

1

**La Stomatologie et
Chirurgie maxillo-faciale :
état des lieux**

HISTOIRE DE LA STOMATOLOGIE ET DE LA CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

Dr Charles-Yves Daïeff, Paris

L'histoire de la Stomatologie peut s'envisager d'un double point de vue : du déroulement de son évolution et des hommes qui l'ont marquée, d'une part, et d'autre part, des progrès techniques qui ont abouti à son visage actuel.

GÉNÉRALITÉS

Balbutiements pendant l'Antiquité

Qu'il s'agisse des maladies de la bouche et des dents, ou de la Chirurgie maxillo-faciale, ces pathologies sont connues, étudiées et traitées depuis 3 500 avant J.-C.

En Égypte, les papyrus découverts par Edwin Smith et Ebers les mentionnent. En Inde, la rhinopoièse par lambeau jugal est pratiquée depuis 2 500 avant J.-C, avec lambeau frontal, par des familles de potiers. En Grèce, Hippocrate traite de différentes techniques de chirurgie faciale, et de réduction des luxations de l'ATM (Articulation temporo-mandibulaire).

À Rome, vers le I^{er} siècle avant J.-C, Celce fait la somme, déjà conséquente, des procédés thérapeutiques chirurgicaux concernant les sutures, les extractions de projectiles et les lambeaux cutanés par glissement ou avancement. Le premier millénaire voit de grands chirurgiens, comme Oribase à Byzance, ou Rhasès, Abulcassis, et Avicenne dans le monde musulman.

Ce dernier explique dans son oeuvre médicale maîtresse le « Canon de la médecine » comment traiter les gangrènes pulpaire par trépanation de la couronne.

Du Moyen Âge à la Renaissance : les premiers grands noms de la chirurgie

Nous ne connaissons pas l'activité chirurgicale des Gaulois, mais Guy de Chauliac (1300-1370), de Montpellier, rassemble dans sa « Grande Chirurgie » la somme des connaissances du XIV^e siècle. La profession d'« arracheur de dents » est mentionnée.

La Renaissance est riche en progrès qui sont européens autant que nationaux. Pierre Franco (1506-1597), provençal établi à Lausanne codifie la génio et la cheilopoièse. Gaspar Tagliocozzi, en Italie, entre 1545 et 1559, développe la chirurgie réparatrice faciale, malgré tous les détracteurs dans et hors de l'Église.

Ambroise Paré (1510-1590), domine l'époque. « Chirurgien-barbier », il devient le chirurgien des rois François I^{er} (sait-on qu'il était « appareillé »?...), Henri II et Charles IX. Il s'intéresse entre autres choses, à toute la chirurgie faciale, qu'il s'agisse de sutures artérielles, de reconstruction chirurgicale du nez mais aussi des épithèses nasales, oculaires ou auriculaires, des luxations et fractures mandibulaires, des obturateurs palatins, etc.

L'ombre de l'obscurantisme religieux jusqu'à l'époque des lumières

Une grande lacune scientifique existe entre la fin du XVI^e siècle et le milieu du XVIII^e. Ceci est en partie lié à l'esprit religieux de l'époque. La Faculté de médecine de Paris concrétise cet état d'esprit : en 1788, elle interdit la chirurgie réparatrice du visage « comme contraire aux intentions divines ».

Le renouveau du XIX^e siècle

Au XIX^e siècle, la chirurgie réparatrice renaît, d'abord en Angleterre. En France, les progrès sont surtout le fait de Dominique Larrey, chirurgien des armées de la Révolution, puis du Service de Santé des armées qu'il organise pour Napoléon. Il insiste sur l'intérêt des sutures immédiates. Il traite aussi surtout des fractures de la face et des rhinopoïèses.

À Montpellier, Mathieu Delpech et ses nombreux élèves, sont également célèbres. Ce siècle est donc un siècle charnière qui voit le renouveau, l'amélioration, et la diffusion des techniques de chirurgie réparatrice. L'apparition de l'anesthésie générale en 1846, n'y est pas étrangère.

DÉVELOPPEMENT DE LA STOMATOLOGIE COMME UNE SPÉCIALITÉ AU XX^e SIÈCLE

Dès 1894, est fondée la Revue de Stomatologie, et la première chaire de Stomatologie est occupée par Redier, en 1895, à la Faculté libre de médecine de Lille. En 1907 est créée l'Association stomatologique internationale par une vingtaine de nations.

Création de l'École française de Stomatologie et création de la Société de Stomatologie française

L'École française de Stomatologie est ouverte en 1910, passage Dauphine à Paris, par l'omniprésent Cruet. Elle y restera jusqu'à Pâques 1963, date à laquelle les cours furent donnés, dans un environnement enfin moderne, à l'Institut de Stomatologie de la Pitié-Salpêtrière.

La première guerre mondiale, sous l'impulsion de Sauvez, va donner aux stomatologistes l'occasion de créer, à partir de peu de chose, les centres de chirurgie et de prothèse maxillo-faciale qui vont traiter les nombreuses « gueules cassées ».

