur décrit le mode d'emploi de l'arc pour les mouvements individuels et pour l'expansion des arcades. L. S.

PARODONTOSE

P. L. MARONNEAUD. — **La thérapeutique de la pyorrhée.** (*Gazette Médicale de France*, paris 1947, t. 54, n° 20, deuxième numéro d'octobre, p. 661).

L'auteur interprète la pyorrhée comme un syndrome dont le substratum pathologique serait représenté par un trouble primitif d'ordre trophique frappant le périodonte et sur lequel viendrait se greffer tout aussitôt un élément infectieux secondaire.

Ce syndrome illustre un si grand nombre d'altérations organiques ou

fonctionnelles, locales et générales, qu'il rappelle brièvement les chapitres si complexes de l'étiologie, de la pathogénie et même de l'anatomi-pathologie avant de parler de la thérapeutique.

Ce dernier chapitre est traité en détail ; il représente une véritable synthèse des travaux de Lumière, Hulin, R. Vincent, Dubecq et de Grailly.

L'auteur signale d'abord l'importance de la prophylaxie et insiste sur le rôle favorisant dû aux déséquilibres dentaires, aux dystopies, aux extractions des dents permanentes chez l'enfant, aux restaurations dentaires défectueuses.

Chez l'adulte, le traitement curatif comporte, tout d'abord, un traitement causal, puis anti-infectieux local et général ; puis le traitement de la lésion pyorrhéique proprement dite : le clapier, qui est la lésion pathognomonique et de l'atonie des tissus mous (gingivosclérose). Enfin, il met en relief les avantages que l'on peut tirer de la prothèse, du moins quand celle-ci répond strictement à deux conditions précises : solidariser les dents entre elles et ne prendre aucun point d'appui sur la muqueuse.

Orban BALINT. — **Periodontal disturbances practical management. Troubles périodontiques, traitement pratique.** (*Journal of the American Dental Association*, 15 octobre 1947, N° 8, p. 545 à 556, 16 figures, 6 références bibliographiques).

Le diagnostic correct est à base d'un traitement rationnel. L'auteur a présenté à plusieurs reprises une classification des parodontoses. Il insiste pour que la nomenclature soit unifiée. C'est ainsi qu'il fait ressortir la différence de sens qui sépare le mot hypertrophie du mot hyperplasie. La classification proposée en 1942, *Journal of Periodontology*, 13 : 88, juillet 1942 ; *Journal of the American Dental Association*, juillet 1943 ; *Journal of Periodontology*, octobre 1943, est reproduite.

Le diagnostic comporte un examen clinique des gencives (couleur, consistance, etc...), des culs de sac pathologiques, des radiographies ; l'étude de l'occlusion à l'état de repos et dans les mouvements de latéralité.

En général le diagnostic peut être fait en une séance, quelquefois il demande davantage. Si des troubles généraux sont soupçonnés il faut un examen général (examen hématologique, recherche de la glycémie, recherche du taux de la vitamine C, diabète, néphrite, etc... Les fonctions hépatiques doivent être vérifiées, ainsi que l'état des glandes endocrines, et les différents métabolismes. Toutefois le traitement local doit être commencé sans tarder, il est rare que l'on doive attendre le résultat des examens médicaux.

Traitement local. — Les culs de sacs doivent être supprimés. L'hygiène buccale doit être instituée (détartrages, brossages par le patient, etc...). Meulage des dents pour éliminer les surcharges mécaniques. Remplacement des dents absentes, élévation ou abaissement de l'articulé.

Environ 85 % des cas peuvent être traités par des moyens locaux.

L'auteur estime qu'il n'y a que 15 % des cas qui soient dus à des causes d'ordre général.

Traitement chirurgical. — L'indication formelle de ce traitement se pose lorsque le cul de sac n'intéresse qu'une seule dent. Les attaches gingivales étant conservées au collet des dents adjacentes, il n'y a pas de chance pour que la résorption gingivale s'effectue spontanément.

Souvent, il faut commencer par le traitement médical et n'intervenir que secondairement chirurgicalement.

Jusqu'à quelle profondeur le cul de sac est-il curable. L'auteur répond tant qu'il reste en deçà de la région apicale et tant qu'il n'atteint pas la trifurcation des racines des molaires supérieures.

Considérations esthétiques. — Les patients doivent être prévenus du résultat probable du traitement. Si l'esthétique ne peut être rétablie par le port d'une gouttière il peut être indiqué de procéder à l'extraction. L'auteur présente des photos de gouttières en matière acrylique, destinées à masquer les racines visibles.

Atteintes de la bifurcation des racines. — Au maxillaire on est conduit en général à l'extraction ; à la mandibule, les molaires peuvent être maintenues pendant des années.

Pronostic. — Dépend des facteurs étiologiques. Si ceux-ci sont supprimés, le pronostic est bon. Si la maladie est liée à des facteurs d'ordre général, le pronostic est défavorable. Avec les progrès de l'examen clinique, on doit pouvoir serrer le problème de plus en plus près.

La question du réattachement des tissus gingivaux au cément est souvent discutée à propos de la gingivectomie.

Si le réattachement des tissus pouvait être assuré, il serait préférable à l'élimination chirurgicale des tissus décollés.

Théoriquement ce réattachement est possible si tout l'épithélium à la face interne du cul de sac est enlevé. Un caillot sanguin peut être « organisé », remplacé par du tissu conjonctif qui pourra produire une nouvelle couche de cément sur la surface dénudée. Ainsi les fibres conjonctives pourraient être enrobées dans le cément néoformé et constituer un véritable réattachement. L'auteur a observé de tels faits, mais seulement dans les cas d'abcès périodontiques aigus.

Dans les périodontites chroniques qui constituent 99 % des cas de parodontoses avec culs de sacs profonds, il est contraire aux lois de la biologie de s'attendre à un réattachement.

Dans ces cas le tissu conjonctif est dans un stade d'inflammation chronique, la circulation est pauvre, la surface radiculaire est nécrosée et infectée. Il est inutile de perdre du temps à attendre un réattachement hypothétique. L. S.

JANSMA J. R. — **Quelques réflexions à propos de l'étiologie des parodontopathies.** (*Paradentologie*, N° 3, août 1947, page 93.)

En 1940, le médecin australien Gergg a remarqué que la rubéole se développant chez la femme aux premiers mois de la grossesse, retentit sur la santé de l'enfant.

On note des désordres importants : cataracte, vices de conformation du cœur, surdité, arriération mentale.

D'après Swan, la rubéole, dans les deux premiers mois, troublerait la santé du fœtus dans la proportion de 100 %, au troisième mois, le pourcentage tomberait à 50 %.

L'auteur se demande, par analogie, si certaines maladies infectieuses ne seraient pas susceptibles de troubler la formation des maxillaires et des dents. Peut-être trouverait-on là une explication à la prédisposition aux caries et aux parodontoses. L. S.

LIBINA S. I. — **Parodontose chez les tuberculeux.** (*Stomatologie*, Moscou, 1946, N° 3, page 33).

Pendant la guerre, 52,9 % des tuberculeux étaient atteints de parodontose à des degrés divers et à tous les âges. 26 % des tuberculeux âgés de 15 à 19 ans en étaient atteints et 88 % de ceux qui avaient dépassé 50 ans.

Les lésions étaient plus marquées chez les tuberculeux ayant des troubles du métabolisme et en particulier une avitaminose ou une hypovitaminose C. L'amélioration était obtenue par l'association du traitement local et de la C-vitaminothérapie ; chez les tuberculeux, la gingivite scorbutique a paru revêtir un caractère particulier, dominé par la lyse alvéolaire. Celle-ci, chez ces malades, serait le symptôme le plus précoce de l'avitaminose C. Si bien que la parodontose à elle seule doit faire procéder au dosage de l'acide ascorbique dans les humeurs. Chez le tuberculeux, moins de quatre milligrammes d'acide ascorbique par litre de sang commande la C-vitaminothérapie.

Neuf références bibliographiques accompagnent ce travail.

L. Lebourg.

PATHOLOGIE BUCCO-DENTAIRE

Rolf WANG-NORDERUD. — **Tumeur mélanique avec métastase gingivale.** (*Den Norske Tannlaegeforenings tidende*, N° de septembre 1947.)

L'auteur rapporte un cas de métastase gingivale causée par une tumeur mélanique.

Au cours de l'été 1945, la malade se faisait débarrasser d'un nœvus sur la fesse droite.

En décembre 1946, de vives douleurs à l'aîne droite l'obligeaient à se faire opérer. On procéda à l'ablation de quelques ganglions lymphatiques : le diagnostic étant « tumeur mélanique ».

Une nouvelle opération révéla des cellules cancéreuses à l'emplacement du nœvus.

En mars 1947, la malade remarqua une tumeur dans la région de la tubérosité du maxillaire gauche. Cette tumeur avait environ la taille d'une noisette et était de teinte brunâtre. On notait une légère résorption de l'os sous-jacent. Un examen au microscope révéla une tumeur mélanique.

L. S.

PATHOLOGIE DENTAIRE

DECHAUME M. et M^me^ A. CHAPUT. — **Granulome interne de la pulpe coronaire sur une incisive centrale supérieure temporaire (Pulpome ?).** (*Revue de Stomatologie*, août-septembre 1947, pages 531 à 535, 4 figures.)

Intéressante observation d'un granulome interne sur une dent temporaire. Les auteurs signalent qu'il n'existe pas d'observation de cette nature.

Il s'agit d'un enfant de 28 mois, depuis l'âge de 20 mois, la mère avait noté la présence d'une petite tache sanguine sous l'émail de la centrale supérieure droite. Lorsque les auteurs l'examinent, l'émail est déhiscent et un petit bourgeon charnu est visible dans l'orifice coronaire. Apex normal, ainsi que le germe sus-jacent. L'enfant est suivi jusqu'à l'âge de cinq ans, la dent est toujours présente sur l'arcade, la couronne est fortement entamée sur sa partie interne.

Le granulome interne décrit par Schweiger en 1931 est une lésion rare, la cause en est inconnue, probablement endogène. Le traitement sur les dents permanentes est la dévitalisation systématique et l'obturation du canal.

L. S.

PÉNICILLINE

D^r^ L. RONQUÈS. — **Effet anticoagulant de la pénicilline locale.** (*Presse Médicale*, 11 octobre 1947).

Ce sont les stomatologistes américains qui, les premiers, remarquèrent l'action anticoagulante de la poudre de pénicilline qui gêne la formation du caillot dans les cavités d'apicectomie.

Fleming et Fish confirmèrent cette propriété et prouvèrent qu'elle est due à la pénicilline elle-même et non pas à une impureté. Ces auteurs, pour éviter toute complication, conseillent d'utiliser des solutions dont le taux ne dépasse pas 100 unités par centimètre cube.

E. H.

MM. TOURAINE, SALÉ et FOUCQUIER. — **Lichen aurique érythrodermique. — Guérison rapide par pénicilline et bismuth quotidiens.** (*Presse Médicale*, 16 août 1947).

Ces auteurs par une injection quotidienne de bismuth et 200.000 unités de pénicilline par jour ont guéri un lichen érythrodermique survenu après 2,50 gr. de crysalbine. Après deux jours de traitement la stomatite a disparu, l'érythrodermie en 5, les papules du lichen en 6. Le traitement a eu une durée totale de 11 jours.

E. H.

PROTHÈSE

DEVERELL A. C. — **Some observations on acrylic resins. Quelques remarques sur les résines acryliques.** (*British dental journal*, septembre 1947, N° 6, pages 115 à 122, 11 figures.)

Les résines acryliques apportent un élément nouveau et d'une grande valeur pour la pratique moderne de l'art dentaire.

L'auteur met en garde contre l'emploi inconsidéré de ce nouveau matériau.

Toute négligence est susceptible d'apporter des échecs que l'on risque d'imputer à la résine et qui sont dus en réalité à l'ignorance et au mépris de la technique d'emploi.

L'auteur décrit le matériel, les moules, le choix des couleurs, le bourrage des moules. Il donne enfin des détails sur la conduite de la chauffe qui doit conduire à une polymérisation correcte. L. S.

BOYLE Horace H. — **The importance of the vertical dimension in complete dentures. L'importance de la dimension verticale dans les dentiers complets.** (*British dental journal*, octobre 1947, N° 8, pages 159 à 165, 5 figures, 7 références bibliographiques.)

La dimension verticale dans la denture normale est la distance verticale partant du point correspondant à la crête du procès alvéolaire des maxillaires sur la ligne médiane de la région incisive, à la crête du bord alvéolaire de la mandibule.

La hauteur verticale correcte dans les dentiers complets est celle qui, lorsque les dentiers sont en bouche, en occlusion, redonne au tiers inférieur de la face les proportions qu'elle avait avant la perte des dents naturelles.

Quel que soit le degré de résorption des procès alvéolaires, tout manquement du rétablissement de la hauteur verticale par un dentier complet sera suivi d'un manque d'efficience et d'un échec esthétique.

Bien plus, la restauration incorrecte des proportions peut être suivie d'effets pathologiques dans la région des articulations temporo-mandibulaires, qui peuvent être d'une certaine gravité.

L'auteur donne ensuite des indications avec plusieurs illustrations sur les procédés techniques permettant de construire des appareils restaurant correctement la hauteur verticale. L. S.

CHILD Harry B. — **Les hydro-colloïdes, un matériau parfait pour les empreintes.** (*Art dentaire*, 1947, N° 2.)

L'emploi des hydro-colloïdes à base d'agar jouit, depuis quelque temps, des faveurs de nos confrères américains.

L'auteur nous en expose les avantages :

Les hydro-colloïdes se prêtent à tous les travaux ; empreinte directe ; facilité d'emploi de la méthode indirecte pour inlays, couronnes, bridges.

Quelques précautions doivent être prises :

Le tissu gingival interdentaire doit être soigneusement refoulé au moment de la prise d'empreinte de façon à bien dégager les bords des cavités, la température doit être soigneusement contrôlée, le refroidissement de la pâte doit être rapide.

Après la prise d'empreinte, les opérations suivantes se passent au laboratoire ; elles ne diffèrent pas de celles conduites par les méthodes anciennes. L. S.

KLEIN Henry, DOLLAR Melvin L., BADGONAS Joseph E. — **Dentist-time required to perform dental operations. Le temps nécessaire au dentiste pour accomplir ses opérations.** (*Journal of the american dental association*, août 1947, N° 3, pages 153 à 160, 7 tableaux, 7 références bibliographiques.)

Les auteurs se sont livrés à une enquête minutieuse sur le temps nécessaire pour accomplir certaines opérations dentaires courantes.

En tenant compte de l'âge des patients, de l'âge des opérateurs et des divers actes opératoires, ils ont dressé plusieurs tableaux qui donnent des renseignements moyens. Les opérateurs observés étaient au nombre de 409, le nombre total des opérations contrôlées est de 8.670.

Les auteurs pensent, à juste titre, que ces renseignements peuvent rendre des services appréciables lorsqu'il s'agit de dresser les plans d'une action sanitaire sociale. L. S.

DEUPÈS DE PERPESSAC R. — **Pince prothétique dentaire et ancrage escamotable.** (*Revue de Stomatologie*, N° 10, 1947, p. 628 à 632, 6 figures).

Présentation et description. — 1° D'une pince élastique destinée à remplacer les crochets soudés aux appareils de prothèse.

Un petit boîtier fixé à l'appareil permet le libre jeu de la queue de la pince, réalisant ainsi une liaison élastique. Les extrémités libres de la pince, constituée par un fil d'acier souple, peuvent s'écarter au moment de la pose de l'appareil, ils s'ajustent d'eux-mêmes intimement au collet de la dent lorsque la pièce prothétique est à sa place.

2° D'un ancrage escamotable, petit bouton à ressort fixé dans un boîtier contenu dans la pièce prothétique. Ce petit bouton revenant automatiquement à sa position première, assure une excellente rétention.

Il remplace les crochets et contribue à satisfaire les exigences de l'esthétique. L. S.

NÛRANEN John V. — **The plastic ocular prosthesis. La prothèse plastique oculaire.** (*Dental digest*, septembre 1947, pages 439 à 455, 15 figures.)

Traduction du résumé anglais. — Au début de la deuxième guerre mondiale, le stock d'yeux artificiels et les matériaux pour les construire étaient peu abondants. Pour cette raison, à cause des besoins proches, l'Amirauté commença à faire des recherches en vue de trouver une prothèse plus satisfaisante qui réunisse les qualités d'efficience, de confort et d'esthétique.

On apprit vite qu'un œil acrylique bien fait était presque indestructible, que le confort était lié à la confection individuelle et que le problème le plus important qui restait à résoudre était la mobilité de cette prothèse.

La technique de la restauration oculaire plastique enseignée à l'Ecole Dentaire navale des Etats-Unis est le résultat contrôlé de recherches continues au laboratoire et à la clinique en matière de matériaux, d'équipements et de procédés.

Cette technique est décrite du point de vue des contingences de la marine qui diffèrent des éventualités civiles.

Le personnel de service est utilisable pour le traitement et l'ajustage à tout moment. Ce personnel est en contact étroit avec les patients atteints de lésions semblables. Les blessures de la zone orbitaire sont souvent étendues et le problème de la restauration est en conséquence plus compliqué.

La chirurgie qui précède la prothèse oculaire et les caractéristiques résultantes du moignon sont importantes pour le succès de la restauration.

La nécessité de la coopération entre l'ophtalmologiste et le chirurgien-dentiste apparaît immédiatement. L'expérience à l'Ecole Dentaire navale a montré que le mieux, dans les cas moyens, est d'être adressé par l'ophtalmologiste pour la restauration quatre semaines après l'acte chirurgical.

L'article décrit minutieusement la confection d'un œil artificiel depuis la prise d'empreinte, le travail au laboratoire, jusqu'à la pose et l'ajustage de la prothèse. L. S.

SCHMIDT Arthur A. — **Partial dentures. Planning and designing. Dentiers partiels, conception et tracé.** (*Journal of the American Dental Association*, octobre 1947, N° 8, p. 562 à 569, 5 figures, 2 références bibliographiques).

L'application des dentiers partiels soulève de nombreux problèmes. Le respect des fonctions physiologiques des tissus durs et mous doit être assuré. On ne peut y parvenir que par une étude raisonnée des interactions

qui s'exercent de l'appareil aux tissus et vice-versa. De cette étude préalable doit découler la forme des contours de l'appareil.

Les moyens de fixation en particulier sont d'une importance primordiale pour le maintien d'un fonctionnement physiologique correct.

Le tracé des emplacements de crochets doit être fait au moyen du parallélomètre.

Ce travail doit être exécuté par le praticien lui-même qui doit ainsi guider l'exécution ultérieure par le technicien. L. S,

RIVAULT M. — **Les bridges de contention**. (*Art dentaire* 1947, N° 2, pages 3 à 12, 28 figures.)

Présentation de six cas différents de bridges :

1° Patient atteint de résorption sénile précoce ;

2° Patiente atteinte de parodontose ;

3° Patiente sans aucune affection, résorption physiologique ;

4° Patient atteint de parodontose pyorrhéique ;

5° Bridge de contention avec fausse gencive amovible, patiente atteinte de parodontose pyorrhéique ;

6° Bridge de contention complet de l'arcade.

Tous ces travaux sont présentés avec d'excellentes illustrations qui permettent de suivre des commentaires précis, réduits à leurs plus strictes nécessités. L. S.

RADIOTHÉRAPIE

CERNÉA P. et BATAILLE R. — **Les altérations dentaires provoquées par la radiothérapie ou la curiethérapie de la région cervicale**. (*Revue de Stomatologie*, août-septembre 1947 ; pages 509 à 531, 13 figures, 9 tableaux, 16 références bibliographiques.)

Travail reposant sur 32 observations dont 30 sont dues au Dr Baclesse et à ses collaborateurs de l'Institut du Radium. Depuis 20 ans, les médecins de la fondation Curie ont remarqué que des altérations dentaires suivaient certains traitements radiothérapiques.

Les altérations dentaires se produisent à la suite de traitements radiothérapiques ou curiethérapiques, pour des lésions cancéreuses buccales, pharyngées, parotidiennes, temporales, cervicales. Les premières dents atteintes sont les incisives inférieures, puis les dents postérieures.

Au maxillaire supérieur, l'évolution est moins régulière.

La lésion débute au collet de la dent. La région cervicale de la dentine est altérée, colorée, ramollie.

On assiste peu à peu à la disparition de la couronne. Les racines restantes sont douloureuses à la percussion.

A côté des signes physiques, les auteurs décrivent des signes fonctionnels et subjectifs. Les racines restantes sont douloureuses à la percussion, il peut exister des douleurs spontanées.

Les auteurs pensent que la grandeur des champs d'irradiation et leur situation conditionnent l'apparition des lésions.

L'irradiation cervicale seule est suffisante pour déclancher l'apparition des lésions dentaires.

Devant le danger de radionécrose que fait courir au patient toute extraction au niveau d'un os irradié on prend en considération le souci des radiologistes qui insistent pour éliminer d'abord toutes les dents suspectes.

Pour les auteurs, la fourche et le glomus carotidiens sont placés en plein centre d'irradiation. Cette région est un véritable centre sympathique réglant la circulation sanguine, en partie la secrétion parathyroïdienne et la secrétion cortico-surrénalienne. Une lésion de cette région peut donc retentir sur les organes dentaires.

Les auteurs pensent que ces études, qu'ils se proposent de poursuivre, sont de nature à éclairer le problème de l'étiologie de la carie dentaire.

L. S.

SULFAMIDES

BEGAUX F. — **Les sulfamides dans le traitement local des racines dentaires infectées.** (*Revue Belge de Stomatologie*, mars 1947, pages 21 à 32, 10 références bibliographiques.)

Après avoir essayé tous les traitements désinfectants classiques des canaux radiculaires, l'auteur a fini par adopter l'emploi des sulfamides.

Après alésage et nettoyage mécanique, on introduit une mèche portant une solution de sulfanilamide dans l'acétoaminoéthanolacétique (exoseptoplix). Ce pansement est laissé trois ou quatre jours ; il est rarement renouvelé plus d'une ou deux fois.

L'obturation du canal est faite avec parties égales de sulfamilamide et oxyde de zinc, avec addition d'une petite quantité de minium, le tout en suspension dans une solution de sulfanilamide.

L'obturation définitive est mise en place au bout de 4 ou 5 jours.

La guérison clinique est ainsi obtenue en quatre à six séances.

La combinaison du traitement local et du traitement général ou sulfathiazol ne parait pas avoir apporté d'avantages précis.

Comparant les résultats obtenus par les méthodes classiques et l'emploi des sulfamides, l'auteur annonce 20 % de plus de guérisons en faveur du dernier procédé.

Encouragé par ses statistiques, l'auteur est devenu plus conservateur, il fait cependant quelques réserves sur la nécessité qui s'impose parfois de recourir aux méthodes chirurgicales. L. S.

OSTRANDER F. D. — **Recent trends in use of sulfonamides. Les tendances actuelles dans l'emploi des sulfamides.** (*Journal of the american dental association*, octobre 1947, N° 7, pages 461 à 475, 7 figures, 33 références bibliographiques.)

Traduction du résumé en anglais. — La période initiale d'essai et de traitements erronés par les sulfamides est maintenant révolue et leur emploi en médecine et en art dentaire doit reposer sur leurs propriétés pharmaco-dynamiques connues et sur leur efficacité en clinique contre certaines espèces bactériennes.

D'autre part, leur emploi doit être limité par leurs inconvénients bien mis à jour et par leur manque d'efficience contre certaines infections bactériennes et presque toutes les infections par virus.

En art dentaire, les sulfamides ont été reconnues comme efficaces lorsqu'elles sont administrées systématiquement pour le traitement des affections aiguës dans la bouche et ses dépendances, lorsque ces infections sont causées par des organismes sulfamido-sensibles et avant l'intervention pour arrêter la bactériémie suivant l'avulsion dentaire.

Les petites infections buccales ne doivent pas être traitées par l'administration systématique des sulfamides à cause des dangers éventuels des effets toxiques, de l'allergie et de la formation de micro-organismes sulfamido-résistants.

L'administration topique des sulfamides en art dentaire apparaît justifiée comme moyen prophylactique dans l'alvéole, dans les cas de traumatisme sévère, de lésion périapicale étendue ou d'infection susceptibles de prédisposer à une infection post-opératoire.

D'autre part, les observations actuellement valables n'établissent pas la nécessité d'une médication sulfamidique à la suite d'extractions non compliquées.

Lorsque les sulfamides sont employées pour des plaies post-opératoires ou accidentelles, elles doivent l'être avec parcimonie et sous une forme qui ne doit pas s'agglomérer ou durcir parce que les quantités importantes qui ne sont pas rapidement absorbées ralentissent la guérison.

Dans le champ du parodonte et pour le traitement des canaux, les sulfamides ont une valeur restreinte, dans aucun cas leur emploi ne dispense d'une technique aseptique et chirurgicale rigoureuse, ni des soins post-opératoires. L'emploi raisonné des sulfamides peut être d'un réel secours en thérapeutique dentaire, mais leur administration non contrôlée n'a aucune place ni dans la pratique médicale, ni dans celle de l'art dentaire. L. S.

TISSUS DENTAIRES

BOUYSSOU M. et CRESSON J. — **Recherches sur la diffusion intradentaire des colorants et ses relations possibles avec la carie.** (*Revue de Stomatologie*, N° 7, 1947, p. 381 à 394. 7 figures).

Rappel des travaux de Bödecker : *La diffusion dans les dents vivantes se fait :*

a) Dans la dentine, par les canalicules, qui sont plus colorés que la substance fondamentale (colorée seulement en transparence par les ramifications latérales des tubuli).

b) Dans l'émail par les stries de Schreger et les lignes brunes, qui jouent le rôle de canaux, la substance fondamentale restant à peu près incolore.

La diffusion dans les dents mortes est modifiée, l'ensemble de la dentine, de l'émail et du cément est uniformément coloré.

Conclusions. — La pulpe vivante joue un rôle de régulation et d'orientation dans la diffusion du colorant.

c) Il existe dans les tissus calcifiés de la dent un liquide circulant, ou « lymphe dentaire » analogue à l'endolymphe ou à la périlymphe de l'oreille moyenne ; ce liquide est animé de mouvements de flux vers la périphérie et de reflux vers la pulpe.

Les expériences de Bödecker ont été faites en déposant le colorant dans une cavité creusée dans la dentine.

Rappel des expériences de Kanner. — Celles-ci s'adressent à des dents vivantes. On recherche la perméabilité de l'émail, le colorant est appliqué (5 à 30 minutes) sur des dents saines isolées de la salive.

L'imprégnation de l'émail est diffuse mais s'arrête brusquement à la limite de la dentine ; à ce niveau on identifie une véritable membrane.

D'autre part, Lefkowitz et Bödecker, niant la possibilité de pénétration des colorants dans l'émail par l'extérieur, les auteurs décident de se livrer à des recherches personnelles.

Faisant état des travaux de Kanner sur dents vivantes on tente l'expérience de coloration à travers l'émail sur des dents fraîchement extraites.

Deux cas sont à distinguer :

a) Sujets jeunes (12 à 20 ans), le colorant diffuse, seul le cément reste incolore.

La coloration est d'autant plus intense que les tissus sont plus jeunes (en particulier région apicale plus colorée) ;

b) Sujets de 45 à 65 ans. — Les dents ne se colorent pas par l'extérieur. Une cavité ayant été creusée dans la dentine coronaire et le colorant déposé à cet endroit contrairement aux résultats annoncé par Bödecker on ne constate pas de coloration.

Les auteurs tirent de ces expériences les conclusions ci-dessous :

1. La mortification des dents jeunes provoque la perméabilisation de leurs tissus aux liquides extérieurs. La diffusion de ces liquides y est d'autant plus complète que la dent est plus jeune. Elle se fait à partir de la surface libre de l'émail.

2. Il est donc vraisemblable que ces dents dépulpées sont par la suite infectées dans presque toute l'étendue de leurs tissus. Cette notion, pour extraordinaire qu'elle paraisse, doit cependant être admise.

Ainsi s'explique la facilité avec laquelle ces dents jeunes se pigmentent grâce à la pénétration de la salive et des éléments organiques qu'elle contient. C'est pourquoi la pigmentation augmente avec le temps, la dentine subissant du même fait une désintégration progressive. Cette pigmentation ne vient donc pas seulement, comme on l'a dit, des hémorragies provoquées dans la cavité pulpaire. Les dents âgées, au contraire, comme tout le monde a pu le remarquer, ne changent pas de couleur ou changent très peu après la pulpectomie.

Il faut donc éviter par tous les moyens de dépulper une dent avant la trentième année, ce qui doit faire redoubler nos efforts pour combattre

la carie, pour conserver la vitalité pulpaire et pour hâter si possible la maturation de l'émail par l'application de topiques fluorés chez l'enfant.

3. Dans les dents jeunes, vivantes, le véritable contact entre le milieu extérieur et l'organe dentaire ne se fait pas au niveau de la surface libre de l'émail, mais à la jonction entre l'émail et la dentine. L'émail joue donc, pendant une grande partie de la vie, un rôle de filtre ou de diaphragme (notion sur laquelle Leimgruber a insisté récemment).

Par la suite se produit une condensation minérale progressive de l'émail, qui se fait pour la plus grande part par un apport externe venant de la salive, mais dont le mécanisme chimique est encore imparfaitement élucidé.

4. A un moment où la théorie de l'origine externe de la carie semble être seule prise en considération, surtout aux Etats-Unis (rôle exclusif imputé au bacille lactique acidophile, thérapeutique locale par le phosphate dibasique d'ammonium), la preuve expérimentale semble donnée qu'au moins pour les dents jeunes la pénétration du germe dans la dentine et la carie consécutive peuvent être dues à une dégénérescence initiale de la fibre de Tomes, liée elle-même à une lésion de l'odontoblaste.

C'est probablement une erreur de toujours considérer la carie comme une maladie d'organe, une maladie de l'organe « dent » et de s'attacher seulement à la notion de décalcification. On devrait plutôt la concevoir, quant à ses facteurs internes, comme une maladie de tissu, une maladie conjonctive (du tissu conjonctif intradentaire). Le rôle qu'y joue parfois la thyroïde (glande qui régit le métabolisme conjonctif) fait entrevoir la vraisemblance de cette notion : Basedow, grossesse (suractivation par le cycle folliculine placentaire — préhypophyse — thyroïde).

5. Tous ces faits donnent à penser qu'il existe des formes très différentes de carie, que la clinique fait déjà entrevoir et qui correspondent peut-être à des degrés différents de maturation de la dent :

a) Sur les dents jeunes vivantes, la carie se ferait :

Soit par dégénérescence initiale de l'odontoblaste et de la fibre de Tomes (carie d'origine interne dont le type est la carie symétrique par désordres internes congénitaux ou acquis frappant des zones développées simultanément) ;

Soit par lésion primitive, traumatique, chimique, infectieuse, etc.... de la membrane limitante sous-adamantine (carie d'origine externe).

Ainsi s'explique bien le fait que l'on trouve sur les coupes, au stade initial de ces caries, des lésions parallèles de la dentine et de l'émail.

b) Sur les dents mortifiées avant leur maturation, alors qu'elles sont perméables et contiennent ensuite des microorganismes à l'intérieur de leurs tissus, la carie ne se fait sans doute pas toujours par lésion de l'émail propagée ensuite à la dentine. Elle peut être due aussi à la désintégration d'une zone de dentine quelque part sous l'émail, celui-ci se fracturant lorsque la dentine sous-jacente ne le soutient plus.

c) Sur les dents âgées hypercalcifiées, vivantes ou mortifiées, imperméables dans les deux cas, la carie est probablement d'origine externe.

Elle peut être initialement due :

Soit à l'action directe de facteurs mécaniques ou chimiques sur la surface externe de l'émail ;

Soit à l'élimination spontanée, progressive ou en masse, d'une zone hyperminéralisée et privée de toute trame collagène ;

Soit à une séquestration de la partie exposée de l'ostéocément (carie du collet dans les porodentoses), le reste du cément restant vivant, ce qui explique le phénomène de Capdepont (arrêt apparent de la carie après destruction de la couronne.)

On reconnaîtra dans ces dernièrse conclusions, qui ne sont que des hypothèses gratuites, une comparaison suggérée plus haut avec le darmous.

Nous ne les avançons d'ailleurs que très timidement, car nous en percevons les premiers toute la fragilité. Même exactes, elle ne modifient d'ailleurs guère le fond du problème de la carie et elles sont certes loin de s'appliquer à tous les cas.

On ne doit pas trop s'en étonner. C'est en effet un « accident » qui se produit chaque fois que l'on essaye d'analyser des phénomènes biologiques : leur complexité les fait échapper aux cadres trop schématiques que notre grossière logique a toujours tendance à leur assigner. L. S.

NEWMAN Allen Thurman. — **Abrasions cervicales des dents et leurs causes.** (*Dental Items of interest*, juin 1947, p. 501 à 511, 3 figures).

Les pâtes dentifrices et les poudres contenant des abrasifs, employées avec une brosse à dent sont capables d'user le cément dans une forte proportion.

La mise à nu du cément due au retrait de la gencive est constatée dans la plus grande partie de la population.

L'abrasion cervicale existe dans une large partie des zones de cément exposées à l'action de la brosse à dent.

La relation entre la rétraction gingivale regardée par certains observateurs comme normale et l'abrasion gingivale est évidente, elle est à peu près la même par tout le pays.

Les dentifrices liquides employés avec la brosse ne produisent pas d'abrasion appréciable des dents, mais on doit leur adjoindre occasionnellement un abrasif doux pour maintenir la propreté buccale. L. S.

REITAN Kaare. — **Réaction des tissus à la suite de la fracture d'une racine dentaire.** *Dennorske Tannlaegeforenongs tidende*, numéro de septembre 1947).

L'auteur décrit un cas de fracture de la racine d'une incisive centrale gauche supérieure avec déplacement du fragment coronaire. On immobilisa le fragment coronaire grâce à des appareils d'orthodontie de façon que le rebord incisif de la dent en question fut au niveau du rebord incisif de l'incisive droite. On fit alors une ligature sur ces deux dents qui maintint ainsi en place le fragment coronaire pendant six semaines.

Etant donné qu'il s'agissait d'un cas laissant peu de chances de succès, on procéda à l'extraction de la dent dont la racine était fracturée et le cas reçut un traitement orthodontique.

La dent extraite fut examinée au point de vue histologique.

A l'exception d'une accumulation cellulaire au centre de la portion coronaire de la pulpe et comportant des cellules à plasma, des lymphocites et des macrophages, le tissu pulpaire présentait un aspect relativement normal.

Sous une couche d'odontoblastes partiellement atrophiée dans la région apicale, on trouvait un dépôt abondant de prédentine le long des parois de la chambre pulpaire, mais ce dépôt était moins important dans la portion apicale de la racine.

Le tissu pulpaire s'était en partie transformé en tissu fibreux. Il semble que ces changements dans la nature des tissus aient été progressifs et que la pulpe en entier serait devenue tissu fibreux si la dent avait été laissée en place.

Le dépôt de cément le long des extrémités des fragments était plus prononcé dans la portion distale de la ligne de fracture, cette substance dure nouvellement formée constituant un lien solide entre les extrémités des fragments de la dent.

Il est mis en évidence que la réaction du tissu pulpaire peut être influencée par le fait qu'une partie des liquides irriguant la pulpe peut s'échapper par la ligne de fracture, réduisant ainsi l'œdème déterminé par le traumatisme.

Ce fait explique pourquoi un grand nombre de dents, dont les racines sont fracturées, conservent cependant une pulpe vivante. C. J.

SOLEIL J. — **Arrêts de calcification par traumatisme.** (*Revue Stomatologique du Nord de la France*, N° 7, 3e trimestre 1947, p. 19 à 24, 5 figures).

Sujet toujours d'actualité. M. Soleil présente quatre observations de traumatismes divers chez des jeunes gens de 10 à 22 ans.

Les dents examinées sont des incisives supérieures ayant subi des traumatismes avant leur calcification complète.

L'auteur tire de ces différents cas des conclusions sur la conduite à tenir immédiatement et dans la suite. La surveillance doit s'étendre sur plusieurs années. La prothèse définitive ne s'exécute que vers 16 à 18 ans.

Dans la discussion qui suit, M. Soleil précise qu'il utilise le coiffage de la pulpe au moyen d'hydrate de calcium sous ciment ; technique préconisée par Held, de Genève.

YARDENI Jacob. — **Tooth structure and caries immunity. Structure dentaire et immunité aux caries.** (*Journal of american dental association*, octobre 1947, N° 7, pages 499 à 502, 18 références bibliographiques.)

Traduction du résumé anglais. — La résistance structurale doit être définie de divers points de vue.

L'étude de structures variées conduit à l'opinion que l'émail est sujet à des changements à la fois chimiques et physiques, qui implique le renforcement de la résistance.

L'accélération de ces changements peut contribuer à arrêter les caries et à la prophylaxie des caries en général.

La possibilité, pour la dentine, de réagir à l'irritation par apport et calcification est un phénomène vital dont il faut tirer profit.

Néanmoins, même un régime convenable avec un exercice physique insuffisant de la dent (résultant fréquemment des malocclusions) n'apparaît pas suffisant pour arrêter les caries, ni ne permet d'affirmer qu'il réduise la rapidité de son évolution. L. S.

GÉNÉRALITÉS
PATHOLOGIE

GOUGEROT L. — **Acromégalie.** (*Journal des Praticiens*, N° 39, 25 septembre 1947, p. 421-424).

La symptomatologie de la maladie de Pierre Marie y est condensée, tant au point de vue clinique qu'au point de vue de l'anatomie pathologique. La pratique bucco-dentaire est intéressée dans cette affection : par les déformations de la face allongée verticalement et transversalement, bosselée ; par la saillie des sinus frontaux et maxillaires avec saillie des pommettes ; surtout par le prognathisme qui fait saillir le menton ; les dents, surtout les incisives médianes sont écartées ; le nez hypertrophié, surtout à sa base, est épaté ; les paupières sont volumineuses, les lèvres et les oreilles épaisses.

La langue volumineuse tient parfois difficilement dans la bouche ; cette macroglossie peut gêner la parole. En dehors des autres lésions des extrémités.

La constatation de ces quelques signes qui s'imposent, même frustes, à la vue du praticien peut, à elle seule, faire soupçonner l'acromégalie et permettre de faire bénéficier le patient d'un traitement médical précoce, avant l'apparition de symptômes plus confirmés, tels que les troubles oculaires. L. S.

RACHET J. — **Les troubles digestifs des tachyphages et des édentés.** (*Revue Odontologique*, juin 1947, p. 299).

La collaboration entre médecins et dentistes s'impose dans le dépistage et l'étiologie de certains troubles digestifs.

Les tachyphages ne mastiquent pas parce qu'ils n'en prennent pas le temps ; les édentés parce qu'ils ne le peuvent pas.

La mastication incomplète ou inexistante entraîne, de proche en proche, des troubles stomacaux, intestinaux, pancréatiques, hépatiques.

Suit un tableau clinique des symptômes caractérisés d'abord fonctionnels, puis lorsqu'ils sont négligés devenant organiques. A la gastrite a succédé la dyspepsie accompagnée de diarrhée ou de constipation. La guérison sera plus longue à obtenir. Si l'on tarde la dyspepsie hypersthénique s'installe bientôt suivie de la dyspepsie hyposthénique.

Il distingue ensuite les différents aérophages dont il note deux espèces, l'un aérophage vrai avec distention aérogastrique, l'autre psychopathe à tics répétés.

Tous ces symptômes, lorsque l'étiologie n'en est pas reconnue, aboutissent finalement à l'installation de lésions organiques irréversibles.

Il ne faut cependant pas tout rapporter à des troubles de mastication et c'est là où le dentiste peut rendre les plus grands services à son patient en sachant guider celui-ci chez le médecin entérologue, il n'est jamais trop tôt pour diagnostiquer une néoplasie. La crainte de cette évolution doit toujours être présente à son esprit. L. S.

DIVERS

COLEMAN (F.). — **Mythes et préjugés dans la pratique dentaire**. (*Dental Record*, N° 5, mai 1947).

L'auteur s'élève contre un certain nombre de faits acceptés sans discussion depuis nombre d'années et qui après véritifcation se révèlent comme inexacts. Il réfute certains aphorismes admis dans différentes branches de notre profession, en particulier : dans l'action de la vulcanite sur les tissus buccaux, l'action de l'alcali contenu dans le verre des ampoules sur les solutions anesthésiantes, la pratique des injections d'anesthésiques dans l'os.

Les contre-indications à l'anesthésie locale en présence d'une suppuration. La morphine employée conjointement avec l'arsenic pour la destruction de la pulpe.

L'emploi de la chaleur dans le traitement des suppurations ;
L'extraction dentaire en cas d'abcès ;
Abcès dentaire s'ouvrant par le sinus ;
Le port nocturne des dentiers ;
L'obturation des canaux dentaires ;
L'éruption dentaire cause de maladies infantiles ;
La diminution des maladies dentaires par l'augmentation du nombre des dentistes. L. S.

FILDERMAN (Jacques). — **Diagnostics**. (*Revue Odontologique*, mars 1947, page 198).

Plusieurs observations relatives à des difficultés ou a des erreurs de diagnostic.

Névralgies d'origine dentaire.
Céphalées intenses et quotidiennes.
Arthrite infectieuse.
Sinusite d'origine nasale.
Racines incluses. L. S.

FILDERMAN J. — **Un curieux incident de la pratique journalière** (*L'Information Dentaire*, juillet 1947, N° 27, pages 759-760, 1 figure).

Description d'un incident opératoire dû à la courbure anormale d'un canal dentaire (fracture d'un instrument métallique).

Pas de douleur, pas d'hémorragie susceptibles de donner l'éveil.
Le corps étranger est parfaitement toléré (Radio).
Extraction de la dent.
Enlèvement du fragment de broche de Kerr fixé dans l'alvéole.
Suites normales. L. S.

NUX (Dr H.). — **Sainte Apolline Patronne, de ceux qui souffrent des dents. — Etude historique, folklorique et iconographique.** (*Revue d'Odontologie, de Stomatologie et maxillo-faciale*, avril 1947, p. 113-153, 15 figures).

Le culte de Sainte Apolline est étudié sous ses différents aspects.

Depuis la lettre de Saint Denis, évêque d'Alexandrie, à Fabien, évêque d'Antioche, qui était le contemporain de la Sainte (249 après J. C.) le culte de Sainte Apolline ne s'est étendu qu'à la fin du XIVe siècle, gagnant les Flandres, l'Angleterre, l'Allemagne, la France, l'Italie.

Les reliques de Sainte Apolline sont innombrables, aucune ne peut être véritablement authentifiée.

La culte de Sainte Apolline existe encore en maints endroits, nombre d'églises et de chapelles lui sont encore consacrées. Toutes les coutumes, processions, cérémonies votives, etc..., tombent petit à petit dans la désuétude.

L'auteur passe ensuite à l'énumération et à la description des œuvres d'art inspirée par la sainte martyre.

Toutes les œuvres l'ont idéalisée sous la forme d'une femme jeune et belle alors que la lettre de Saint Denis la signalait comme une femme mûre « presbytera ».

La Peinture, la Gravure, la Sculpture, la Tapisserie, le Vitrail ont successivement évoqué avec plus ou moins de bonheur les épisodes de son supplice.

Sainte Apolline n'a pas au reste le monopole des guérisons dentaires ; le Dr Nux relate un certain nombre de saints personnages dont la renommée beaucoup plus localisée n'atteint pas à la presque universalité de Sainte Apolline.

Une bibliographie fort importante complète fort utilement ce travail qui fait honneur à la patience et à l'érudition de notre confrère. Il nous apporte une aimable détente au milieu des réalités scientifiques, il permettra enfin à ceux qui s'intéressent à l'art ancien de résoudre certaines énigmes jusque-là parfaitement hermétiques pour les non initiés. L. S.

PINOCHE A. — **Notes de pratique courante.** (*Information Dentaire*, 3 octobre 1947, p. 1099, 3 références bibliographiques).

Congestion des gencives et polyarthrite. — Rappel des travaux de Leriche et Policard, relatifs à la raréfaction osseuse en rapport avec une suractivité circulatoire. La congestion des gencives est donc un des éléments favorisant l'éclosion ou l'aggravation de la parodontose.

Conjointement avec les autres indications thérapeutiques, l'auteur recommande le brossage avec une solution hypertonique de chlorure de calcium.

Incidents de pratique courante. — A la suite d'un incident au cours d'une extraction de dent temporaire (chute dans les voies aériennes), l'auteur attire notre attention sur les précautions qui s'imposent. Le patient doit être placé en position verticale, un doigt placé derrière les mors du davier protégeant le pharynx contre toute échappée. L. S.

REVUE DES LIVRES

Bruno MINZ. — **La transmission chimique de l'influx nerveux.** (Editions médicales Flammarion, 26, rue Racine, Paris. 1947, 318 pages, 112 figures, 842 références bibliographiques.)

Le point de départ de la théorie neuro-humorale doit être fixé en 1904, avec la communication d'Elliot T. R. (*Journal of physiology*) sur l'analogie de certaines réactions de l'excitation sympathique avec celles de l'adrénaline. Il émettait l'hypothèse que les fibres sympathiques agiraient peut-être en libérant, au niveau de leurs terminaisons, de l'adrénaline agissant comme transmetteur et agent immédiat de leur action.

Il faut attendre 1921, Lœwi (Uber humorale ûbertragbarkeit der herznerven-wirkung pflûgers arch. 1921), pour assister à la reprise de l'expérimentation : stimulation du tronc vago-sympathique d'un cœur de grenouille, libérant deux substances antagonistes, stimulatrice et inhibitrice. La substance libérée par le nerf vague a été identifiée comme identique par ses effets physiologiques à l'acétylcholine. Sa méthode de dosage a été mise au point par l'auteur. C'est une méthode biologique très sensible qui s'effectue en mesurant l'action de ce corps sur le muscle dorsal de la sangsue.

Après un rappel anatomique et histologique des systèmes ortho-et para-sympathiques, l'auteur conclut que l'action physiologique a conduit à classer les fibres nerveuses en fibres adrénergiques et cholinergiques, suivant que leur excitation libère une substance agissant comme l'adrénaline ou comme l'acétylcholine. La systématisation (des fibres) est et ne peut être à ce jour que physiologique (Delmas et Laux, anatomie médico-chirurgicale du système nerveux végétatif. Masson et Cie, Paris, 1933).

Les premières conclusions de Lœwi : l'ortho-sympathique libère de l'adrénaline, le para-sympathique libère de l'acétylcholine, sont beaucoup moins schématiques en réalité.

L'auteur relate ensuite les manifestations cholinergiques dans l'activité cardiaque intestinale, glandulaire, ganglionnaire, neuro-musculaire, dans le système nerveux central.

Il décrit comment s'opère la synthèse de l'acétylcholine, il fait intervenir comme intermédiaire l'aneurine vitamine B1 antinévritique.

Le chapitre suivant est consacré à l'étude physiologique des mécanismes adrénergiques, antagonistes des cholinergiques et exclusivement mis en jeu par des fibres sympathiques post-ganglionnaires.

Après une étude physico-chimique de la transmission, l'auteur propose d'appliquer à la pathologie neuro-musculaire la théorie de la transmission chimique, il prend comme exemple les myopathies myotoniques.

« La conception neuro-humorale englobe médiateurs chimiques et « vitamines en une unité d'action, elle est susceptible de nous faire entre- « voir l'influence des hormones sur l'activité nerveuse. On pourrait, en « effet, distinguer entre glandes à action cholinergique comme le pancréas, « la parathyroïde, les glandes sexuelles et glandes à action adrénergique « comme la surrénale, la thyroïde, et la post-hypophyse. Dans ce schéma « figurerait l'ante-hypophyse comme organe à action amphotrope pou- « vant libérer, suivant les cas, des principes antagonistes. «

En ce qui concerne notre spécialité, les travaux de M. Bruno Minz, maître de recherches du Centre National de la recherche scientifique, peuvent apporter une contribution fort importante en étayant les hypothèses relatives aux prédispositions à la carie dentaire par des causes internes. Nous souhaitons qu'un contact plus intime s'établisse entre les physiologistes et les praticiens ; les applications éventuelles de la théorie neuro-humorale à notre spécialité ne peuvent être fructueuses que dans ces conditions.

L. S.

Henri GIBELLO. — **Les résines vinyliques**. Préface de J. DUCLAUX, Paris 1947. (Collection *Les Matériaux de synthèse*. Dunod, éditeur.)

Cette collection récente, qui traite des matières plastiques, comporte toute une série d'ouvrages du plus haut intérêt pour les applications, qui peuvent en découler dans notre profession. Celui qui offre un intérêt majeur pour nous est l'ouvrage de H. Gibello sur les résines vinyliques. Seize années d'études au Laboratoire de la Nobel française et le poste d'ingénieur-conseil aux Manufactures de Saint-Gobain confèrent quelque autorité à l'auteur.

Les composés vinyliques sont connus depuis plus d'un siècle, mais ce sont les recherches du Prof. Staudinger et de ses élèves d'une part, et les recherches industrielles d'autre part, qui ont permis de se faire une idée nette de leur constitution, de leur polymérisation et de la manière, dont on peut la régler.

Alors que le caoutchouc naturel ou le caoutchouc synthétique à base de butadiène sont élastiques, la plupart des composés vinyliques ne le sont pas et les composés acryliques le sont à peine.

Tous les composés vinyliques ou acryliques monomères, qui sont à l'origine de la polymérisation donnent des corps identiques, polymères d'addition, soit spontanément sous l'influence de la lumière ou de la chaleur, soit par l'action de catalyseurs. Parmi ces catalyseurs figurent les sels d'urane, de cobalt, de vanadium et surtout l'oxygène (perborates, persulfates, peroxydes organiques, tel le peroxyde d'acétyle). En retour la présence de certains corps empêche toute polymérisation (quinone, pyrocatéchine, composés sulfurés, nitrobenzène, etc.).

La polymérisation a une allure explosive, lorsqu'elle se fait en masse et elle a provoqué, il y a quelques années des incendies d'usine. Il faut modérer la réaction et on y réussit de deux manières. On a recours soit à un solvant, soit à une émulsion. Le solvant peut dissoudre le monomère comme le polymère et donner une masse renfermant encore du monomère non transformé (ex. acétate de vinyle). Si le monomère seul est soluble, le polymère précipite (ex. méthacrylate de méthyle), d'ou l'emploi du monomère pour agglomérer le polymère.

La plupart des découvertes dans ce domaine des matières plastiques sont dues à des firmes étrangères, comme le montre l'examen des références bibliographiques. Mais la France s'y met depuis une dizaine d'années et les perspectives illimitées des applications industrielles de ces matières plastiques autorise quelque espoir.

La Société Rhône-Poulenc (rhodolène) et Péchiney (Afcolène, Gedelène) fabriquent des résines styroliques. Ces résines sont dures (Δ Brinell 120) et cassantes (résistance au choc 25 kg. par cm²). La température de moulage est de 80°-130°. On utilise ces résines comme isolants des cables à haute et basse tension (styroflex), comme vernis dans l'imprégnation des fibres isolantes. En art dentaire, nous les utilisons pour la confection de dents artificielles.

Le chlorure de vinyle connu en Allemagne (Izelit) et aux Etats-Unis (koroseal) est également fabriqué en France par Saint-Gobain (gobanyl), Rhône-Poulenc (rhodopas), Péchiney (afcovyl), la Société des Résines et Vernis (plastogyl). Imprégnant du textile, le Rhofil est ininflammable et indifférent à l'eau.

On prépare également des pâtes à partir du chlorure de polyvinylidène, de l'acétate et du chlorure de polyvinyle où le tricrésylphosphate joue le rôle de plastifiant.

L'industrie des colles et vernis utilise comme vernis d'imprégnation dans la fabrication des cuirs artificiels le rhodoviol (Rhône-Poulenc) et l'alvyl (Nobel Française).

Les résines acryliques ont été préparées industriellement surtout à l'étranger, par Rohm et Haas en Allemagne. Actuellement, en France, la Société Alsthom (plexiglas) et la Société Nobel en produisent d'excellentes, depuis 1939.

Résines	*Polystyroliques*	*Vinyliques*		*Réthacryliques*
		Chlorure de vinyle	*Chlorure de vinylidène*	
Poids spécifique.....	1,05	1,38	1,75	1,19
Brinell.....	120	100	120	120
Résistance à la flexion (kg./cm2).....	900	1100	1200	1200
Indice de réfraction....	1,66	1,61		1,5
Absorption d'eau.....	0,02	20		0,22
Température de moulage.....	80-130°	170-180°	150-180°	155°

Toutes ces résines peuvent s'associer, mais les réparations ne s'exécutent bien qu'avec un certain pourcentage de résines vinyliques.

En art dentaire, les applications sont de plusieurs ordres :

1° Les mélanges de co-polymères styroliques et vinyliques, dont la température de moulage est de 130°-140°, sont utilisés pour la confection de dents artificielles (Hécodent, Palapont).

Les bases d'appareils sont réalisées avec un polyméthacrylate finement divisé et coloré et, d'autre part, une composition liquide à base de méthacrylate monomère, qui contient vraisemblablement des agents énergiques de polymérisation. Monomère et polymère sont mélangés pour le remplissage des moules de plâtre ;

2° Une autre utilisation est donnée par leur indice de réfraction, voisin de celui du crown glass et du flint glass. Un jonc en résine méthacrylique sous des courbures quelconques, même un nœud, transmet la lumière, au point de servir en quelque sorte de tuyauterie à cette lumière. L'angle limite d'environ 40° n'est jamais atteint. La résine n'étant pas conductrice de la chaleur et la source lumineuse se trouvant éloignée du point d'application, la lumière demeure froide. On peut éclairer les cavités naturelles, les dents, sans risquer de production de chaleur et une rupture intempestive, ce qui est impossible avec une lampe électrique. Ayant affaire à des substances diélectriques, il n'existe aucun risque d'électrocution. L'observateur n'est pas ébloui. La diathermie peut être appliquée en n'importe quel point, en raison des propriétés isolantes des méthacrylates.

Par contre, la stérilisation à l'eau bouillante leur était néfaste, mais on a pu réaliser des polymères ne se ramollissant pas après une immersion de trente minutes dans l'eau bouillante ;

3° En dissolvant le polymère dans l'acide acétique glacial ou dans l'acétone, on dispose d'un vernis isolant pour la dentine ou les ciments translucides.

4° On les a proposés pour l'obturation par polymérisation dans la bouche même, sous l'action d'un rayonnement ultra-violet puissant ou d'un chauffage électronique. L'indice de réfraction particulièrement élevé du méthacrylate d'hydroxydiphényle : 1,618 se rapproche beaucoup de celui de l'émail : 1,64.

D'autre part, il existe des mélanges de polymères durs (co-polymères de styrène, de dérivés méthacryliques et d'une petite quantité de polychlorodiphényle). Si, au solvant, on préfère le liquide monomère de petites quantités de peroxyde de benzoyle permettent une polymérisation rapide.

Logiquement, l'intérêt de ces résines ne saurait échapper à notre profession et devrait ouvrir une ère de recherches techniques.

Dr BENNEJEANT.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 4 novembre 1947

La séance est ouverte à 21 heures et le Secrétaire demande de bien vouloir excuser Mme HEMMERLÉ-EUSTACHE, souffrante, qui demande à se retirer aussitôt après la communication de M. Henri VILLAIN. M. LENTULO, vice-président, la remplacera à son départ.

M. Lentulo donne lecture de l'allocution de Mme Hemmerlé-Eustache :

« Mesdames, Messieurs,

« Mes Chers Confrères,

« La tradition veut que je vous fasse un discours pour prendre possession de ce fauteuil. Or, ce que j'ai à vous dire ne mérite ni le nom de discours, ni celui d'allocution et, c'est à dessein que j'ai demandé qu'on vous annonçat une causerie.

« Si je romps deux fois la tradition ce soir, et par ma présence et par mon refus de faire un discours, il est un devoir auquel je ne saurais me dérober, c'est l'hommage aux morts de notre Société et, cette année, ce devoir est particulièrement douloureux. Saluons ici la mémoire : du Dr Desforges, ce spécialiste de l'anesthésie locale, actif, pédagogue averti et fort apprécié ;

Du Dr Friteau, vieux batailleur, inlassable lui aussi. Auteur bien connu par le *Manuel du Chirurgien-Denliste*, qui aida nombre de nos confrères dans leurs études ;

« Du Dr Leblan, ce distingué praticien qui a tenu pendant de si longues années le service de chirurgie à l'Ecole Dentaire de Paris ; orateur plein de finesse, arraché trop jeune à notre profession.

« Et enfin, du Dr Maurice Roy, qui a été un tel animateur, un tel fidèle de cette Société, qu'aucun d'entre nous ne peut se vanter d'une pareille assiduité. Je n'insisterai pas ; je dirais moins bien que nos confrères français et étrangers qui ont rendu un si bel hommage à cet homme de valeur, à cet homme de bien.

« Il va falloir que des jeunes se lèvent pour combler de tels vides et ce sera notre rôle que de les y aider.

« Cet infatigable travailleur qu'était le Dr Roy nous dirait : « En avant ! »

« Vous pourriez croire en me voyant là ce soir que je suis une féministe à tout crin ! Eh bien non !

« Il faut que je vous avoue que j'étais effrayée de prendre cette place tenue parfois par des maîtres, souvent par de brillants jeunes confrères.

« Mon premier mouvement a été de refuser. On a alors fait appel à mon amour-propre féminin, à mon ancienneté dans la profession et on a ajouté « si vous n'acceptez pas par plaisir, il faut accepter par dévouement.

« Présentée sous cette forme, je ne pouvais décliner à cette invitation. « L'amour du métier » que m'a de tout temps inculqué mon père et dont parlait si bien mon jeune prédécesseur, M, Gabriel, m'a poussée à accepter. Mais il est une petite mise au point que je désire faire : j'entendais dernièrement dans mon service un de nos jeunes diplômés de

juillet lancer : « et d'abord les femmes n'y connaissent rien en matière scientifique ». Et d'un autre côté on nous parle de l'égalité de l'homme et de la femme !

« Tout cela est faux. De nombreuses femmes brillent dans toutes les branches de l'activité scientifique ; nos rôles doivent se compléter ; ils sont équivalents dans des chapitres différents et ce n'est pas tellement dans nos écoles que la sélection se fait. Il y a de très bonnes praticiennes comme il y a de très bons praticiens, mais il faut reconnaître que l'orientation de la vie d'adulte accuse nos différences. Si nous ne négligeons pas notre rôle familial, nous ne pouvons prétendre disposer d'assez de temps pour contribuer au progrès scientifique de notre profession. Il n'y a pas de regrets à avoir et nous serons toujours là pour applaudir aux progrès de nos maîtres. Et ce rôle familial, étant données les circonstances, fait que nous sommes littéralement submergées par mille questions, qui absorbent le temps que nous souhaiterions consacrer à notre profession.

« Ceci étant posé, je ferai de ma fonction un rôle de collecteur de vos idées ; je m'efforcerai de trouver des orateurs dont les communications enrichiront nos connaissances médicales et scientifiques.

« La Société continue comme par le passé ; il n'y a rien à changer à ce que nos aînés ont fait pour en assurer le renom jusqu'à l'étranger.

Je terminerai en vous parlant de la dernière séance que présidait mon jeune collègue Gabriel, et à laquelle j'ai depuis si souvent pensé.

A l'heure où tout est sombre autour de nous, cette réunion a été pour moi une révélation et un espoir.

D'une part le Prof. agrégé Brouet nous faisant la magistrale communication sur la Tuberculose, exemple immédiat, tangible, de ce que pouvaient donner l'esprit et la science française.

D'autre part, le Prof. Brésilien Paulino Guimaraes, venant nous dire ce qu'il avait puisé dans la partie scientifique française de notre profession, nous demandant encore des conseils, nous exprimant, de la façon la plus touchante, sa confiance en notre pays.

« De ces deux communications se suivant, il m'a semblé que nous pourrions tirer un enseignement.

« Si nous ne pouvons nous mesurer dans le domaine économique avec l'étranger, que nous le voulions ou non, il faut nous y habituer. Mais à tout prix il faut sauver, entretenir et développer notre culture intellectuelle, que nos amis du monde entier sauront bien apprécier si nous nous en donnons la peine. Nous avons des hommes qu'il faut soutenir, aider, et notre Société, si petite soit-elle, doit être l'une de ces cellules créatrices qui doit faire de son mieux. Une idée en fait germer une autre et il faut que tous vous l'aidiez.

« Il faut nous pénétrer de cette situation et de cette nécessité. Si nous savons être à la hauteur de cette tâche, elle peut encore être très belle.

« Femme sans ambition, je souhaite ardemment que, durant cette année déjà entamée, vous m'aidiez tous à marcher vers ce but. Si vous le voulez, nous pourrons faire que notre Société continue sans faiblesse son honorable tradition et vous me permettrez ainsi, quand l'an prochain je repasserai ce fauteuil à mon successeur, de le faire avec la satisfaction personnelle du devoir accompli, et la joie non moindre d'avoir aidé nos confrères, la profession et notre pays. »

* * *

La parole est ensuite donnée à M. H. Villain pour sa relation du Congrès International de Boston, et des études dentaires aux Etats-Unis, où il nous est révélé la maîtrise de nos confrères d'outre-Atlantique, la façon dont ils conçoivent leur enseignement, dont d'ailleurs nous nous inspirerons pour réorganiser nos propres études.

Il nous fait part également des dernières nouveautés qu'il a remar-

quées à ce Congrès et qui, sans bouleverser nos techniques, peuvent apporter des transformations judicieuses à la pratique de notre art.

Prennent part à la discussion : MM. Tacail et Housset ; ce dernier fait remarquer qu'il serait dangereux de demander plus de 1.200 heures de travail annuel à nos étudiants, alors que dans les Universités américaines, celles-ci ne sont guère que de 950 à 1.100 heures.

MM. Vieilleville, Roger et Fouré animent également ce débat et nous disent quel accueil amical ils ont reçu aux Etats-Unis, combien le souvenir de M. Georges Villain y est vivace, et comme les problèmes qui nous préoccupent au point de vue hygiène dentaire sont semblables à ceux de nos confrères des Etats-Unis.

Le Dr Délibéros évoque la figure du Dr Mahé, Stomatologiste des hôpitaux, qui vient de mourir et qui laissera dans notre spécialité une œuvre de tout premier plan.

La parole est ensuite donnée à M. Robert pour sa communication sur la « Contribution à la technique de l'acier inoxydable en orthodontie », où il nous parle de ses échecs, source d'un enseignement fécond qui le conduisit, peu à peu, à abandonner les soudures avec apport de métal au profit de la soudure électrique. Il nous fait part des modifications de verrous qu'il a imaginées et des résultats fort satisfaisants qu'il a obtenus ainsi.

A la suite de cette conférence, M. Cecconi prend part à la discussion. Deux faits de pratique courante sont évoqués par M. Decelle qui nous parle des eschares provoquées par l'anhydride arsénieux, et dont le traitement de choix est le fer dialysé. Il explique également le danger qu'il a failli courir par la chute d'un scialytique dont la goupille, à son avis, est insuffisante. Il engage vivement les constructeurs à soigner davantage leur matériel et insiste également sur la responsabilité civile encourue par le praticien dans le cas d'un tel accident. MM. H. Villain, Cecconi, Roger et Mlle Brossard, prennent part à la discussion.

La séance est levée à 23 heures.

Le Secrétaire Général : R. RIGOLET.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 26 septembre 1947

La séance est ouverte à 21 heures, sous la présidence de M. Pierre FOUQUES.

1° Excuses de M. FROMENT, Secrétaire des Séances qui, souffrant, ne pourra être là ce soir pour lire le compte rendu de la séance précédente.

2° Tribune libre.

3° Personne ne s'étant inscrit, le Président donne la parole au Dr RACHET pour sa communication : *L'étiologie, pathogénie et traitement des fistules et communications bucco-sinusales* (alvéolaires et vestibulaires).

Le Dr RACHET illustre de quelques clichés l'étiologie et la pathogénie des communications bucco-sinusales. Résorption alvéolaire, différentes formes de sinus, affections péri-apicales, ostéites, granulomes, kystes, pyorrhée.

L'auteur s'étend ensuite sur les communications bucco-sinusales survenant en cours d'extraction dont la symptologie peut être discrète et échapper même à la radiographie.

La plupart des sinusites ne sont décelées qu'au cours d'accidents graves. Le caractère de la ponction effectuée par voie diaméatique renseigne sur l'étiologie et permet d'adresser le malade à l'odontologiste qui traitera les lésions dentaires.

Traitement. — 1° Communications de faible taille (fistule). Pas de lavage par voie alvéolaire ;

2° Communications importantes : Ne pas refermer avant nettoyage et guérison complète du sinus.

Plasties. — Lorsque le sinus est propre la petite communication se ferme seule. Si la communication est importante, il faut obturer.

Le Dr Rachet conseille la méthode suivante : incision sur le raphé-médian, décollement du lambeau que l'on fait glisser vers la communication, décollement également d'un lambeau vestibulaire.

Il attire l'attention sur la nécessité d'avoir des plans sains permettant une coaptation facile.

Pour terminer, le Dr Rachet montre un instrument permettant des lavages continus du sinus sans avoir l'obligation de faire chaque fois une ponction.

Argumentateurs : M. Negaoe, Dr Gérard Maurel.

4° Le Président donne la parole au Dr Maduro pour sa conférence :

Réflexions sur le traitement des sinusites.

Après avoir rappelé le cas d'une malade traitée pour une sinusite maxillaire et présentant en réalité une pan-sinusite, le Dr Maduro traite du traitement proprement dit des sinusites.

a) Diagnostic précis ;

b) Traitement efficient approprié aux symptômes enregistrés.

a) *Diagnostic.* — Douleur presque toujours absente, le malade mouche du pus très abondamment et d'un seul côté.

Cacosmie subjective, on peut faire sortir du pus par voie diamétique et dans certains cas rares de sinusite avec rétention nous trouvons du pus dans le méat.

Reste à établir la cause de la sinusite, nasale ou dentaire.

La radiographie est indispensable pour juger de l'extension éventuelle au sinus frontal ou aux cellules ethmoïdales.

b) *Traitement.* — L'immense majorité des sinusites guérit par des lavages. Ils doivent être efficaces et bien tolérés. Le Dr Maduro emploie actuellement la mycothérapie, pénicilline et thyrotricine et conclut en attirant l'attention sur la bénignité des sinusites grâce aux traitements modernes et sur la nécessité d'un diagnostic complet.

Le Président remercie le Dr Maduro pour sa communication et donne la parole au Dr Dufourmentel qui évoque des souvenirs de déformations des maxillaires d'origine purement dentaire, déformations dues à des efforts répétés portant sur les dents elles-mêmes : par l'enfant qui suce son pouce, par exemple. Déplacement des incisives provoquant une déformation de la partie incisive des maxillaires.

La chirurgie interviendra quand l'orthodontie sera désarmée. Extraction et prothèses, résection cunéiforme. Déformations dues aux kystes para-dentaires, aux grands kystes de la mâchoire inférieure, kystes multiloculaires.

Enfin, pour terminer, le Dr Dufourmentel cite les cas fréquents de déformations consécutives à des extractions prématurées, en particulier de la dent de six ans.

Le Président, après avoir remercié le Dr Dufourmentel, attire l'attention des auditeurs sur les XXIes Journées Dentaires de Paris, qui auront lieu du 25 au 30 novembre prochain.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 23 heures.

Pour le Secrétaire des Séances : M. Lang.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE FRANCE

Séance du 26 octobre 1947

Dr Barzilai et M. Carré (prothésiste). — *Un cas de soudure électrique en bouche.*

Procédé moderne pour réparer *in situ* un appareil de prothèse conjointe en acier.

Méd. Cdt Jacowski et M. Tuca. — *Incisive centrale supérieure gauche incluse.*

Inclusion consécutive à un traumatisme survenu vers l'âge de six ans ; le sujet âgé maintenant de 21 ans, présente une tuméfaction vestibulaire dont la radiographie révèle l'étiologie, la dent extraite était en position horizontale antéro-postérieure et présentait une angulation radiculaire à 90°.

Méd. Cdt Jacowski. — *Canine inférieure bi-canaliculée avec « dens in dente ».*

Dr Carlier (Lille). — *Lipome de la langue.*

A l'occasion d'une observation, l'auteur fait une étude détaillée, complétée d'une bibliographie, de cette tumeur linguale très rare.

Dr Carlier (Lille). — *Métastase maxillaire d'un cancer du sein.*

Cancer du sein opéré en 1943. Traitement par radiothérapie d'indurations métastatiques apparues successivement dans les régions hépatique, épigastrique, appendiculaire, de janvier 1944 à juin 1945. A cette époque, métastase maxillaire traitée par radiothérapie. Par la suite métastase vertébrale ; exitus en novembre 1945. L'auteur insiste sur l'importance des troubles de la sensibilité dans le dépistage des cancers térébrants du maxillaire inférieur, et sur la difficulté du diagnostic au début de l'évolution en raison de la réticence qu'opposent certains malades à l'interrogatoire du spécialiste sur leurs antécédents et leur état général.

Michel-André Blum (Marmande). — *Piliers artificiels pour prothèse dentaire.*

Piliers d'acrylic, en forme de vis, fixés dans l'os maxillaire et utilisés ensuite comme s'il s'agissait de racines dentaires.

Drs Corbeil et Trotot. — *Présentation d'un film sur la réparation des pertes de substance cranienne à l'aide des résines acryliques.*

Robert Vrasse.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE ET DE STOMATOLOGIE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

Séance du 12 novembre 1947

M. Carlier (Lille). — *A propos du traitement des pertes de substances du maxillaire inférieur par intervention chirurgicale : quelques observations* (avec projection et film).

L'auteur, se plaçant au double point de vue anatomique et chirurgical, envisage une classification des pertes de substances du maxillaire inférieur, consécutives à un traumatisme ou à une destruction tumorale. La première catégorie est représentée par les cas dans lesquels les pertes de substances ne rompent pas la continuité de l'os ; la deuxième est représentée par les pertes de substances rompant la continuité de l'os, mais n'entraînant pas une destruction osseuse de plus de 4 cm., destruction qui laisse envisager une reconstruction par greffe ; la troisième à celles qui, trop étendues, ne peuvent bénéficier que d'une restauration prothétique endobuccale amovible. Dans une ample documentation photographique, l'auteur fait défiler les cas qu'il présente à l'appui de son exposé : adamantinomes, kystes, épithéliomas. Par film et projection il décrit les temps principaux de ces interventions : résection partielle, greffe par implantation osseuse rigide tibial, enfin hémirésection avec désarticulation du maxillaire inférieur.

P. MARONNEAUD. — *Les essences volatiles dans la thérapeutique de l'ivoire et de la pulpe dentaire.*

L'auteur, partisan d'une thérapeutique conservatrice et régénératrice ménageant au maximum les tissus durs et mous de la dent, conforme en outre aux tendances actuelles (école suisse avec Muller, Held et surtout Hess), signale la valeur des essences volatiles, plus indiquées dans les traitements de l'ivoire (2e degré) et de la pulpe (pulpotomie) que le formol, la créosote ou le phénol. Alors que ces derniers corps sont des caustiques et des coagulants énergiques, les essences volatiles sont des substances bactéricides, cicatrisantes, non agressives.

Faisant état de certaines propriétés de diffusion (qu'il se propose de préciser dans une communication ultérieure) et de certains faits mis en lumière par J. Risler, sur la durée et la valeur bactéricide des essences, il associa des huiles essentielles volatiles à des huiles essentielles non volatiles, afin d'obtenir une association miscible de grande diffusibilité et hautement bactéricide dont il donne la formule.

De par ses propriétés cette préparation est indiquée dans la thérapeutique de l'ivoire et de la pulpe vivante ; le formol ne devant s'adresser, d'après lui, qu'au traitement de la dent morte par processus de gangrène pulpaire septique.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT ODONTO-STOMATOLOGIQUE A L'HOPITAL

Séance du 18 *octobre* 1947

Hôpital de l'Hôtel-Dieu. Service du Dr RAISON

La séance est ouverte à 10 heures, sous la présidence du Dr HENNION.

Le Dr LEPOIVRE souhaite la bienvenue aux Membres de l'Association, au nom du Dr Raison, dont il excuse l'absence.

1° *Présentation de malades du Service*, par MM. les Drs LEPOIVRE et BARA.

a) Un cas d'asialie traité par la vitamine PP, après échec des thérapeutiques classiques ;

b) Deux cas de phlegmons gangréneux de la fosse temporale, d'origine dentaire. Drainage chirurgical, pénicilline, sérum anti G. G.

Les Drs HENNION et CERNÉA argumentent la discussion.

2° Conférence par le Dr LEPOIVRE. — *La génétique en odonto-stomatologie.*

Après avoir présenté le cas de deux jumeaux monozygotes, porteurs de malpositions dentaires semblables, ayant des arcades dentaires identiques et même articulation, le Dr Lepoivre, dans un exposé magistral et très fouillé, rappelle d'abord les notions de génétique indispensables à la compréhension de son exposé.

Du mécanisme de transmission des gènes tarés ou normaux, l'auteur fait comprendre la transmission héréditaire de certaines malformations maxillaires ou malpositions dentaires. Il ouvre aussi un chapitre nouveau de recherches sur l'étiologie de la carie dentaire.

Du diagnostic étiologique doit dépendre toute thérapeutique, médicale, chirurgicale ou orthodontique.

Aussi, sur la valeur étiologique de tous ces signes, l'auteur insiste en faisant une monographie minutieuse de toutes les malformations et malpositions, maxillaires et dentaires.

Puis, rappelant et discutant les méthodes classiques de traitement, appuyées la plupart sur la connaissance des indices de Pont et d'Izard, le Dr Lepoivre montre quelles méthodes thérapeutiques nouvelles peut laisser entrevoir la connaissance de la génétique.

Cette conférence paraîtra dans un très prochain numéro de la Revue de l'Association *Actualités Odonto-Stomatologiques.*

Le Secrétaire Général : R. GABRIEL.

CONFÉRENCE sur le CEMDENT faite le 27 SEPTEMBRE 1947

au cours de la Semaine Odontologique

La conférence est présidée par M. le Dr Lebourg, qui a pour mission d'expliquer le but du *Cemdent* aux auditeurs, parmi lesquels se trouvent deux représentants de M. le Ministre de la Production Industrielle et un délégué de M. le Ministre de la Santé Publique.

C'est M. Maurice Vincent, Secrétaire Général de la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires qui présente les orateurs inscrits à l'ordre du jour :

La parole est donnée au Dr Lebourg qui explique que le *Cemdent* est un Centre technique créé par une décision des Ministères de l'Economie Nationale et de la Production Industrielle en octobre 1945, prise en accord avec le Ministère de la Santé Publique. Son but est de faciliter une amélioration de la production des produits français, afin de leur permettre de satisfaire toujours mieux les praticiens qui s'en servent, le cas échéant, de soutenir avantageusement la comparaison avec les produits étrangers. Le Dr Lebourg explique qu'à l'origine le *Cemdent* comprenait une majorité de fabricants et de techniciens de la production, ce qui sur le plan scientifique ne justifiait pas pleinement le but initial.

Sur l'intervention de la Société d'Odontologie, puis de la Société de Stomatologie et enfin de l'Union des Chirurgiens-Dentistes français, le projet fut révisé et l'on convint que les praticiens stomatologistes et chirurgiens-dentistes devaient obligatoirement posséder la majorité dans le Conseil d'Administration du *Cemdent* à seule fin de sauvegarder sûrement le point de vue scientifique. C'est à l'heure actuelle chose acquise, Stomatologistes et Chirurgiens-Dentistes ont dorénavant cette majorité.

Les buts du *Cemdent* comprennent en particulier l'orientation et la conduite des études, recherches et essais relatifs aux produits fabriqués, mode de fabrication, contrôle. La « bande de garantie » délivrée par le *Cemdent* donnera désormais au praticien, l'assurance que le produit qui l'a obtenue a subi une série d'essais qui le rend propre à son emploi et dont les indications données par le fabricant ont été vérifiées expérimentalement et cliniquement.

M. Castera, Ingénieur des Mines et Directeur du *Cemdent*, montre par des exemples probants que le *Cemdent* peut normalement garantir aux praticiens la qualité des produits qu'ils emploient, aider les fabricants à améliorer leurs productions et conseiller la profession à propos des problèmes techniques semi-industriels qui se présentent à elle. Il insiste sur la nécessité de contrôles nombreux par un organisme officiel de ce genre de fabrication qui ne saurait souffrir de médiocrité en raison de sa destination. Il montre que la fabrication de la plupart des produits dentaires est actuellement sortie du domaine empirique pour tomber dans le domaine scientifique et qu'il est possible pour beaucoup de déterminer, avec plus ou moins de précision, la composition et le mode de préparation, grâce au concours des praticiens et techniciens.

La fabrication de mauvais produits est maintenant inadmissible, compte tenu de nos connaissances. Il illustre son exposé des normes de composition nécessaires pour les amalgames et les ciments, en étendant ensuite son argumentation aux alliages dentaires.

Pour les ciments aux silicates on peut déduire des différents essais et de la théorie sur les gels que les liquides, par exemple, doivent avoir la composition suivante :

P_2O_5 35 % ± 0,5 %
Al_2O_3 4 % ± 0,5 %
ZnO 6 % ± 1 %

le reste étant de l'eau.

Le *Cemdent* en accord avec des fabricants pousse actuellement des études sur ces problèmes.

Pour les alliages dentaires il y a lieu de tenir compte de conditions biologiques (la cyto-toxicité en particulier), de conditions physiques (dureté, allongement, limite élastique, etc...) et de conditions particulières liées généralement à la composition telle que la coulabilité, la soudabilité, l'aptitude au polissage, etc...

Les conditions biologiques font recommander l'emploi des alliages suivants :

1° Ors à 75 % minimum Au et Pt et Pd et 15 % maximum d'Ag. Toutefois, pour les brasures on pourrait abaisser la teneur en Au et Pt à 65 % s'il est nécessaire d'avoir une température de fusion assez faible ;

2° Les aciers inoxydables du type 18-8 SMO en particulier qui, pour l'emploi en fil, donnent des résultats au moins aussi bons que l'or mais qui conviennent moins bien à la coulée ;

3° Les nickel-chrome et cobalt-chrome (stellites) avec leurs intermédiaires Ni-Co-Cr généralement riches en molybdène et contenant un peu de silicium ou aluminium pour l'emploi en coulée et également en fil de certaines nuances.

Les conditions physiques nécessitent de classer les alliages à couler en au moins quatre catégories :

I. *Mou.* — Pour inlays mous, facilement polis et sujets à de très faibles efforts.

Alliages pouvant présenter après coulée une dureté Brinell de 40 à 75 et un allongement d'au moins 18 %.

II. *Moyen.* — Pour inlays sujets à des efforts modérés, trois quart des couronnes, contreforts, couronnes pleines.

Alliages pouvant présenter après coulée une dureté Brinell de 70 à 100 et un allongement d'au moins 12 % et une limite élastique d'au moins 15 kgs au mm².

III. *Dur.* — Pour inlays sujets à des forces élevées, trois quarts des couronnes épaisses, contreforts, etc...

Alliages pouvant présenter, après coulée, une dureté Brinell de 90 à 140 un allongement d'au moins 12 % une limite élastique de 19 kgs au mm² minimum.

IV. *Extra-dur.* — Pour inlays sujets à de très gros efforts, barres, agrafes et moulages unis.

Alliages pouvant recevoir des traitements durcissants et adoucissants et donnant :

— à l'état adouci : dureté Brinell d'au moins 130 et un allongement d'au moins 10 % ;

— à l'état durci : une dureté Brinell d'au moins 200 et un allongement d'au moins 2 %, une charge de rupture à la traction et une limite élastique, supérieures repectivement à 63 kgs et 46 kgs au mm².

D'après les essais effectués en France et à l'Etranger sur les alliages de remplacement vendus dans le monde entier, aucun de ceux-ci ne remplit entièrement les conditions ci-dessus que l'on peut exiger des alliages extra-durs. Les alliages genre stellite sont ceux qui s'en rapprochent le plus.

Les nickel-chrome molybdène paraissent au contraire rentrer généralement assez correctement dans la catégorie des alliages durs, de même que certains aciers inoxydables à teneur très faible en carbone (moins de 0,02 % C).

Quant aux catégories d'alliages moyens et mous (I et II) il ne paraît exister actuellement dans le monde de bons alliages non précieux de remplacement.

M. CANIVET, Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris, examine ensuite le contrôle des qualités de cires pour moulages d'inlays. Après quelques généralités sur ces cires, il étudie spécialement leur utilisation pour inlays dont il détermine notamment les caractéristiques essentielles, à savoir :

1° Les cires doivent pouvoir se ramollir sans devenir floconneuses ou s'écailler ;

2° Elles doivent devenir suffisamment plastiques, à des températures légèrement supérieures à celle de la bouche afin de permettre leur introduction dans tous les détails de la cavité ;

3° Elles doivent durcir dans des limites convenables à la température de la bouche, afin de permettre l'extraction du modèle de la cavité sans déformation ;

4° Elles doivent pouvoir se sculpter sans s'émietter ni devenir floconneuses ;

5° La couleur doit être telle qu'il soit facile de sculpter le modèle dans la bouche par contraste avec la couleur des tissus de la bouche ;

6° Les caractéristiques de dilatation thermique doivent être suffisamment connues afin de permettre l'emploi correct de la matière dans chaque technique exigeant une dilatation du modèle.

Après avoir examiné les techniques allemandes et américaines de contrôle des cires à inlays, M. CANIVET expose les conditions auxquelles doit satisfaire une bonne cire à inlays :

Outre les caractéristiques précédemment énumérées, il faut tenir compte :

1° *De la fluidité* :

à 37°5	fluidité inférieure ou égale à 1	%
à 38°	— — — —	à 5 %
à 42°	— au moins égale ou supérieure à 5	%
à 43°	— comprise entre 50 % et 75	%

2° Les matières doivent pouvoir fondre et se vaporiser à 500°, sans laisser de résidus solides autres que du carbone ;

3° Dilatation thermique. Une courbe où des résultats numériques doivent être fournis avec la matière afin de permettre à l'acheteur de faire un usage convenable de la matière dans les techniques exigeant une dilatation de la cire.

M. CANIVET termine par un résumé des essais effectués au *Cemdent* sur six cires à inlays et propose de donner la marque de qualité aux cires remplissant les conditions énoncées précédemment.

Enfin, M. RAYNAUD, Ingénieur des Arts et Manufactures, du *Cemdent*, traite dans son exposé du contrôle des amalgames dentaires. Dans une première partie il s'attache à rechercher les qualités d'un bon amalgame.

Les différents travaux effectués par les praticiens français et étrangers permettent d'établir que la composition chimique d'un bon alliage pour amalgame dentaire est la suivante :

Argent	65 % minimum	Cuivre	6 % maximum
Etain	25 % —	Zinc.....	2 % —

Il est à remarquer qu'une forte teneur en argent ne diminue pas la qualité d'un alliage, bien au contraire, mais que par contre, les travaux de Gayler établissent que la teneur en étain doit être comprise entre 25 % et 27 % si l'on désire que les tendances à la contraction et à l'expansion soient réduites au minimum.

M. RAYNAUD examine ensuite les propriétés générales d'un amalgame dentaire :

L'amalgame doit :

a) Donner en 3 minutes une masse homogène plastique et lisse ;

b) Avoir durci suffisamment 15 minutes après sa confection pour pouvoir être démoulé ;

c) Etre susceptible de recevoir et de garder un poli 24 heures après l'amalgamation.

Outre les caractéristiques précédentes, un bon amalgame doit se contracter légèrement à la prise et conserver une dilatation restante comprise entre 3 et 13 microns par centimètre afin de s'adapter solidement à la dent.

Des différentes études entreprises il ressort également qu'un spécimen moulé à la main dans une cavité de 4 m/m de diamètre et 8 m/m de hauteur doit pouvoir 3 heures après l'amalgamation, recevoir une charge de 250 kgs /cm² pendant 21 heures à la température de 20 à 25° C., sans présenter un affaissement de plus de 4 %.

La résistance à l'écrasement et à la traction n'apportent aucun renseignement complémentaire lorsque le changement de volume et la fluidité sont dans les limites citées plus haut et il n'y a pas lieu d'en tenir compte.

Après quelques considérations sur le potentiel électrolytique, la solubilité et la corrosion d'un amalgame en bouche, M. RAYNAUD en déduit les principes suivants :

1° L'amalgame doit être préparé en incorporant toutes les particules au commencement de la trituration ;

2° Les restaurations doivent être soigneusement nettoyées et conservées polies ;

3° Le contact des métaux différents doit être évité ;

4° Il y a lieu de tenir compte des conditions du milieu buccal de chaque patient.

Enfin, le mercure joue un grand rôle par sa pureté et sa proportion dans le mélange.

M. le Dr LEBOURG remercie les orateurs pour leurs exposés et tire la conclusion de la réunion.

La séance est levée à 19 heures 40.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Congrès de Biarritz, 18 au 23 septembre 1947

(66e *Session*)

I. — Compte Rendu Général

Le Congrès annuel de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences s'est tenu cette année à Biarritz, du 18 au 23 septembre, sous la présidence de M. Louis FAGE, Membre de l'Institut, Professeur au Muséum National d'Histoire Naturelle.

Les séances ont eu lieu au Lycée de Biarritz.

Jeudi 18 septembre, à 10 heures. — Séance solennelle inaugurale au Casino Municipal. — M. le Préfet des Basses-Pyrénées, M. PETIT, Maire de Biarritz, M. ARNÉ, Directeur du Musée de la Mer et Président du Comité local, prirent successivement la parole pour saluer les congressistes et les délégués étrangers de la Grande-Bretagne, de la Suisse, des Pays-Bas, de la Belgique et de la Roumanie ; représentant les Associations sœurs ou les Universités de ces nations amies, M. le Professeur Pierre SERGESCU, parla au nom de ces délégués pour dire leur satisfaction de se retrouver avec leurs collègues français. M. le Professeur FAGE, Président de l'Association, remercia les orateurs et prononça le discours d'usage qui fut une conférence très appréciée sur les *Recherches Océanographiques*.

Après-midi. — Organisation des sections dans leurs divers locaux.

A 16 heures. — Conférence générale de M. KIMPFLIN, sur les *Ressources minières de la région pyrénéenne*, avec projections.

A 17 heures. — Visite de Bayonne, dirigée par le Commandant BOISSEL, Directeur du Musée basque, visite du Musée, de la Cathédrale, etc...

Vendredi 19 septembre. — *Matin*. — Travaux des sections.

Après-midi. — Conférences intersections et générales, entre autres :

M. AILLERET, Ingénieur des Ponts et Chaussées : *L'énergie des marées*.

M. MIGAUX : *La géophysique de l'Aquitaine*.

A 20 heures. — Grand banquet (dîner basque), au *Miramar* réunissant 250 convives.

Samedi 20 septembre. — *Matin*. — Travaux des sections.

Après-midi. — Conférences intersections :

M. DÉRIBÉRÉ, Ingénieur, sur : *La transposition dans les œuvres de paix des progrès réalisés pendant la guerre dans le domaine des rayons infrarouges*.

M. DUPOUY, Doyen de la Faculté des Sciences de Toulouse, sur : *Récents résultats obtenus par le microscope électronique*.

M. BUDKER, Sous-Directeur de Laboratoire au Muséum National d'Histoire Naturelle, sur : *L'Industrie baleinière*.

M. FONTAINE, Professeur au Muséum, sur : *La physiologie du saumon*.

M. VIBERT, Inspecteur des Eaux et Forêts, sur : *La biologie du saumon*.

En fin d'après-midi, visite du Musée de la Mer, dirigé par M. ARNÉ.

Le soir : Grand Gala folklorique au Casino. Les Congressistes purent applaudir la célèbre compagnie des « Oltara » danseurs et chanteurs basques présentée par M. le Marquis d'Arcangue.

Dimanche 21 septembre. — Le Congrès a suspendu ses travaux pour une excursion générale à laquelle participèrent 225 congressistes. Au cours de cette excursion qui comportait un grand circuit par Dax et Hossegor, visite d'un forage d'études de la Société des Pétroles d'Aquitaine dans la région de Saubrigues et des mines de Lignite de Saint-Lon. A Dax, sous la conduite du Président de la Société de Borda, visite de la ville et d'un établissement thermal et, par la forêt landaise, arrivée à Hossegor, où nous accueillit M. Benoist, Président du Syndicat d'Initiative, Chirurgien-Dentiste, qui avait organisé un déjeuner très sympathique et avec beaucoup d'amabilité fit admirer la jolie station d'Hossegor.

Le soir, à Biarritz, la Municipalité avait organisé une fête de nuit de couleur locale, comportant notamment le curieux « Toro de Fuego ».

Lundi 22 septembre. — *Matin.* — Reprise des travaux des sections.

Après-midi. — Conférences intersections et générales :

M. Marinesco, Ingénieur, sur : *Les ultra-sons en Chimie-Physique.*

Dr Sureau, de l'Institut Pasteur : *Etat actuel de la question de la pénicilline.*

Dr Chaussé : *Considérations générales sur l'Invention.*

M. Monnier : *La Biochimie et les antibiotiques.*

A 20 heures : M. Gaussen, Professeur à la Faculté des Sciences de Toulouse, faisait une conférence publique sur : *Les forêts pyrénéennes*, avec de nombreuses et très belles projections.

En fin d'après-midi, le Comité local avait organisé une grande excursion par la côte basque jusqu'à Hendaye, avec arrêt à Saint-Jean-de-Luz, où, après la visite de cette très jolie petite ville, une réception était offerte au Casino par la Municipalité.

Mardi 23 septembre. — *Matin.* — Fin des travaux de section.

A 15 heures. — Assemblée générale où, après lecture du rapport du Secrétaire, le Dr Lavier, Professeur à la Faculté de Médecine, et du Trésorier de l'A. F. A. S., on procéda à l'élection du nouveau bureau pour 1948.

On été élus :

Président : M. Jolibois, Professeur à l'Ecole des Mines, Membre de l'Institut ;
Vice-Président : M. Cholley, Doyen de la Faculté des Lettres de Paris ;
Secrétaire : M. Valiron, Professeur à la Faculté des Sciences ;
Vice-Secrétaire : M. Chopard, Directeur du Vivarium au Muséum ;
Trésorier : M. d'Harcourt, Directeur honoraire à la Société Générale.

A la suite de l'Assemblée, M. Dufraisse, Professeur au Collège de France, fit une conférence sur : *La vie et l'œuvre de Charles Moureu*, originaire du pays basque.

Divers vœux furent adoptés.

Ce Congrès présenta une remarquable activité. Plus de deux cents communications furent présentées dans les 26 sections. Plusieurs d'entre elles avaient organisé des excursions particulières qui permirent des études locales (botanique), La Rhune, Guéthary, Musée forestier d'Hossegor (géologique et ethnologique), grotte d'Isturitz, abri sous roche d'Oltho, coupe géologique de Sainte-Barbe, falaises de Bidart, etc...

Enfin, une grande excursion finale de trois journées conduisit les participants dans les Pyrénées jusqu'aux forages de pétroles de Saint-Marcet (Saint-Gaudens).

Ce Congrès a été un nouvel exemple de la vitalité de l'esprit scientifique dans notre pays et une réussite de plus à l'actif de notre vieille Association. La prochaine session se tiendra à Genève, dans la deuxième quinzaine de juillet. Nous ne doutons pas qu'elle connaisse un succès identique.

II. — XXVe Section (Odontologie)

La section d'Odontologie, sous la présidence de M. LAZARI, Chirurgien-Dentiste, Maire-Adjoint de Biarritz, a fait preuve d'une grande activité.

Le mercredi soir, 17 septembre, veille de l'ouverture officielle du Congrès, le Comité local de la section et le Comité départemental d'Hygiène bucco-dentaire des Basses-Pyrénées, offraient au Casino municipal de Biarritz, une réception intime aux membres de la section.

Les deux Présidents, MM. LAZARI et DEHILOTTE, prirent la parole pour leur souhaiter la bienvenue et formuler des vœux pour la complète réussite du Congrès.

JEUDI 18 SEPTEMBRE

10 heures. — Séance solennelle d'ouverture dans la salle de Théâtre du Casino Municipal.

14 h. 30. — Ouverture des travaux de la Section.

M. WALLIS-DAVY, secrétaire général du Comité exécutif ouvre la séance et donne lecture de la correspondance. Il lit un télégramme de M. Henri VILLAIN, Président du Comité exécutif qui, rentrant d'un voyage en Amérique, s'excuse de ne pouvoir assister au Congrès et envoie des vœux pour sa réussite.

Il présente aussi les excuses de M. SUDAKA, Vice-Président de la Section, qui est malade.

De M. AYE, Président du Comité National d'Hygiène bucco-dentaire de M. LOISIER, de M. SELBMANN (Nice), de M. MOLINO (Nice).

Le Bureau est ensuite constitué :

Président : M. LAZARI, Président du Syndicat des Basses-Pyrénées, Maire-adjoint de Biarritz ;

Vice-Présidents : M. DEHILOTTE, Président du Comité départemental d'hygiène bucco-dentaire des Basses-Pyrénées, M. SUDAKA, Professeur à l'École Odontotechnique de Paris ;

Secrétaire : M. WALLIS-DAVY, Professeur à l'Ecole dentaire de Paris ;

Secrétaire-adjoint : M. LONG-SAVIGNY, Chirurgien-Dentiste à Biarritz.

Le Président prononce l'allocution d'usage qui est applaudie par tous les assistants.

Après un court échange de vues, la séance est levée pour permettre aux membres de la Section d'assister à la Conférence générale de M. KIMPFLIN, Docteur ès-Sciences, sur : *Les ressources minières de la région pyrénéenne.*

17 heures. — Visite de Bayonne, dirigée et commentée par le Commandant BOISSEL, Directeur du Musée Basque.

VENDREDI 19 SEPTEMBRE

9 h. 30. — Communication sur l'Hygiène bucco-dentaire :

M. DEHILOTTE. — *Les comités départementaux d'hygiène bucco-dentaire des Basses-Pyrénées et des Landes* (leur évolution, leurs résultats).

Le conférencier rappelle la constitution de ces comités ; leur action dans l'école même avec le concours des membres de l'enseignement primaire.

Souligne la création de postes de santé comprenant : lavabo, verre, brosse à dents, tube dentifrice, dans quelques écoles du département des Basses-Pyrénées, où chaque matin, sous l'œil bienveillant des maîtresses et des maîtres, les enfants procèdent à la toilette de leur denture.

Précise, que si nous avons obtenu un premier succès par l'arrêté du 1er mars 1947, nous le devons certainement à la propagande suivie par les comités départementaux avec les directeurs du Comité National d'hygiène dentaire.

Il conclut en disant que les efforts de ces deux comités tendront à con-

vaincre l'ensemble de la population scolaire du besoin des soins, qui est la sanction logique, devant découler de la propagande et du dépistage.

Argumentateurs : MM. BENOIST, d'Hossegor ; Dr AUDY, Max FILDERMAN.

M. BENOIST, membre de la Commission d'Hygiène de la Fédération Dentaire Internationale, remercie et félicite en son nom et au nom de tous ses confrères, M. DEHILOTTE, de son initiative et de ses efforts, ainsi que des publications illustrées faites à ses propres frais, dans l'intérêt de l'hygiène bucco-dentaire et de l'enfance.

M. Robert VIELLEVILLE. — *Sur quelques nouveautés américaines.*

L'auteur, retour d'un voyage en Amérique, fit plusieurs études des plus remarquées sur les sujets les plus divers.

En prothèse : les métaux employés dans les grands laboratoires aux Etats-Unis : Aciers spéciaux, Vitalium, Columbium. Il décrit le rôle, la présentation, l'utilisation, les propriétés spéciales du Tantale et précise ses avantages de grande tolérance par les divers organes et les muqueuses, en chirurgie générale.

Conceptions particulières américaines sur les dérivés synthétiques, les résines acryliques, etc...

En prothèse : les métaux employés par la profession sont des « cobalt-chrome-molybdène ». Ce sont le Vitalium, le Zyconium, le Nobylium.

Le Dr AUDY met au point quelques précisions.

14 h. 30. — M. AYE, Président du Comité National d'Hygiène et Prophylaxie bucco-dentaire. — *Etat actuel de la prophylaxie dentaire et programme de réalisations.*

M. DEHILOTTE lit la communication de M. AYE, absent :

Important travail sur l'état actuel de la prophylaxie bucco-dentaire, qui paraîtra dans nos revues professionnelles.

L'auteur conclut : Ainsi peut-on concevoir la possibilité d'une organisation de soins dentaires généralisés à l'ensemble de la population enfantine.

On pourrait en même temps envisager l'amélioration des soins dentaires à toute la population, en conciliant les intérêts des malades, des spécialistes et des collectivités, avec une doctrine basée sur les conditions suivantes :

Améliorer les techniques de soins dentaires pour accroître leur efficacité en diminuant le nombre des séances de soins ;

Instruire les Médecins, les éducateurs et les malades des dangers des lésions dentaires, de la nécessité des soins réguliers, de la supériorité des traitements conservateurs sur la prothèse ;

Enseigner aux spécialistes, les méthodes thérapeutiques des soins dentaires chez les enfants à l'aide de cours de perfectionnement ;

Généraliser pour les enfants, puis les adolescents, les examens dentaires semestriels et assurer la régularité des soins avec un carnet dentaire à l'âge de 4 ans au plus tard ;

Encourager pour les adultes, les visites dentaires annuelles et les soins dentaires conservateurs, de façon à diminuer les indications de la prothèse.

Nous n'ignorons pas que l'œuvre à accomplir est immense. Sa réalisation demande un effort considérable, à la fois de la part des pouvoirs publics, des municipalités, des organisations de Sécurité Sociale et des spécialistes qualifiés de l'art dentaire. Nous ne doutons pas que ces derniers qui ont eu tant de fois à faire la preuve de leur dévouement à la cause sociale, soient prêts à participer avec enthousiasme à cet effort.

15 h. 30. — M. BENOIST (Hossegor), Membre de la Commission d'Hygiène de la Fédération Dentaire internationale. — *Le dépistage des affections bucco-dentaires : l'arrêté ministériel du 1er mars 1947 et ses modalités d'application permettent-ils la réalisation d'un programme complet de prophylaxie bucco-dentaire ?*

L'auteur rappelle les travaux de MM. Hulin, Lancien, Loisier, Dehi-

lotte, Besombes, etc..., et dans cette étude critique, il pense que l'arrêté ministériel du 1er mars 1947 procède d'un désir évident de faire œuvre utile en faveur de la jeunesse française.

Cet arrêté présente à ses yeux des qualités indéniables :

1° Celle de reconnaître officiellement l'importance du système bucco-dentaire dans l'équilibre biologique de l'être humain ;

2° Celle de confier à des spécialistes qualifiés le dépistage des affections bucco-dentaires ;

3° Celle de comporter l'obligation des soins, en respectant le libre choix du praticien.

Ce qu'il reproche à l'arrêté ministériel, c'est de limiter son action aux enfants de 6 à 7 ans.

Après des considérations générales, l'auteur conclut par un ordre du jour accepté et voté par les assistants :

Ordre du jour :

La Section d'Odontologie du Congrès de l'Association française pour l'Avancement des Sciences, après avoir entendu le rapport de M. Benoist sur : *Le dépistage précoce des affections bucco-dentaires*, émet les vœux suivants :

1° Que le Comité National d'Hygiène bucco-dentaire soit officiellement habilité à participer à l'organisation du service national dentaire infantile ;

2° Que l'action de propagande d'Education Sanitaire du Comité National d'Hygiène bucco-dentaire soit étayée par la participation financière de toute la profession dentaire, par l'entremise de ses groupements nationaux (Ordre et Confédération nationale des syndicats dentaires) ;

3° Etant donné l'importance de la question des films d'éducation sanitaire, la section d'Odontologie de l'A. F. A. S. émet le vœu que le Comité National d'Hygiène bucco-dentaire coordonne et soutienne financièrement les efforts de tous ceux qui s'intéressent à la production de films documentaires parlants, ayant trait à l'hygiène et à la prophylaxie bucco-dentaire.

M. Vieilleville. — *Un Institut Vanderbilt aux U. S. A. — Les laboratoires ménageries pour microbes.*

L'auteur expose les travaux de laboratoire pour la production massive de la pénicilline, des cultures microbiennes, des antibiotiques, etc...

Il note les recherches du Docteur Dubos sur la « Tyrothricine », qui seconderait l'action des sulfamides et de la Pénicilline. Action uniquement locale de ce bacille. Ni ingérable, ni injectable. Utilisable par pulvérisations ou par insufflations.

Il cite que l'utilisation des microbes a, par exemple, permis aux U.S.A. de s'affranchir complètement de l'importation d'Italie, de l'acide citrique, extrait des citrons du sud de l'Italie et d'économiser ainsi des millions de dollars.

En conclusion, l'auteur expose les immenses espoirs que l'utilisation des microbes permet d'entrevoir dans un avenir très proche.

M. Selbman (Nice). — *Rapport sur les activités du Comité départemental de l'hygiène dentaire des Alpes-Maritimes.*

M. Selbman absent, le rapport est lu par M. Dehilotte.

De ce rapport extrêmement documenté, qui paraîtra dans nos revues professionnelles, l'auteur conclut :

Education des enfants dans les écoles et toutes les couches sociales du pays.

Propagande par conférence, radio, cinéma, littérature.

Dépistage des lésions et malformations bucco-dentaires par les inspections professionnelles et à l'armée.

Soins prophylactiques afin d'enrayer les lésions apparentes.

17 heures. — Conférence générale par M. AILLERET, Ingénieur des Ponts et Chaussées : *L'énergie des marées.*

20 heures. — Grand banquet de l'A. F. A. S. à l'Hôtel Miramar.

SAMEDI 20 SEPTEMBRE

9 h. 30. — M. BROGIOTTI (Biarritz) .— *La réimplantation simple classique et l'implantation totale.*

Depuis plusieurs dizaines d'années, la réimplantation simple a été pratiquée avec succès par de nombreux praticiens.

L'auteur parle aujourd'hui de l'implantation totale qu'il qualifie de véritable *greffe.*

Cette intervention a été, à son avis trop délaissée, peu pratiquée et est encore à peu près ignorée.

Il fait connaître le résultat de ses travaux commencés en 1912, et, depuis cette époque, il n'a cessé d'appliquer sa méthode sans avoir à enregistrer un seul insuccès.

Cette intervention très simplifiée est devenue pour lui de pratique courante et il a eu la satisfaction de revoir vingt ans après, des dents implantées, assurer fidèlement leurs fonctions.

La technique opératoire est restée sensiblement la même depuis plus de trente années.

Conservation des dents (greffons) dans du sérum physiologique oxygéné au 1/3.

Préparation minutieuse pour la *partie prothèse* (1re phase) modèle métallique, creuser alvéole sous contrôle radio-dent à pivot-gouttière) et stérilisation absolue pour la *partie chirurgicale* : (2e phase).

1° Préparation du greffon — (obturation du canal, de l'apex au ciment synthétique — scellement à la dent à pivot et gouttière ;

2° Préparation de *l'alvéole* — nettoyage, désinfection de la bouche, curettage de l'alvéole — le greffon inclus avec dent à pivot est immobilisé sur la gouttière, fixée elle-même aux dents voisines.

Bains chauds — traitement récalcifiant. Il se forme un cal de consolidation avec la racine greffée.

La communication paraîtra dans nos revues professionnelles.

10 h. 30. — Election du Président de la Section pour le Congrès de 1948 :

1° M. SUDAKA, Professeur à l'Ecole Odontotechnique de Paris, est élu ;

2° Le vœu présenté par M. BENOIST (d'Hossegor) est adopté à l'unanimité et transmis à l'administration de l'A. F. A. S. pour être soumis à l'Assemblée générale de clôture.

M. VIEILLEVILLE (Paris). — *Un Institut Vanderbilt aux U. S. A. — Utilisation des sous-produits des gaz naturels.*

La plus marquante de ces causeries sur les dernières nouveautés américaines, fut sans doute, celle sur les « gaz naturels » car le Congrès fut suivi d'une visite aux champs de pétrole de Saint-Gaudens, où le gaz naturel est utilisé ; mais son utilisation industrielle est encore incomplètement connue.

En effet, ce gaz incolore, inodore, peut être changé : en caoutchouc synthétique, huile pour moteurs, en graisses comestibles, en engrais, en explosifs, en anesthésiques, en alcools buvables et même en parfums. L'auteur cite les conclusions émises par le Docteur Gustave Egloff : *Produits oléagineux universels* : « Si l'un de nous commence à exploiter le gaz naturel, tous les produits synthétiques connus dont l'homme a cultivé les recherches dans les laboratoires, peuvent en dériver. Et il y en a 500.000 différents. »

14 h. 30. — M. GUDIN (Loches). — *Mécanothérapie orthopédique dans les états adénoïdiens et dans la glossoptose de Robin.*

Possibilités réflexogènes de cette thérapeutique mécanique. Son influence probable sur l'endocrinie, ses conséquences somatiques (projections et moulages).

D'après l'auteur, dans l'étude de ces troubles il y a lieu d'envisager deux grandes causes agissant par « aggravation réciproque ». C'est la connaissance de ces causes qui conditionne la thérapeutique.

1° *La cause mécanique* très bien étudiée par Robin, Soleil, est liée au déséquilibre morpho-fonctionnel et ses conséquences sont l'obstruction des voies respiratoires et du confluent vital de Robin ;

2° *La cause constitutionnelle* prédominante est un état pathologique qui retentit sur l'évolution endocrino-sympathique de l'enfant pendant sa croissance ; ce qui fait dire à M. Gudin que ces enfants sont surtout des dysendocriniens. La thérapeutique mécano-fonctionnelle de ces états ne suffit pas à expliquer à elle seule l'amélioration obtenue, et pour comprendre cette action il faut faire intervenir une autre raison thérapeutique. Celle-ci agit parallèlement par réflexothérapie, en créant une « *activation endocrinienne* en fonction de l'expansion des maxillaires et de leur irritation (somation nerveuse).

Pour étayer ces hypothèses, il donne trois observations cliniques prises à trois stades de la croissance, sur des enfants prépubères, pubères et postpubères, dont l'endocrinie semble avoir retardé l'évolution somatique. Une courbe pondérale très démonstrative de ces trois cas, comparée aux courbes moyennes de Nobécourt et de Stratz complète les observations.

D'après lui, le mécanisme de cette excitation neuro-hormonale serait lié au territoire particulièrement réflexogène de notre région ; à la présence voisine de notre champ d'intervention du ganglion sphéno-palatin, chef de file sympathique du secteur, et de l'hypophyse. L'hypophyse, « glande maîtresse de Cushing », joue un rôle important dans la croissance somatique des individus par sa fonction endocrino-stimulante sur les autres glandes. On a une synergie neuro-hormonale très bien expliquée par les beaux travaux de Mosinger et Roussy. Comme le dit Rivoire, un contact est réalisé entre les deux grands systèmes métaboliques de l'organisme, le *système humoral* et le *système neural*, entre la glande directrice du système endocrinien — l'hypophyse — et l'hypothalamus, centre végétatif primordial de l'organisme.

Pour réaliser le traitement des états glossoptosiques, M. Gudin préfère les appareils à plaques fendues, munis de vérins, genre monobloc de Robin, auxquels il ajoute dans certaines circonstances des crochets de stabilisation et des bandeaux. D'après lui, ces appareils, par des chocs répétés, la disjonction, le tiraillement progressif des maxillaires, réaliseraient une mécanothérapie réflexogène, agissant sur le système endocrinien, comme il a été dit plus haut.

Discussion. — M. le Professeur Dubecq, agrégé de la Faculté de Médecine de Bordeaux, préfère la théorie de l'oxygénation comme grand agent modificateur des malformations palatines et maxillaires.

M. le Dr Maronneaud, de Bordeaux, estime que l'oxygénation et l'activation respiratoire priment, car si on dilate les maxillaires on favorise en même temps l'oxygénation et que, dans les cas présentés où ont été employées les deux méthodes en même temps, il n'est pas prouvé que l'activité endocrinienne est le principal facteur d'amélioration.

La communication paraîtra dans nos revues professionnelles.

M. le Professeur Dubecq et le Dr P. L. Marronneaud : *Les variations morphologiques de l'architecture mandibulaire des mammifères.*

1° La morphologie générale de l'os maxillaire subit l'influence de plusieurs facteurs tenant surtout aux caractères de la denture, à l'orientation des muscles masticateurs, et à la prépondérance fonctionnelle du temporal ou du masséter ;

2° Les apophyses angulaires et coronoïdes comme la branche montante présentent de grandes variations ; mais les premières paraissent dans leur développement liées à des *phénomènes de compensation réciproque* ;

3° L'étude générale de son architecture amène à la considération d'une *charpente centrale*, trabéculaire, et d'une *charpente périphérique*, corticale ;

4° Les dispositions de l'architecture centrale permettent de distinguer deux types trabéculaires :

Un type *longitudinal* caractérisant les Omnivores, les Herbivores et les Carnivores.

Un type *transversal* caractérisant surtout les Rongeurs ;

5° L'architecture périphérique révèle d'autre part l'existence de *poutres de renforcement* : au niveau du cortex basilaire, réalisant un véritable solivage de la portion horizontale de l'os ; au niveau du cortex condylien, réalisant une butée d'appui du type *axial* chez les Rongeurs simplicidentés, du type *convergent* chez la vache, le chien, le chat, ou en *nappe* ou en *noyau* chez le mouton, le porc, la taupe, le lapin ; enfin au niveau du cortex angulaire et du cortex coronoïdien ;

6° Cette morphologie architecturale semble répondre à des forces dominantes de *pression*, de *traction* et de *décurvation* dues à la tonicité et à la contraction musculaires ;

7° Ces faits paraissent en accord avec les données stratigraphiques de Wolff et Culmann et les conclusions expérimentales de Koch, pour le fémur. Ils correspondent d'autre part à des faits d'expérimentation physique sur des corps inertes, grâce à l'enregistrement photographique des lignes de force à la lumière polarisée ; et par des faits d'expérimentation biologique concernant les influences de l'étirement et de la compression sur la cellule végétale et son cloisonnement ;

8° Enfin l'observation histologique en montrant dès les premiers stades de l'embryogenèse, des dispositions structurales répondant par avance aux futures exigences fonctionnelles, apporterait ici la preuve de la primauté, dans le temps, de la phylogenèse sur l'ontogenèse.

Discussion. — M. le Professeur DUBECQ ajoute quelques mots sur l'harmonie de l'architecture osseuse. La perfection de la composition des zones de résistance et de renforcement, assurant cependant malgré leur finesse et leur légèreté, la force en même temps que la souplesse des maxillaires. Analogie fémur, etc...

La communication paraîtra dans nos revues professionnelles.

17 heures. — Visite du Musée de la Mer.

Soirée folklorique au Casino.

DIMANCHE 21 SEPTEMBRE

Suspension des travaux du Congrès. — Excursion générale à Dax et Hossegor. — (Voir en tête, compte rendu général).

LUNDI 22 SEPTEMBRE

9 h. 30. — M. le Professeur BOURDELLE, du Muséum d'Histoire Naturelle : *La troisième molaire des Simiens.*

L'auteur traite d'un sujet d'anatomie dentaire comparée sur « La troisième molaire des Simiens », primordiale en zoologie. Suit un exposé technique : classifications générales des espèces, groupes et variétés à retenir.

Trois dentures différentes comportant un nombre différent de dents :

Les *Catarrhiniens* ont 32 dents : 2 incisives, 1 canine, 2 prémolaires et 3 molaires. Ce sont des anthropoïdes. Même genre que l'homme. Dans ce groupe sont inclus les gorilles et les chimpanzés : 3e molaire très grosse, plus que les autres.

Les *Platyrrhiniens* : 2 groupes :

a) Premier groupe a 36 dents ayant 3 prémolaires, au lieu de 2 et le reste normal, mais la 3e molaire est plus petite que les autres ;

b) Deuxième groupe avec 32 dents, mais 3 prémolaires et seulement 2 molaires, c'est le groupe des « Hapalidés » type : le Ouistiti.

Chez l'homme, inconstance de la 3e molaire à morphologie capricieuse souvent.

Chez les Simiens, constance régulière de la 3e molaire, « groupe des Catarrhiniens » (Anthropoïdes) — ou absence totale (« groupe des Hapalidés »).

L'homme est placé dans ces classifications entre les « Lémuriens » et les « Anthropoïdes » en se rapprochant plutôt des « Platyrrhiniens » et des Hapalidés, à cause de l'inconstance de sa 3e molaire et de son moindre développement chez les Platyrrhiniens.

Dr Audy. — *Deux observations de corps étrangers juxta-dentaire.*

1re *observation* : concerne un homme qui a reçu, en 1925 (au cours d'une partie de chasse), dans la région scapulaire et le bras gauche, une charge de plomb. Guérison, aucune suite. En 1936, au cours d'un traitement dentaire, l'auteur remarque dans le vestibule au niveau de la prémolaire inférieure gauche une nodosité, ressemblant à une cicatrice un peu proéminente d'ancienne fistule vestibulaire. Le malade déclare la présence d'un grain de plomb. Traitement de la dent, mais, en 1944, au cours d'une maladie infectieuse, l'extraction des prémolaires et grosses molaires fut décidée. La radio montrait le fameux grain de plomb en une tache un peu floue, mais absolument opaque aux rayons.

A l'opération, il n'existait qu'une bouillie noirâtre sans aucun corpuscule solide. Cicatrisation normale.

2e *observation* : concerne une fillette de 6 ans et demi, qui présente un gros abcès de la mandibule gauche. « 5 août 1937 » extraction des racines de la molaire temporaire ; amélioration. Du 12 décembre au 10 avril 1938, les manifestations inflammatoires récidivent — avec abcès, pus —. Traitement, lavages, etc..., amélioration. Obturation complète de la 1re grosse molaire. Le 10 avril, nouvelle tuméfaction volumineuse de la région mandibulaire, abcès vestibulaire fluctuant. En désespoir de cause, extraction de la 1re grosse molaire inférieure gauche, baignant dans le pus. Lavages et guérison rapide.

Examen de la pièce. L'aspect *extérieur* des racines est normal. Intérieurement, constatation d'obturation correcte des canaux et chambre pulpaire.

Entre les racines, petite masse de tissu fibreux interradiculaire dans laquelle se trouvait incluse une perle métallique très oxydée de métal ferreux.

Pressée de questions : l'enfant se souvient que quelques temps auparavant, en tenant son chapelet dans la bouche, une camarade lui avait arraché brusquement, qu'il s'était brisé et qu'elle avait ressenti une vive douleur. Du rapprochement de ces deux observations l'auteur conclut :

1° Un grain de *plomb*, stérilisé par la déflagration, pénètre presque aseptiquement sur la paroi de la mandibule, sans communication avec la cavité buccale. Sur place il se transforme lentement en sulfure de plomb (impropre aux développements microbiens).

Absence de réaction pathologique pendant près de vingt ans.

2° Une perle en fer (métal particulièrement mal toléré par l'organisme), pénètre par la bouche (milieu septique) dans les tissus gingivaux, et malgré un enkystement dans un tissu fibreux réactionnel, dû à son oxydation sur place, accidents infectieux tant que dure la présence du corps étranger.

Interviennent pour expliquer ces phénomènes pathologiques différents : 1° la nature du métal ; 2° sa tolérance par les tissus ; 3° la pénétration par voie aseptique ou septique ; 4° l'isolement et la communication avec le milieu buccal.

Après-midi. — Excursion en autocar jusqu'à Hendaye par la route du littoral, avec retour par le pays basque, offerte par le Comité. Réception au Casino, offerte par la Municipalité de Saint-Jean-de-Luz.

21 heures. — Le banquet de la section d'Odontologie eut lieu au Petit Vatel.

M. Lazari, Président de notre section, était entouré de M. le Professeur Fage, Membre de l'Institut, Président de l'A. F. A. S. ; de M. le Sous-

Préfet de Bayonne ; de M. le Professeur VERNE, Membre de l'Académie de Médecine et Secrétaire général du Conseil de l'A. F. A. S. et de la plupart des confrères qui ont suivi les travaux du Congrès.

MARDI 23 SEPTEMBRE

Matin. — Fin des travaux des sections.

Après-midi, 15 heures. — Au Casino Municipal eut lieu l'Assemblée générale de l'A. F. A. S. et la séance de clôture du Congrès.

Les vœux présentés par les sections furent adoptés.

Le prochain Congrès aura lieu à Genève, fin juillet 1948.

R. WALLIS-DAVY,
A. DEROUINEAU.

CONGRÈS ANNUEL
DE LA BRITISH DENTAL STUDENT ASSOCIATION

Compte rendu par J.-L. GUITTON

Représentants Français : Mlle Colette BROSSARD, M. Jean-Louis GUITTON, délégués de l'Ecole Dentaire de Paris.

Qu'il me soit permis, tout d'abord, de remercier la Direction de l'Ecole Dentaire de Paris qui nous a délégués comme représentants des Etudiants de notre Ecole auprès de nos amis britanniques. Ils ont si bien su nous recevoir qu'une réelle amitié unit les représentants de Grande-Bretagne, des Etats-Unis, de Hollande, de Norvège, de Suède, du Danemark, de l'Eire et de France. Qu'il me soit permis de remercier aussi particulièrement M. le Prof. T. Talmaje Read, Directeur du Dental Hospital de Leeds ; M. Sydney Barnett, Président de B. D. S. A. ; M. Max Saunders, nouveau Président du B. D. S. A. ; ainsi que MM. M. Metcalf, R. Dunsdall, S. Cross, D. Morgan..., qui ont bien su, tous, par leur dévouement et leur gentillesse, nous offrir un séjour aussi agréable qu'instructif, partagé entre les excursions, tournoi de golf, réceptions et visites, démonstrations et projections à l'Ecole Dentaire.

Les délégués des Nations étrangères avaient été convoqués pour le dimanche 13 juillet 1947. La conférence ne commençant que le mercredi 16, nos hôtes en profitèrent pour nous faire connaître la région par des excursions et dîners dans les endroits renommés du Yorkshire. Le soir, ils nous convièrent chez plusieurs d'entre eux où nous fûmes reçus le plus cordialement possible par leur famille.

Nous avons ainsi assisté à un tournoi de golf et à la remise de la Coupe au vainqueur par le Prof. T. Talmage Read.

Le mercredi 16 juillet. — La conférence débute par la visite de l'Université où nous sommes vivement intéressés par le département de la Chimie. Nous apprenons là comment la R.A.F. procédait pour retrouver un de ses pilotes tombé en mer, au moyen d'une petite quantité d'un certain produit, l'eau se teinte immédiatement en jaune sur une grande surface. La tache étant visible à haute altitude.

Au département du cuir, nous suivons les divers traitements que subissent les peaux.

L'Université de Leeds est une des plus renommées pour les hautes études concernant le textile et la teinturerie.

Une démonstration du microscope électronique est faite spécialement pour nous, son très puissant grossissement permet de réaliser de véritable photographies des microbes.

Cette intéressante visite est suivie d'une cérémonie officielle à laquelle

nous sommes conviés. C'est la remise du titre de Docteur Honoris Causa de Philosophie à deux Membres de l'Université, M. H. A. Mahory, Principal Dental Officier, Ministry of health et M. W. G. Senior, Secretary of the British Dental Association. A la suite de cette imposante cérémonie un déjeuner est offert aux Délégués. Il est présidé par son Excellence le Ministre de la Santé britannique M. Aneurin Bevan, le Prof. T. Talmage Read, le Lord Maire de Leeds, le Major General Austin, et se termine par des discours et des toasts portés de part et d'autre.

L'après-midi, dans le Riley Smisth Hall (sorte de théâtre aménagé dans les bâtiments de l'Union des Etudiants), son Excellence Aneurin Bevan prend la parole... Dans son discours il considère, en particulier, la place du chirurgien-dentiste dans les nouveaux plans de l'Etat. Nationalisation de la profession pour juillet 1948. Installation de cliniques dans lesquelles pratiqueraient nos confrères anglais appointés par le Gouvernement. Un plébiscite des médecins et dentistes est de toute façon prévu pour le cas où ces lois seraient votées.

Nos amis anglais paraissent assez partagés sur cette question, certains semblent accepter de bon gré cette réforme, d'autres, au contraire, y sont absolument opposés.

Cet important discours est suivi d'une occupation plus futile, mais très agréable, un thé nous est offert au cours duquel tous les Délégués étrangers sont présentés à son Excellence M. le Ministre de la Santé.

La journée se terminera par une excursion en autocar (il n'en faudra pas moins de quatre pour transporter toute la conférence), à travers le Yorkshire Dales (sites inoubliables et pittoresques de la vieille Angleterre, pays des sœurs Brontëe où furent d'ailleurs tournés les Hauts de Hurlevent). Cette excursion nous conduira jusqu'à Ilkley, petit bourg pittoresque d'où, après une station très goûtée dans un bon restaurant, nous repartirons pour Leeds.

Jeudi 17 *juillet.* — Le matin, nous avons rendez-vous à l'Ecole Dentaire où nous visitons les différents services.

A côté des opérations de pratique habituelle pour nous, il y en a certaines autres qui nous ont frappés davantage parce que moins courantes. Dans le service de chirurgie, utilisation excessivement fréquente et presque systématique de l'anesthésie générale : Protoxyde d'azote cyclopropane et oxygène (ce service fonctionne tous les jours et est assez chargé). L'anesthésie générale se faisant uniquement en rebreathing avec un masque nasal, une compresse stérile obturant le carrefour respiratoire.

Dans le service de Dentisterie opératoire, beaucoup d'inlays, de coiffes trois quarts. Peu de couronnes, ceci dû au fait qu'une dent ayant dépassé le stade de la pulpite rouge est extraite. Nos amis ne traitent que peu ou pas les dents infectées.

Dans le service de prothèses :

Usage fréquent de dents en acrylique.

Presque plus de dents en porcelaine, quelques travaux d'acier estampé. Ignorance complète de l'acier coulé. Le plateau des Richmonds se fait à deux versants.

Pour la prothèse amovible partielle, emploi de résine synthétique, barre linguale et cingulaire, dents en acrylique.

Empreinte au Stents ou au Zelex.

Pour la prothèse complète :

Appareil en résine, quelquefois avec ressort. Prise d'empreinte au plâtre.

La visite de l'école se termine par une présentation de malades traités ou en cours de traitement, dont plusieurs du service de maxillo-faciale du Prof. Read qui a obtenu des résultats remarquables.

Plusieurs cas de greffes osseuses à la suite de fractures ballistiques,

leucoplasie, muguet, radionécrose, névralgie du nerf maxillaire supérieur traitée par une injection de 1 cc. d'alccol au nerf orbitaire.

Un cas de trouble vasculaire causant une névralgie. On essaye l'alccol, mais récidive au bout de 12 mois. On change de traitement : acide nicotinique, occasionnant une vaso-dilatation, à raison de 300 mmg. par jour pendant quelques jours.

Une maladie de Paget.

Un cas d'asyalie dû au manque de développement chez le malade des glandes sublinguales.

Une métastase avec signe de Vincent.

Ces coupes histologiques pratiquées sur ces différents malades, nous permettent de suivre ensuite ces différents cas.

L'après-midi de cette importante matinée de travail est consacré à la réception et au thé que le Lord Maire de Leeds nous offre dans les salons de l'Hôtel de Ville.

La soirée de cette journée bien chargée se termine par une revue satirique au Leeds Empire Theatre.

Le 18 juillet. — Nous nous séparons en plusieurs groupes. Les délégués français sont vivement intéressés par une opération dans le service de chirurgie de l'Hôpital. C'est une gastrectomie opérée par le Dr Morrison.

L'après-midi est consacré aux photos officielles et interview, la journée se termine par le banquet annuel du B. D. S. A., dans un cadre sélect et très élégant au Parkway Hotel, dans la banlieue de Leeds. Au cours du dîner chaque délégation répond aux toasts et aux discours de clôture du Président. M. le Prof. Talmaje Read.

Ce dîner est suivi du bal annuel des Etudiants dentistes de Grande-Bretagne, où se sont donnés rendez-vous tous les étudiants de Leeds. C'est sur cette note très gaie que nous prenons tous congé les uns des autres avec promesses de se revoir de part et d'autre.

L'accueil que nous avons reçu en Angleterre, si chaleureux et si cordial en tout point et dans lequel rien ne fut laissé au hasard, par nos amis, nous a beaucoup touchés. Qu'ils reçoivent encore ici l'expression de nos très vifs remerciements. Nous formons des vœux très sincères pour que cette première réunion internationale, après sept ans d'isolement de chacun, soit suivie de nombreuses autres. L'émulation, les échanges de vues auront, j'en suis certain, l'effet le meilleur sur les progrès de l'Art Dentaire dans tous les pays du monde.

J. L. Guitton.

HYGIÈNE

COMITÉ NATIONAL D'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE

DU ROLE DES ASSISTANTES SOCIALES EN MATIÈRE D'HYGIÈNE DENTAIRE

Lorsque le Ministre de la Santé Publique a confié au *Comité National* le soin d'entreprendre une croisade dans toute la France en faveur de l'Hygiène scolaire dentaire, ses instructions limitaient notre activité à la propagande dans les milieux scolaires.

Les Comités Départementaux reçurent, à cet égard, les directives nécessaires et nous devons rendre cette justice à ceux de nos confrères qui, en dépit des difficultés de l'heure, apportèrent leur collaboration à cette œuvre d'intérêt social considérable, qu'ils s'employèrent de tout leur cœur à justifier la confiance que l'on avait placée en eux.

Dans nombre de Départements les résultats furent des plus favorables et nous eûmes la satisfaction de recevoir des Préfets comme des Inspecteurs d'Académie de précieux témoignages d'encouragement.

La loi du 18 octobre 1945, complétée par celle du 11 mars 1947, en rendant obligatoire l'Inspection Médicale des Ecoles, a créé le même caractère obligatoire pour l'Inspection Scolaire Dentaire et facilité ainsi l'accomplissement de la mesure que nous réclamions vainement depuis 10 ans.

Dans la plupart des Départements, les praticiens déjà familiarisés depuis longtemps, dans le cadre des Comités Départementaux d'Hygiène dentaire, avec ces dépistages et ces inspections, ont continué, en accord avec les Inspecteurs départementaux d'Hygiène scolaire et universitaire l'accomplissement de leurs fonctions en attendant que les Centres Sociaux, dont la création avait été envisagée lors de la promulgation de la loi, bénéficient des crédits permettant leur fonctionnement.

Nous ne pouvions, quant à nous, que nous réjouir d'entrevoir le moment où l'on pouvait voir enfin s'établir des statistiques précises sur la situation sanitaire de la jeunesse des écoles, en ce qui concerne la lutte entreprise par nos soins contre les caries et les malformations dentaires. Nous voulons espérer que si incomplets que soient ces résultats, nécessairement limités aux dépistages et aux inspections, ils n'en constituent pas moins une amélioration de l'état d'incurie dans lequel on avait maintenu jusqu'à ce jour, l'étude de ce que le Professeur Bezançon dénommait dans une de ses récentes communications un véritable danger national.

Le retard apporté à la mise au point d'une politique de soins nous a conduit à élargir sensiblement le cadre dans lequel nous avions évolué jusqu'à ce jour.

Nous avons pensé et le Ministre de la Santé Publique s'est entièrement rangé à notre avis, qu'il convenait, après avoir éduqué les enfants, de mettre les familles en face de leurs responsabilités.

Pour pénétrer aisément jusqu'à elles, il nous est apparu qu'il ne pouvait y avoir de plus qualifiés, ni de plus sympathiques intermédiaires que les Assistantes Sociales dont la tâche, toute de confiance et de dévouement, devait plus que n'importe quelle publication, entraîner la conviction de leurs interlocuteurs.

Nous nous sommes mis en rapport avec tous les groupements d'Assistantes Sociales de la Seine et nous avons reçu de chacun d'eux, l'accueil le plus cordial et le plus empressé.

Tous ont approuvé notre initiative qu'ils considèrent comme grandement profitables à leurs élèves ainsi qu'aux familles et c'est ainsi qu'à l'Ecole d'Infirmières de l'Assistance Publique, de même qu'aux Assistantes Sociales de la S. N. C. F., aussi bien qu'aux groupements sociaux de la Seine et aux autres groupements d'Assistantes Sociales du Département, nos dévoués conférenciers ont exposé avec autant de compétence que de conviction profonde, quelle admirable tâche s'imposait aux Assistantes Sociales dans le milieu familial au sein duquel s'exerce leur bienfaisante activité.

Me sera-t-il permis d'ajouter que ces conférences ont été aussi éloignées qu'il était possible d'un exposé dogmatique. Nous avons voulu, au contraire, qu'elles soient vivantes et animées. Nous avons pris à tâche de provoquer les contradictions et de multiplier les interrogations, rendant ainsi nos auditrices les coparticipantes de la conférence qui leur était faite ; de ces entretiens nous avons retiré l'impression profonde que nous accomplissions une œuvre utile et du plus grand intérêt social.

C'est d'ailleurs ce que nous ont affirmé tous les dirigeants des Groupements d'Assistantes Sociales, qui nous ont instamment demandé de venir, chaque année, développer devant leurs élèves, les principes que nous défendons et qui font désormais partie de leur programme d'enseignement.

En agissant ainsi, le *Comité National* n'a fait que donner un nouvel essor à la lutte qu'il soutient depuis plus de dix ans en faveur d'une amélioration constante de la situation sanitaire de la jeunesse des écoles.

A. LÉON,
Secrétaire Général Administratif du Comité National.

BULLETIN
de l'Association Générale des Dentistes de France

LE CONTROLE DENTAIRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Les membres de l'Association Générale des Dentistes de France qui ont assisté à l'Assemblée Générale tenue le samedi 27 septembre 1947, dans la salle des Congrès du Palais des Expositions de la Porte de Versailles, au cours de la *Semaine Odontologique*, ont certainement conservé le souvenir de la discussion de la question importante à l'ordre du jour : « Le Contrôle Dentaire de la Sécurité Sociale ».

Nous avons eu la satisfaction d'entendre le Secrétaire Général de la C. N. S. D. nous donner des explications très détaillées sur la genèse des Assurances Sociales et les modifications successives apportées à leur fonctionnement depuis le début jusqu'à la période actuelle qui englobe maintenant tous les salariés représentant près des quatre cinquièmes de la population.

Cet historique a fait perdre un peu de vue les droits des assurés au cours du Contrôle dentaire et les directives que les praticiens peuvent être appelés à donner à leurs clients.

Aussi croyons-nous être utiles à nos confrères en leur rappelant la réglementation qui régit les contestations entre les assurés et les services du Contrôle de la Sécurité Sociale.

La loi du 24 octobre 1946 et le décret du 31 décembre 1946 portant règlement d'administration publique pour l'application de cette loi ont organisé un contentieux destiné à régler les difficultés auxquelles donne lieu l'application des législations et réglementations de la Sécurité Sociale.

Les litiges qui n'appartiennent pas exclusivement par leur nature à un autre contentieux sont portés devant cette organisation.

Les réclamations formées contre les décisions prises par les organismes de Sécurité Sociale doivent être d'abord portées devant une Commission constituée au sein du Conseil d'Administration de chaque Caisse Primaire (procédure gracieuse préalable). Dans cette Commission figure un praticien nommé à cet effet par le Syndicat professionnel départemental.

Si l'assuré n'accepte pas la décision de cette Commission, il faut s'adresser à une « Commission de Première Instance » présidée par un magistrat désigné par le Président du Tribunal Civil.

Les décisions de cette Commission peuvent être portées en appel devant une « Commission régionale » qui est de même présidée par un magistrat.

Les dépenses sont supportées par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale : la procédure est gratuite et sans frais. Toutefois les Commissions de Première Instance et d'Appel peuvent imposer le paiement des frais liquidés par elles dans le cas où la procédure est manifestement frustatoire.

Comme les contestations qui surgissent entre les assujettis et les Services de Contrôle de la Sécurité Sociale ont le plus souvent comme objet la délivrance des appareils de prothèse dentaire, nous espérons rendre service à nos confrères en reproduisant à leur intention les textes législatifs réglant cette question :

Ordonnance 45-2454, art. 22.

« En ce qui concerne la prothèse dentaire l'assuré et les membres de « sa famille n'ont droit qu'à la prestation d'appareils fonctionnels et théra- « peutiques, ou nécessaires à l'exercice d'une profession.

« La délivrance de ces appareils est soumise à la décision préalable « d'une Commission spéciale dont la composition est fixée par le règlement « d'Administration publique. »

Décret 45-0179 du 29 décembre 1945 :

« La Commission prévue à l'article 22 de l'Ordonnance du 19 octobre « 1945 pour la délivrance des appareils de prothèse dentaire comprend :

« 1° Un membre désigné par le Conseil d'Administration de la Caisse « intéressée ;

« 2° Un médecin désigné par le ou les syndicats médicaux ;

« 3° Un chirurgien-dentiste désigné par le ou les syndicats de chirur- « giens-dentistes.

« La demande de l'assuré tendant à la délivrance des appareils de « prothèse dentaire est transmise par la Caisse Primaire de Sécurité Sociale « dans les cinq jours de sa réception à la Commission qui statue dans le « délai de vingt jours. Les décisions de la Commission de Prothèse dentaire « ne sont pas susceptibles d'appel. »

Et pour terminer avec les documents officiels nous relatons le récent arrêté ministériel réglant le fonctionnement des Commissions de Prothèse dentaire :

Arrêté du 3 novembre 1947. — *J. O.* du 13 novembre 1947 :

« Le Ministre des Affaires Sociales et des Anciens Combattants :

« Vu l'art. 22, dernier § de l'Ordonnance du 19 octobre 1945 fixant le « régime des Assurances Sociales applicable aux assurés des professions « non agricoles ;

« Vu l'art. 27 portant règlement d'Administration publique du 29 dé- « cembre 1945 ;

« Arrête :

« *Article premier.* — Il est alloué aux praticiens membres des Com- « missions de Prothèse dentaire, prévues à l'art. 22 de l'Ordonnance du « 19 octobre 1945 sus-visée une indemnité horaire de 275 francs pour le « temps passé à l'examen des dossiers.

« *Art.* 2. — En sus de l'indemnité sus-visée, les praticiens membres « des Commissions de Prothèse dentaire peuvent prétendre, sur justifi- « cation, au remboursement de leurs frais de déplacement aller et retour « sur la base du prix d'un billet de deuxième classe.

« *Art.* 3. — Les dépenses résultant du versement des indemnités pré- « vues aux art. 1 et 2 ci-dessus sont à la charge de la Caisse Primaire et « doivent être imputées au compte « Risques ».

« *Art.* 4. — Le Maître des requêtes au Conseil d'Etat, Directeur général « de la Sécurité Sociale est chargé de l'exécution du présent décret. »

Fait à Paris, le 3 novembre 1947.

Pour le Ministre et par autorisation,
Le Directeur du Cabinet : Fernand SAMSON.

Nous ajouterons pour préciser qu'au moins une Commission doit exister dans chaque département.

Toutes les demandes doivent être soumises à la Commission et pas seulement les dossiers de rejet.

Dr A. AUDY.

LA BOITE AUX LETTRES

M. B.-G., Châlons.

Les films radiographiques trop foncés, par excès de pose ou de développement, peuvent très aisément être éclaircis au degré voulu par le traitement ci-dessous conseillé par Kodak :

Préparer isolément les deux solutions suivantes qui se conservent indéfiniment.

Solution A :

Ferricyanure de potassium	20 gr.
Eau	1.000 gr.

Solution B :

Hyposulfite de sodium	200 gr.
Eau	1.000 gr.

Choisir un récipient de petite capacité et y mélanger, approximativement à parties égales, un peu de solution A et de solution B.

Immerger sans attendre le film à traiter dans le mélange en l'agitant constamment.

L'image s'éclaircit presque aussitôt et peut être amenée à point voulu rapidement, avec beaucoup d'exactitude.

Pour arrêter, laver immédiatement à l'eau. *Jeter le mélange qui ne se conserve pas* (le même mélange peut cependant servir à traiter plusieurs clichés de suite).

Le procédé est également valable pour les positifs sur papier. Il est bon, mais non indispensable, de laisser le cliché cinq ou dix minutes dans un bain d'hyposulfite. On limite ainsi la coloration jaune du cliché, seul inconvénient qu'on puisse trouver à cette méthode. En tous cas, ces clichés doivent être lavés longuement pour une bonne conservation.

Le procédé d'affaiblissement est rapide, efficace et pratique, à tel point qu'on peut se demander s'il ne serait pas avantageux de l'utiliser systématiquement, les clichés ainsi traités étant le plus souvent très fouillés et agréablement contrastés. P. G.

NOUVELLES

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Ouverture de concours. — Par décision du Conseil d'Administration du 18 novembre 1947, des concours sont ouverts à l'Ecole Dentaire de Paris, pour les postes de :

Professeur suppléant d'Anatomie dentaire.
— — de Thérapeutique dentaire.
— — de Clinique de Prothèse.
— — de Dentisterie opératoire.
— — de Chirurgie dentaire.
Chef de Clinique de Prothèse.
— — de Chirurgie dentaire.
— — de Dentisterie opératoire.

Les inscriptions sont reçues à l'E. D. P. jusqu'au 31 décembre 1947.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

Communiqué. — *L'Union de la Presse Médicale Française* réunie à la Faculté de Médecine le 24 novembre 1947, s'émeut des atteintes répétées portées à la libre prescription des médicaments, dont le principe est cependant inscrit au Code de Déontologie promulgué par un décret du Gouvernement de la République.

. . . . . .

L'Union de la Presse Médicale Française rappelle, à l'unanimité et une fois de plus, que l'intérêt des malades exige que même les plus pauvres puissent recevoir une thérapeutique adéquate et que seules des raisons d'ordre scientifique et de conscience professionnelle soient en jeu, lorsqu'il s'agit pour un médecin d'établir une prescription.

Communiqué du Cemdent. — Le *Cemdent* est un organe officiel dépendant du Ministère de la Production Industrielle, destiné dans l'avenir à avoir dans ce cadre son autonomie et son budget propre.

A la suite d'interventions faites dans diverses sociétés scientifiques, il avait été demandé au *Cemdent* qu'une majorité de praticiens se trouvât représentée au Conseil d'Administration. C'est chose faite ainsi que cela a été communiqué à la presse professionnelle. Voici donc la composition du Conseil d'Administration dont la présidence a été attribuée à M. Maurice Vincent, chirurgien-dentiste, secrétaire général de la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires.

Parmi les membres du nouveau Bureau nous relevons 13 praticiens sur 21 conseillers.

Il est bien entendu que ce Bureau ne constitue qu'un Bureau provisoire et le *Cemdent* adresse un chaleureux appel à tous ceux qui dans notre profession se sont penchés déjà depuis de longues années sur les problèmes afférents à la composition et au comportement des différentes spécialités employées en art dentaire. C'est ainsi qu'un certain nombre de nos Confrères ont acquis une réputation indiscutable et que le *Cemdent* serait très fier d'obtenir leur collaboration, son but étant précisément de délivrer aux produits employés en art dentaire, une bande de garantie après des essais physiques, chimiques, mécaniques, bactériologiques et cliniques ; il serait désireux que tous les chercheurs qui ont déjà publié des travaux sur des questions semblables, acceptent de représenter au *Cemdent* l'élément professionnel en apportant ainsi leur contribution personnelle. Il pense qu'en ce qui concerne l'instrumentation, le matériel dentaire, une normalisation peut se prévoir et est désirable.

Le *Cemdent* a l'ambition de coordonner les efforts dispersés, de grouper tous les chercheurs et de leur fournir des moyens d'expérimentation judicieusement conçue. Il n'est pas douteux qu'il doive s'inspirer de tous les travaux, de toutes les recherches qui ont été faites, dont il comprend toute l'importance, et remercie par avance tous ceux qui voudront bien l'aider dans cet effort en participant à ses travaux.

Il communiquera aux sociétés scientifiques le résultat de ses recherches et se tient à la disposition de tous les confrères, des fabricants, des négociants, des laboratoires, qui auraient besoin de renseignements et qu'il se propose d'aider par tous les moyens en son pouvoir, pour le plus grand bénéfice de la cause professionnelle.

Le Secrétaire Général : R. RIGOLET.

Distinction honorifique. — Nous relevons dans le *J. O.* du 5 décembre 1947, la décision suivante que nous sommes heureux de porter à la connaissance de nos lecteurs :

« Par décret en date du 3 décembre 1947, M. Beltrami, professeur sans chaire à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de l'Université

d'Aix, est nommé à compter du 1er octobre 1947, à l'emploi de professeur de stomatologie, à titre personnel, à ladite Faculté, et titularisé dans le grade correspondant ».

Nous adressons nos bien sincères félicitations à M. le Dr Beltrami.

La MAISON DES ÉTUDIANTS EN ART DENTAIRE, désirant créer une Bibliothèque, nous prie de faire connaître qu'elle sollicite des dons de livres d'anatomie, de pathologie, de médecine, de chirurgie, d'odontologie, de stomatologie, etc... Elle remercie par avance les praticiens susceptibles de s'intéresser à cette demande et les prie d'adresser les ouvrages directement à la Maison des Etudiants en Art dentaire, 14, rue Monsieur-le-Prince, Paris (6e).

Bienvenue à l'occasion de la reprise d'un journal professionnel estudiantin. — Nous avons eu le plaisir de recevoir le premier numéro de *La Voix Dentaire*, organe de l'Association Générale des Etudiants en Art dentaire et de l'Office Dentaire de l'Union Nationale des Etudiants de France.

La direction et la rédaction sont assurées par des étudiants en chirurgie dentaire. Diverses rubriques figurent dans le texte : éditorial, partie scientifique, humoristique, littéraire, artistique, reportages, sports, etc...

Nous souhaitons bonne chance à notre jeune confrère et nous félicitons ses animateurs de la belle preuve de confiance en l'avenir qu'ils nous donnent en assumant, à l'heure actuelle, la tâche de lancer un périodique.

EXERCICE ILLÉGAL

INSERTIONS LÉGALES. — La 17e Chambre du Tribunal Correctionnel de la Seine en son audience du 10 juin 1947, sur plainte du Conseil Départemental de la Seine de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes a condamné pour exercice illégal de l'art dentaire et complicité d'exercice illégal :

S..., mécanicien en prothèse dentaire, né le 12 mai 1913 à Paris (14e), demeurant à Paris .....

M..., mécanicien en prothèse dentaire, né le 15 mars 1884 à Constantinople (Turquie), demeurant à Paris .....

La dame M..., née K..., chirurgien-dentiste, née le 2 mai 1897, demeurant à Paris ....., attendu que la dame M..., diplômée chirurgien-dentiste et co-propriétaire avec son mari d'un cabinet dentaire ..... à Paris, avait couvert de son diplôme les agissements de M... et de S...

Condamne S..., à 10.000 francs d'amende.
— M..., à 60.000 francs —
— la femme K..., à 3.000 francs d'amende.

Les condamne conjointement et solidairement par toutes voies de droit et même par corps à payer au Conseil Départemental de la Seine de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes 100.000 francs de dommages-intérêts.

Ordonne, à titre de dommages-intérêts supplémentaires, l'insertion du présent jugement dans les journaux professionnels sans que le coût de cette insertion puisse excéder 5.000 francs.

Ordonne l'affichage du jugement à la porte du cabinet des inculpés.

Les condamne solidairement aux dépens.

Fixe au minimum la durée de la contrainte par corps.

Pour extrait conforme :

Le Président du Conseil Départemental de la Seine de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes : M. CORNIOU.

* * *

La 17e Chambre du Tribunal Correctionnel de la Seine, en son audience du 12 juin 1947, sur plainte du Conseil Départemental de la Seine de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, a condamné pour exercice illégal de l'art dentaire :

1° M. F..., mécanicien en prothèse dentaire, né le ....., à Paris (18e), demeurant ..... à Paris (19e), à :

12.000 francs d'amende.

2° M. W..., chirurgien-dentiste, né à Colombes, demeurant à Paris, rue ....., complice d'exercice illégal à :

8.000 francs d'amende.

Conjointement et solidairement à 20.000 francs de dommages-intérêts.

A ordonné l'insertion du présent jugement dans les journaux professionnels au choix de la partie civile, sans que le coût puisse excéder 3.000 francs.

A ordonné l'affichage du présent jugement à la porte du cabinet dentaire de M. W...

Les condamne en outre aux dépens.

Fixe au minimum la durée de la contrainte par corps s'il y a lieu de l'exercer pour le recouvrement de l'amende et des dépens.

Pour extrait :

Le Président du Conseil Départemental de la Seine de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes : M. CORNIOU.

* * *

La 17e Chambre du Tribunal Correctionnel de la Seine en son audience du 19 juin 1947, sur plainte du Conseil Départemental de la Seine de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes a condamné pour exercice illégal de l'art dentaire :

D..., représentant de commerce, né le 2 novembre 1892 à Olavana (Argentine) demeurant à Paris ..... nationalité française, à :

5.000 francs d'amende ;
8.000 francs à titre de dommages-intérêts.

Ordonne l'insertion et l'affichage du jugement dans les journaux professionnels et à la porte du cabinet de D..., respectivement à titre de dommages-intérêts supplémentaires. Ces frais ne pourront excéder la somme de 3.000 francs.

Le condamne aux dépens.

Fixe au minimum la durée de la contrainte par corps.

Pour extrait conforme :

Le Président du Conseil Départemental de la Seine de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes : M. CORNIOU.

* * *

La 17e Chambre du Tribunal Correctionnel de la Seine en son audience du 3 juillet 1947, sur plainte du Conseil Départemental de la Seine de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes a condamné pour exercice illégal de l'art dentaire :

H..., mécanicien en prothèse dentaire, né à Paris (10e), le 6 mai 1905, demeurant à Paris....., à :

5.000 francs d'amende ;
5.000 francs de dommages-intérêts.

Ordonne l'insertion du présent jugement dans les journaux professionnels ainsi que l'affichage à la porte du cabinet de l'inculpé.

Le condamne en outre aux dépens.

Fixe au minimum la durée de la contrainte par corps.

Pour extrait conforme :

Le Président du Conseil Départemental de la Seine de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes : M. CORNIOU.

* * *

La 17e Chambre du Tribunal Correctionnel de la Seine, en son audience du 4 juillet 1947, sur plainte du Conseil Départemental de la Seine de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes a condamné pour exercice illégal de l'art dentaire :

Pour exercice illégal de l'art dentaire :

S..., mécanicien en prothèse dentaire, né le 31 octobre 1880, à Paris (10e), demeurant à Paris .....

Pour infraction à l'ordonnance du 24 septembre 1945 :

Femme S..., née H..., chirurgien-dentiste, née le 24 mai 1885, à A..., demeurant à Paris .....

Chacun solidairement à 5.000 francs d'amende,
12.000 francs de dommages-intérêts.

Ordonne l'insertion du présent jugement dans les journaux professionnels et l'affichage à la porte du cabinet dentaire des inculpés.

Les condamne aux dépens.

Fixe au minimum la durée de la contrainte par corps.

Pour extrait conforme :

Le Président du Conseil Départemental de la Seine de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes : M. CORNIOU.

AVIS

Assurances Automobiles

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos Membres que nous avons obtenu d'une excellente Compagnie d'Assurances des conditions **très intéressantes** pour les Membres du Groupement de l'**Ecole Dentaire de Paris et de l'Association Générale des Dentistes de France** qui ont à souscrire une police automobile :

1° Réduction importante sur le Tarif Syndical dès la première année ;

2° Bonification supplémentaire les années suivantes s'il n'y a pas de sinistre ;

Assurances Week-End et Vacances

Tarification spéciale et très réduite pour ceux qui n'utilisent leur voiture que pour la promenade et circulent seulement les samedis, dimanches et lundis, les veilles, jours et lendemains de fêtes légales et pendant un mois de vacances.

Assurances Individuelles

Une police Individuelle-Accidents conçue spécialement pour les Chirurgiens-Dentistes, garantit des indemnités importantes qui, en cas de mutilation de la main ou du pouce par exemple atteignent 100 % du capital assuré.

* * *

Les Membres, désirant profiter de ces avantages, peuvent s'adresser au Bureau du Journal, soit directement, soit par lettre.

Les trois produits du Dr MILEFF nécessaires à tout praticien :

1° Eugénate Résineux
Se prépare par le mélange d'une poudre antiseptique avec de l'Eugénol. Meilleure matière obturatrice provisoire et radiculaire. Durcit en moins de 2 minutes même au contact de la salive, permettant de procéder immédiatement à l'obturation définitive. **La poudre se fait avec ou sans trioxyméthylène.**

2° Pâte Arsenicale
Peut rester en place 8 jours sans provoquer d'arthrites.

3° Liquide Antiseptique pour les 4e Degrés

Laboratoires du Dr MILEFF, 6, rue Président-Carnot, LYON

RECALCIFICATION - REMINÉRALISATION - PLURIOPOTHÉRAPIE

OPOCALCIUM

IRRADIÉ — Cachets - Comprimés - Granulés — SIMPLE

L'ODONTOLOGIE

Table Générale des Matières

pour l'Année 1947 (1)

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (A. F. A. S.)

Pages

Congrès de Biarritz : Appels et programme, pages 210, 265, 335 404
Compte rendu 661

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE (A. G. D. F.)

Assemblée générale du 27 septembre 1947 : Allocution du Dr Audy, président. 489
Conseils d'Administration A. G. D. F. et E. D. P. : Réunion commune du 15 février 1947 106

BULLETIN DE L'A. G. D. F.

Arrêté du 29 janvier 1947 relatif au financement du contrôle médical scolaire du premier degré 103
Aide immédiate en cas de décès, page 410 584
Contrôle dentaire de la Sécurité Sociale 674
Décret 47.1155 portant diminution générale des prix 409
Définition de la capacité professionnelle 43
Étudiants (Nos) en grève 156
Honoraires (Les) des Dentistes ne sont pas des prix de vente 336
Jurisprudence 492
Manifestations Professionnelles 582
Organisation du Dépistage des affections bucco-dentaires au cours de la visite médicale d'incorporation scolaire 213
— — — officielle de la Prophylaxie des affections bucco-dentaires à l'âge scolaire 274
Législation des prix 214
Prophylaxie et Hygiène sont à l'ordre du jour 406
Sécurité Sociale : Allocations familiales 158
Boite aux Lettres (La), pages 276, 338, 494 676
Correspondance, page 211 212
École Dentaire de Paris :
Concours 676
Palmarès Scolarité 1945-1946 216
Sports (Les) en l'honneur à l'E. D. P. 51

(1) Par suite d'une erreur de composition, les numéros des pages 587 et 588 ont été reproduits deux fois.
Afin d'éviter une confusion possible, nous avons donné dans la Table l'indication du mois en face des matières concernant ces pages.

Pages

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE (F. D. N.)

Assemblée Générale de la F. D. N. du 29 avril 1947 334
Xe Congrès International : information 264
Hommage à A. Blatter 335
Manifestation A. Blatter 499

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE (F. D. I.)

Xe Congrès Dentaire International (Boston) : appel 266
Historique et Avenir de la F. D. I. 266

HYGIÈNE

Comité National d'Hygiène bucco-dentaire, pages 217, 264 672

IN MEMORIAM

Livre consacré à la mémoire de Georges Villain 487

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Cemdent (Le), page 657 677
Conseils de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes du Sud-Ouest (Réunion des), à Saint-Jean-Pied-de-Port 41
VIe Exposition du Travail 273
Mise au Point 410
Profession Dentaire devant la loi (La) 186
A Propos d'une revendication des Mécaniciens en prothèse dentaire 271
Syndicat des Journaux Dentaires, page 405 581

NÉCROLOGIE

Friteau (Dr Edouard) 48
Leblan (Dr Alfred) 160
Mahé (Dr Georges) 585
Roy (Dr Maurice), page 1 53
Divers, pages 48, 108, 219, 280 497

NOUVELLES

Corps Expéditionnaire d'Extrême-Orient 411
Distinctions Honorifiques, pages 49, 106, 161, 279, 411 495, 587 (N° de Novembre) 677
Dentistes Anglais en effervescence (Les) 49
Ecole Odontotechnique. — Concours 162
Exercice Illégal, pages 494, 587 (N° de Novembre) 678
Faculté de Médecine de Paris, pages 50, 107, 161 495
Fiançailles 496
Légion d'Honneur 411
Livres reçus 279
Loi Vaudoise du 28 mai 1947 (Extrait de la) 496
Maison (La) des Etudiants en Art dentaire 678
Mariages, pages 52, 107, 162, 219, 279, 412, 496, 588 (N° de Novembre).
Naissances, pages 52, 107, 162, 219, 279, 412, 497, 588 (N° de Novembre).
Nominations, page 161 411
Nouveaux Journaux, pages 162, 411 678
Nouvelle Rubrique : « La Boîte aux Lettres » 217

Pages

ORDRE National des Chirurgiens-Dentistes. — Conseil Régional de la Région de Paris, page 50 217
UNION Fédérative Nationale des Médecins de Réserve 217
UNION de la Presse Médicale (Communiqué) 677
UNIVERSITÉ de Genève 495

OBSERVATIONS DE PRATIQUE COURANTE

CONSOLIDATION après curettage et résection apicale d'une dent présentant une destruction alvéolaire 135
CHOC rénal au cours de l'anesthésie locale 135
DÉSINCLUSION de petits organes dentaires 136
GINGIVITES à caractère épidémique (Note sur le traitement de) 246

RÉUNIONS ET CONGRÈS

X^e CONGRÈS de l'Arpa International (Prague). — Appel 210
IV^e CONGRÈS de l'Association des Chirurgiens-Dentistes Indépendants. — Appel. 210
CONGRÈS de Biarritz (A.F.A.S.). — Compte rendu général 661
CONGRÈS de la British Dental Student Association. — Compte rendu 670
CONGRÈS du Cinquantenaire de la Fondation de la Société Tchécoslovaque de Stomatologie de Prague 210
X^e CONGRÈS International (Boston), page 264 266
I^er CONGRÈS d'Odonto-Stomatologie de l'Afrique du Nord. — Appel 581
XX^e CONGRÈS de la Société Française d'Orthopédie dento-faciale. — Appel et programme, pages 161, 209. — Compte rendu 318
JOURNÉES Dentaires de Paris. — Appels, page 412 496
JOURNÉES Médicales de Bruxelles, page 210 579
SEMAINE Odontologique 1947, page 405. — Compte rendu 482

REVUE ANALYTIQUE

ABRASIONS cervicales des dents et leurs causes 644
ACCUSATION rétrospective portée par des pédiâtres sur la thérapeutique d'un chirurgien-dentiste (A propos d'une) 550
ACROMÉGALIE 645
ACTYNOMYCOSE spécialement dans sa localisation cervico-faciale (L') 629
ACTINOMYCOSE (Les porteurs d') 629
AJUSTEMENTS occlusaux 386
ALLERGIE tuberculeuse chez l'homme (L') 571
ALLIAGE de remplacement (Considérations sur un nouvel) 470
ALTÉRATIONS dentaires provoquées par la radiothérapie ou la curiethérapie de la région cervicale 640
ANALGÉSIE en dentisterie 445
ANATOMIE et description du canal de Serres 97
ANESTHÉSIE intraveineuse de longue durée au pentothal (L') 629
ANESTHÉSIE locale en chirurgie buccale 449
ANESTHÉSIE locale sans anesthésique 630
ANESTHÉSIE au protoxyde d'azote (L') 368
SAINTE APOLLINE, Patronne de ceux qui souffrent des dents. — Etude historique, folklorique et iconographique 647
APPAREIL monobloc contre les morsures de la langue 551
APPAREILS porte-radium pour les néoplasmes buccaux 471
APTITUDES (Programme de contrôle des) par des tests 147
ARCADES dentaires (Correction sous anesthésie générale d'irrégularités des) permettant la pose immédiate d'un appareillage 385
ARC double (L') 634
ARC double de Johnson (Démonstration pratique du mécanisme d'action de l') 634

Pages

Arête nasale (Au sujet de la réfection par greffe de l') 372
Attelle pour soulager les intrusions condylaires traumatiques (Une) 385
Bacille de Koch dans la lésion tuberculeuse du poumon (Le) 571
Biochimie de la dent et carie dentaire 544
Bridges de contention (Les) 640
Bridge en extension sur selle articulée et amortie (Dispositif original de) 368
Bridge (Grand) avec barre palatine et résection osseuse et gingivale 374
Calcification dentaire de l'enfant allaité (Influences biologiques qui interviennent dans la) 473
Calcification (Arrêts de) par traumatisme 645
Calcification et position des premières molaires supérieures permanentes à l'époque de la naissance 631
Canaux radiculaires (Enlèvement des fragments métalliques retenus dans les) par un procédé électrique de microbrasage 552
Canaux radiculaires (Le traitement des) 630
Canaux radiculaires infectés (Traitement par l'eau chaude et la vapeur d'eau). 308
Carie dentaire (Facteurs locaux dans la) 552
Carie dentaire chez les jeunes indigènes de Mendoza à l'époque préhistotique (Absence de) 149
Carie dentaire, une maladie (La) 366
Carie dentaire (Prévention de la) 450
Carie dentaire (Prévention de la) par l'utilisation des sels de fluor 455
Carie dentaire (Prophylaxie immédiate de la) 548
Caries dentaires (Les effets du régime sur la production des) 461
Caries dentaires (Examen radiographique des), partie intégrante de la pratique générale 310
Caries dentaires (Notre enquête sur la fréquence des) 450
Caries dentaires dans la période d'après-guerre en Italie (1945) (Les) 550
Cas d'hypocalcification intense de l'émail dans la même famille (Dents brunes). 475
Cavités (Le contrôle de la chaleur de friction dans la préparation des) 553
Céphalomètre (Présentation d'un) 303
Chancre d'inoculation tuberculeuse de la gencive 558
Cicatrisation néo-dentinaire de la plaie pulpaire (Observations cliniques) 451
Cires (Emploi d'une matrice occlusale dans la construction des) 631
Comité de Nomenclature. — Le Comité adopte une méthode officielle pour la désignation symbolique des dents 310
Conditions périodontales : facteurs étiologiques 383
Congrès annuel du Comité de Thérapeutique dentaire (Compte rendu) 452
Conseil de Thérapeutique dentaire refuse d'accepter le X... (Le) 383
Coulée (Essais comparatifs des différents procédés de fonte et de) 566
Darmous et les fluoroses chroniques (Le). — Considérations générales 247
Dent (Constituants organiques de la) 380
Dent et l'évolution de la place de l'homme dans la nature (La) 570
Dents (L'état des) et leur traitement comparé dans les services de maladies organiques et nerveuses 465
Dents à pulpe gangrénée (Traitement par la naphtaline) 375
Dents à pulpe gangrénée (Traitement des) 465
Dens in dente 390
Dents artificielles (Application des méthodes minéralogiques à l'étude d'un problème industriel 144
Dentiers complets (Volume lingual dans la construction des) 566
Dentiers complets (Importance de la dimension verticale dans les 638
Dentiers partiels, conception et tracé 639
Denture (Remarques sur la) et statistiques sur la carie en France aux époques préhistorique et proto-historique 569
Distalement à l'aide du ressort spiral (Le) 634
Douleurs alvéolaires post-opératoires (Contribution à la caractéristique clinique des) 464

Pages

Douleur en chirurgie buccale (Diagnostic différentiel de la)..... 390
Douleur (Méthode simplifiée du contrôle de la)..... 385
Douleurs post-opératoires (Lutte contre les)..... 464
Effets de certaines erreurs alimentaires sur les affections bucco-dentaires (Les) 559
Electivité focale d'origine dentaire (Contribution à l'étude de l')..... 562
Email pointillé tacheté (Sur la question de ce qu'on nomme l')..... 456
Empreintes de la mandibule (Technique en bouche fermée pour)..... 390
Enostose mandibulaire. Guérison spontanée..... 306
Enregistrement condylien (Différences de résultats dans l'obtention de l') selon les techniques connues et leur interprétation..... 255
Etudes dentaires aux Etats-Unis (Quelques renseignements sur l'organisation des)..... 385
Ethylène et Cyclopropane : nouveaux gaz pour l'anesthésie chirurgicale..... 254
Etiologie de la maladie dentaire (De quelques facteurs dans l')..... 546
Expanseur endognathique amovible à deux arcs réglables..... 458
Extraction chirurgicale de la dent de sagesse inférieure par morcellement et amenuisement des fragments..... 476
Fibre de verre employée comme matériel d'obturation pour les canaux radiculaires (La)..... 563
Fluor (Quelques données pratiques en ce qui concerne la prophylaxie de la carie par le)..... 631
Fluor (Le problème de la contenance en fluor de la dent humaine). Résistance à la carie..... 455
Fluors (Les effets dentaires des). — Revue bibliographique..... 452
Fluorine (La)..... 34
Fluorine dans la carie dentaire (Rôle de la). Fluorination de l'eau de boisson. 381
Fluorine (La) et les dents..... 34
Fluorine. Etude sur son rôle dans la production des hypoplasies dentaires et comme facteur d'arrêt des caries..... 453
Fluorine dans la prévention des caries dentaires (L'emploi de la)..... 311
Fluorure de sodium (Na F) (Absorption du), par la dentine dénudée..... 370
Fluorure de sodium (Action du) sur la dentine sensible..... 370
Fluorure de sodium dans le traitement de la carie (Emploi du)..... 370
Fluorure de sodium (Observations sur l'emploi du) dans le traitement des dents atteintes de pulpites, et des périodontites chez les adultes..... 456
Fuorure de sodium en prothèse (Emploi du)..... 456
Fluorure de sodium (Variations morphologiques de la dentine sous l'influence du)..... 631
Folliculite expulsive..... 388
Fractures du maxillaire inférieur (Considérations sur) et indications d'un nouveau moyen chirurgical de contention : le brochage..... 96
Fractures des maxillaires. Traitement ; hypercorrection par coins élastiques. 470
Génétique et Orthodontie..... 632
Gingivite et Vitamine C..... 36
Gingivites actuelles (Quelques observations sur les) et leur rapport avec la question de l'acide ascorbique..... 302
Gingivite stomatite (Traitement de la)..... 196
Gingivites ulcéreuses d'allure épidémique observées depuis la fin de l'année 1944 (A propos des)..... 195
Gingivite ulcéreuse chronique et infection focale..... 557
Gingivite ulcéreuse chronique guérie par la pénicilline..... 368
Gingivo-stomatites ulcéreuses (Etude des)..... 302
Gingivo-stomatites ulcéreuses (Insuffisance du traitement sulfamidé isolé pour le traitement des)..... 303
Granulome dentaire (Le). Sa nature, sa pathogénie, ses aspects histo-pathologiques. Déductions thérapeutiques..... 377
Granulome interne de la pulpe coronaire sur une incisive centrale supérieure temporaire..... 637
Granulome paradentaire histiocyto-cosinophile..... 379

Pages

Hémoculture gingivale dans certaines formes d'uvéite accompagnée de pyorrhée alvéolaire (L') ... 304
Hémorragies (Contribution à la thérapeutique des hémorragies dans la pratique stomatologique) ... 196
Hémorragies post-opératoires (Emploi buccal de mousse de fibrine et de thrombine dans la prévention et le traitement des) ... 568
Hémorragies post-opératoires chez un sujet atteint de pseudo-hémophilie acquise (Sur un cas d') ... 391
Hérédité en orthodontie. (Quelques considérations sur l'influence de l') ... 634
Hydrocolloïdes ... 255
Hydro-Colloïdes, un matériau parfait pour les empreintes (L') ... 638
Hygiène dentaire (Expérience d') ... 386
Incident de la pratique journalière (Un curieux) ... 648
Infections apicales et périapicales (Traitement électrique par les pointes métalliques) ... 552
Infection de Vincent (Observations cliniques et microscopiques dans le traitement de l') par la pénicilline ... 311
Inflammations de la bordure gingivale causée par la Maladie de Vincent (traitement par la pénicilline) ... 561
Influences biologiques qui interviennent dans la calcification dentaire de l'enfant allaité. (Etude sur des enfants de tuberculeuses) ... 473
Impressions d'Angleterre ... 305
Inlays d'or (Technique simplifiée pour la construction des) ... 551
Interventions chirurgicales sur l'état général (Répercussion des) ... 375
Leucoplasie buccale ... 254
Lésions apicales (Chirurgie des) ... 451
Lésions (Les) traumatiques de l'étage moyen de la face ... 460
Lichen aurique érythrodermique. Guérison rapide par pénicilline et bismuth quotidiens ... 637
Lithiase parotidienne (Sur un cas de) ... 631
Lithiase salivaire et exérèse chirurgicale ... 303
Loi Fédérale de « Nourriture et Médicaments », son incidence sur les produits dentaire (La) ... 558
Microscope électronique (Le) ... 378
Mousse de fibrine et de thrombine dans la prévention et le traitement des hémorragies post-opératoires (Emploi buccal de) ... 568
Mutilation des bords triturants des dents supérieures et antérieures par les épingles à cheveux ... 566
Nomenclature dentaire (Nécessité de l'uniformité dans la) ... 309
Notes de pratique courante ... 647
Nutrition et santé dentaire ... 548
Nutrition et santé dentaire ... 550
Obturation à l'or en feuille ... 451
Occlusions anormales (Traitement de quelques) ... 148
Odontolyse professionnelle ... 466
Odontome (Deux cas d') ... 394
Opinions non scientifiques ont été exprimées dans la littérature dentaire : des recherches sont en cours (Des) ... 35
Orthodontie (Quelques considérations sur l'influence de l'hérédité en) ... 634
Orthodontie nouvelle (L'). Contrôle de croissance de la face ... 305
Orthodontie (L') envisagée sous l'angle d'une spécialité ... 458
Orthodontie (La philosophie de l') ... 456
Ostéome du maxillaire inférieur ... 372
Ozone en application dentaire (L') ... 374
Paléontologie (Intérêt de la) et de l'Anthropologie pour l'art dentaire ... 146
Parodontopathie (Rapports de la) et des anomalies dentaires ... 458
Parodontopathies (Quelques réflexions à propos de l'étiologie des) ... 636
Parodontoses et Civilisation ... 372

Pages

PARODONTOSE (De la fixation des dents antérieures dans le traitement de la). Nouvelle technique d'application du bridge de Koehler 379
PARODONTOSE pyorrhéique 379
PARODONTOSE chez les tuberculeux 636
PÉNICILLINE dans l'angine de Vincent (La), page 311 369
PÉNICILLINE et ses applications cliniques (La) 571
PÉNICILLINE buccale (La) 369
PÉNICILLINE dans les lésions maxillo-faciales. — Observations sur son emploi dans 500 cas (La) 252
PÉNICILLINE locale (Effet anticoagulant de la) 637
PÉNICILLINE dans les opérations dentaires (La) 466
PÉNICILLINE en stomatologie (La) 468
PÉNICILLOTHÉRAPIE au cours des stomatites (Premiers résultats de la) 302
PÉNICILLOTHÉRAPIE-RETARD 562
PÉNICILLINTHÉRAPIE par voie buccale au début d'abcès périapicaux 561
PÉRIODONTIE (Les problèmes de la) 147
PÉRIODONTITES (Observations sur la microflore du canal avec l'emploi du fluorure de sodium dans la thérapeutique des) 456
PERMÉABILITÉ de l'émail et de la dentine 386
PERMÉABILITÉ aux sels d'argent de la dentine soumise à l'action du fluorure de sodium (La) 456
PERTES squelettiques (Méthode directe pour estamper le Tantale en vue de la réparation de) 470
PHOSPHATASES buccales (Recherches sur les) 549
PINCE prothétique dentaire et ancrage escamotable 639
PLAIDOYER en faveur de la classification de la prothèse dentaire en prothèse adjointe et prothèse conjointe 632
PLAIE pulpaire (Cicatrisation néo-dentinaire de la) 451
PRATIQUE dentaire (Mythes et préjugés dans la) 646
PRÉPARATION (La) du malade en odonto-stomatologie et chirurgie maxillo-faciale 460
PROBLÈME de remplacement d'une incisive centrale supérieure (Le) 469
PROGNATHIE inférieure traitée par la méthode de Lindemann 458
PROTESES rader utenfor tann of tannfeste 468
PROTHÈSE dentaire (Classification en prothèse adjointe et conjointe) 632
PROTHÈSE plastique oculaire (La) 639
PULPE (Protection de la) sous des ciments aux silicates, par des vernis et des ciments 554
PULPES infectées (Traitement par la pénicilline, essais cliniques) 467
PULPECTOMIE. — Résultats d'expérimentation 252
PULPITE odontolytique d'une dent caduque en voie d'élimination (Sur un cas de) 303
PULPITES (Caractéristique clinico-radiologique comparée des) 464
PYORRHÉE (La) 307
PYORRHÉE (Quelques lumières sur les problèmes de la) 253
PYORRHÉE (La thérapeutique de la) 634
RADIODERMITES du radiodiagnostic (Les) 369
RADIOTHÉRAPIE de la douleur suivant l'obturation des racines 567
RAPPORT du Conseil de Thérapeutique dentaire sur les applications locales de fluorures 382
RÉACTIONS électro-chimiques des métaux dans la bouche (Les) 308
RÉACTION des tissus à la suite de la fracture d'une racine dentaire 644
RECHERCHES sur la diffusion intradentaire des colorants et ses relations possibles avec la carie 642
RÉPARTITION des dentistes noirs aux Etats-Unis (La) 554
RÉSINES acryliques (Quelques remarques sur les) 638
RESTAURATION d'une dent de devant supérieure par inlay d'or et silicate 384
RÔLE du sel dans la prophylaxie et la thérapeutique gingivales (Le) 555
RÔLE du sympathique en stomatologie (Le) 563

Pages

SALIVE (Note sur la)..... 473
SALIVE (Phosphate de calcium de la)..... 472
SALIVE (Les propriétés bactéricides et toxiques de la)..... 473
SERVICE dentaire scolaire assuré par des infirmières spécialement instruites... 555
SIALODOCHITES et troubles réflexes parotidiens..... 568
SINUSITES maxillaires d'origine dentaire (Traitement des) par le drainage transméatique 374
SOINS dentaires aux enfants en relation avec le prolongement de l'âge moyen.. 389
STOMATITES (Quelques réflexions à propos de six cas de) traités par la pénicilline 371
STOMATITES bulleuses..... 557
STOMATITES ulcéreuses (Bactériologie et traitement des)..... 196
STREPTOMYCINE (La)..... 369
STRUCTURE dentaire et immunité aux caries..... 645
SUBSTANCE dentaire (Dissolution de la) par le jus de citron, les boissons acides et les acides d'autres sources..... 384
SUBSTANCES radio-opaques en dentisterie opératoire (Emploi de)..... 554
SULFAMIDES (Tendances actuelles dans l'emploi des)..... 641
SULFAMIDES dans le traitement local des racines dentaires infectées (Les).... 640
TEMPS nécessaire au dentiste pour accomplir ses opérations (Le)..... 638
TRAITEMENT des canaux radiculaires accompagné d'illustrations mettant en évidence la réparation histologique (Le) 630
TRANSFORMATIONS apportées aux dents des rats blancs par avitaminose expérimentale A et D. (Les)..... 251
TRANSPLANTS d'os iliaque (Considérations sur les)..... 551
TROUBLES digestifs des tachyphages et des édentés (Les)..... 645
TROUBLES morbides déterminés par la Vitamine D administrée à trop fortes doses chez l'enfant (Les)..... 146
TROUBLES périodontiques, traitement pratique..... 635
TRIOXYMÉTHYLÈNE (De l'influence du) sur la dentine et sur la pulpe..... 466
TUBERCULOSE buccale..... 564
TUBERCULOSE buccale (Formes atypiques et traitement de la)..... 459
TUMEUR mélanique avec métastase gingivale..... 637
TUMEURS du maxillaire inférieur (Considérations anatomo-chimiques sur trois cas de)..... 254
TUMEURS odontoplastiques à caractère familial..... 565
ULCÈRE duodénal (Association d') et de pyorrhée alvéolaire. — Intérêt de la protéinothérapie intra-veineuse..... 368
UTILISATION en stomatologie d'éponges perdues de gélatines imbibées de thrombine 367
UTILISATION en thérapeutique stomatologique de Medicagoarborea (Luzernes arborescentes)..... 371
VARIATIONS morphologiques de la canine chez les Suidés (Les)..... 248

REVUE DES LIVRES

ANESTHÉSIE régionale en Odonto-Stomatologie (L')..... 256
APPAREILS de prothèse dentaire (Les). — Contribution à l'étude des corps étrangers dans l'œsophage..... 198
ARTHROGRAPHIE temporo-mandibulaire..... 257
CHIMIE appliquée à l'art dentaire..... 198
CHIRURGIEN-DENTISTE (Le) ou Traité sur les dents dans lequel est vu le moyen de les garder claires et saines..... 199
INFECTION et Immunité..... 393
MÉDITERRANÉE (La)..... 395
MÉTHANE (Contribution à l'étude des propriétés réductrices du)..... 150
ORGANISME (L') en lutte contre les microbes..... 394
PLASTIES cutanées (Les bases mathématiques des)..... 200
PRÉCIS élémentaire de biochimie..... 96

Pages

Résines vinyliques (Les)..... 649
Structure of human dental enamel (The)..... 151
Transmission chimique de l'influx nerveux (La)..... 648

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

Association d'Enseignement Odonto-Stomatologique a l'Hôpital :
Séance du 22 mars 1947 315
— du 28 juin 1947 576
— du 18 octobre 1947 656
Société d'Anthropologie de Paris :
Séance du 22 mai 1947 401
Société d'Odontologie de Paris :
Séance du 3 décembre 1946 37
— du 7 janvier 1947..... 99
— du 4 février 1947 99
— du 4 mars 1947, page 152. — Allocution du Président..... 201
— du 15 avril 1947..... 259
— du 6 mai 1947 260
— du 3 juin 1947 312
— du 1er juillet 1947..... 477
— du 23 septembre 1947 477
— du 4 novembre 1947..... 651
Société Odontologique de France :
Séance du 20 décembre 1946 37
— du 28 janvier 1947..... 153
— du 25 février 1947 202
— du 25 mars 1947 261
— du 22 avril 1947..... 262
— du 30 mai 1947 396
— du 27 juin 1947 572
— du 26 septembre 1947 653
Société de Stomatologie de France :
Séance du 19 novembre 1946..... 39
— du 17 décembre 1946 100
— du 21 janvier 1947..... 154
— du 18 février 1947 204
— du 9 mars 1947 205
— du 22 avril 1947..... 314
— du 20 mai 1947 400
— du 17 juin 1947 574
— du 26 octobre 1947 655
Société d'Odontologie et de Stomatologie de Bordeaux et du Sud-Ouest :
Séance du 12 novembre 1946..... 40
— du 10 décembre 1946 101
— du 14 janvier 1947..... 101
— du 11 février 1947 155
— du 11 mars 1947 206
— du 13 mai 1947 397
— du 10 juin 1947 399
— du 8 juillet 1947..... 479
— du 12 novembre 1947..... 655
Société Odonto-Stomatologique de Lyon :
Séance du 24 janvier 1947..... 316
— du 21 février 1947 316
— du 28 mars 1947 317

Pages

Société Odonto-Stomatologie du Nord de la France :
Séance du 8 décembre 1946 207
— du 9 février 1947 208
— du 23 mars 1947 577

Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale 161

Commission de Nomenclature :
Séance du 2 juin 1947 313

TRAVAUX ORIGINAUX

Abcès migrateur chronique intra-osseux 132
Accident de dent de sagesse inférieure (Un pseudo) 434
Accidents inflammatoires d'origine bucco-dentaire (Relations entre les) et les infections spécifiques de la face et du cou 429
Alliages inoxydables (Contribution à l'étude des travaux coulés en) en art dentaire 169
Calcification et décalcification de la dent, médications et régimes récalcifiants 437
Carie dentaire (Etiologie et prophylaxie de la) 591
Cires d'inlays (Le contrôle des) 534
Dent de sagesse supérieure enclavée en ectopie (Un cas de) 240
Dent de sagesse supérieure enclavée en ectopie (A propos de la communication de M. Cecconi sur un cas de) 348
Denture des Hommes du Paléolithique (La), page 3 75
Enseignement Odontologique (L') à l'Université de Sao-Paulo 341
Epithéliomas des maxillaires supérieurs (Les) 23
Etudes dentaires (Considérations sur les) 413
Fluor (L'emploi du) dans les traitements dentaires, page 587 (N° décembre 1947).
Ionophorèse (Nouvelle étude sur l') 110
Leucoplasies (Les) 285
Matières plastiques (Application des) à l'art dentaire 515
Morphologie du complexe maxillo-dentaire 295
Névralgie symptômatique (Un cas de) 291
Orthopédie dento-faciale (Le temps, notion primordiale en) 28
Pénicilline en Odonto-Stomatologie (La) 229
Pénicilline et Stomatites 352
Perforations de la voûte du palais dues apparemment à des valves de caoutchouc sous des prothèses complètes (Quelques considérations sur des) 604
Pivot R. (Présentation du) 359
Prophylaxie dentaire infantile (Une expérience de) 138
Prothèses complètes (Note sur la tolérance des) 281
Prothèse maxillo-faciale en résine synthétique 93
Prothèse physiologique (La) 91
Prothèse (A propos d'un cas de) difficile à réaliser en raison de la dysharmonie de rapports entre les deux arcades 166
Récupération de l'argent fin des détritus d'amalgame 363
Sinusite maxillaire d'origine pyorrhéique (Quatre cas de) 225
Transformations allotrophiques de la silice dans nos mélanges réfractaires (Les) 221

VARIA

Dents artificielles mises au ban par un acte de 1770 (Les) 340
Dents cariées à Tristan da Cunha (Des douzaines de) 340
Origines de la Pénicilline (Des) 339
Variations et lieux communs sur la douleur 625

Noms d'Auteurs [1]

AUDY (Dr A.), pages 43, 156, 274, 336, 406, **434**, 489, 582, 674.
BARTHÉLÉMY DE MAUPASSANT, p. **135**.
BELTRAMI (DrG.), page **348**.
BENNEJEANT (Dr Ch), pages 144, **221**, 649.
BENOIST (E.), page 41.
BERNARD (Dr P.), p. **109**.
BONNET-ROY (Dr F.), pages 160, **429**.
CANIVET (P. A.), page **534**.
CARETTE-PILLOT (Mme), pages **3**, **75**.
CECCONI (L.-J.), pages **169**, **240**, **604**.
CERNÉA (Dr P.), page **23**.
CHARPENTIER (S.), page **515**.
CORBEIL (Dr), pages **291**, **352**.
DECOT, page **352**.
DELIBÉROS (Dr J.), pages 96, **165**, **225**, **246**, **281**, 585.
DEROUINEAU (A.), p. 661.
DREYFUS (Dr H.), page 53, 625.
DUBOIS-PRÉVOST (R.), page **437**.
FONTAINE (Me), page **186**.
FOURQUET (E.) page 271.
GRESSET (A.), page 579.
GUGNY (G.), page 318.
GUIMARAES (Prof.), page **341**.
GUITTON (J.-L.), page 670.
HOURDIN, page **291**.
HOUSSET (P.), pages **91**, **413**.
LEPOIVRE (Dr), page **281**.
LÉON (A.), page 672.
MARREL (P.), page **363**.
MARTINE (G.), page **138**.
MONTEIL (M.), page **138**.
PÉRIER (Dr A. L.), page **295**.
PIGUET (Dr Fr.), page **587** (N° décembre 1947).
RICHARD (Dr A.), page **229**.
RIGAULT (A.), page **93**.
SOLAS (Dr L.), pages 487, **591**.
VAIS (Dr), page **132**.
VILLAIN (H.), pages 48, **359**.
VILLAIN (Dr R.), page **28**.
WALLIS-DAVY (R.), page 661.

(1) Les chiffres gras indiquent la pagination des travaux originaux.