En 1920, la Faculté de médecine de Paris crée un poste de chargé de cours de Stomatologie occupée par Chompret ; à la même époque sont nommés les premiers stomatologistes des hôpitaux. La Faculté de médecine de Bordeaux fonde une chaire de Stomatologie en 1932,

tenu par les Professeurs Cavaille puis Dubecq. En 1939, le Dr Beltrami est nommé Professeur de la spécialité à la Faculté de médecine de Marseille.

La Société de Stomatologie de Paris s'élargit, en 1943, et se transforme en Société de Stomatologie de France.

Rattachement à la faculté de Médecine

Parallèlement, par un décret du 29 septembre 1944, l'École française de Stomatologie est rattachée à la faculté de Médecine. C'est aussi à la fin de la deuxième guerre mondiale qu'apparaissent les Chaires de clinique stomatologique de Paris, Lille, Lyon, Nancy et Nantes, avec création d'un Certificat d'études spéciales (CES) de Stomatologie, en 1949.

Création de la Société française de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale

Après la conquête de son statut médical, affirmé par la Faculté, la discipline accentue son caractère chirurgical et la société devient, le 29 mars 1953, Société française de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale.

Mais ce n'est que 20 ans plus tard, en septembre 1973 qu'eut lieu le premier congrès français de ce nom, sous la présidence du Professeur Cernea. Le programme du congrès marquait bien l'étendue du champ d'action de notre spécialité, tout à la fois dentaire, médical et chirurgical. On y retrouvait, entre autres, des communications traitant de la traumatologie maxillo-faciale, de la reconstruction mandibulaire, de tumeurs et de cancérologie bucco-faciale, des kystes des maxillaires, des fentes faciales, de la tuberculose buccale, de la prothèse dentaire et maxillo-faciale, de l'orthopédie dento-faciale, des dysfonctions de l'appareil manducateur.

Concrétisant son caractère de spécialité médico-chirurgicale à part entière, la discipline de « Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale » est associée à l'oto-rhino-laryngologie et à l'ophtalmologie dans la même section du Conseil national des universités (CNU).

DÉVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

L'intitulé « Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale » rend bien compte de l'évolution chirurgicale de la spécialité : nous avons vu que dès l'antiquité, certains chirurgiens s'étaient spécialisés dans la chirurgie faciale. Ce sont les deux conflits mondiaux qui ont fait exploser les connaissances par l'ingéniosité nécessaire à la réparation des « gueules cassées ».

La première guerre mondiale en particulier, par l'importance des combats de tranchées, augmente leur fréquence. La doctrine de cette chirurgie de guerre est qu'« *aucun blessé ne sera évacué vers l'intérieur, sans avoir été préalablement examiné, pansé et opéré par un chirurgien qualifié* » (Med Major Duguet). Ainsi sont bien codifiées les missions de la chirurgie d'urgence d'une part, de la chirurgie réparatrice programmée, d'autre part.

À l'arrière, tous ces blessés sont traités dans des centres maxillo-faciaux inter-régionaux. Les premiers sont créés dès 1915. Il en existait 17 en 1918. Les plus importants sont ceux du Val de Grâce à Paris, ainsi que ceux de Lyon et de Bordeaux.

Les plus célèbres chirurgiens sont Morestin et Léon Dufourmentel. Les progrès rapides de l'anesthésie générale permettent des examens soigneux et des réparations aussi audacieuses que méticuleuses.

On passe vite de l'éther et du chloroforme par masque (nécessitant d'alterner les temps opératoires et les temps anesthésiques) à l'insufflation par trachéotomie (Sébileau). Mais l'anesthésie loco-régionale est utilisée le plus possible.

On ne saurait réduire les progrès réalisés lors de la seconde guerre mondiale, à l'œuvre du médecin général Ginestet, mais celle-ci fut néanmoins considérable, surtout à l'hôpital Desgenettes à Lyon. Les techniques des lambeaux cylindriques, hongrois, naso-géniens par exemple, sont affinées.

En traumatologie, fixateurs externes pour les fracas mandibulaires et réduction du malaire par voie percutanée.

En chirurgie orthognathique, procédés en tiroir à la mandibule inférieure, ostéotomies maxillaires complètes ou segmentaires. Sans compter l'invention de nombreux instruments, tant il est vrai qu'un chirurgien hors du commun (comme Ginestet ou Dautrey) invente l'instrument approprié au meilleur geste plutôt qu'il ne se plie au geste imposé par l'instrument.

Depuis les années 1950-1960, les **quatre piliers constituant la Chirurgie maxillo-faciale** se précisent et sont les témoins de la vaste étendue de son champ d'action : **la traumatologie** dont les bagarres et les accidents de la circulation sont les principaux fournisseurs. (pour ce dernier poste, le port de la ceinture de sécurité, en 1967 a marqué une nette diminution des cas traités) ; **l'orthognathie**, portant sur l'une ou les deux mâchoires ; **la cancérologie**, aidée par les procédés très sophistiqués de réparation qui permettent ainsi des exérèses-réparations audacieuses (mais il s'agit d'une thérapeutique multi-disciplinaire dans laquelle la radio et chimiothérapie ont une large place) ; **la chirurgie plastique de la face** au sein de laquelle, la chirurgie esthétique, même si elle est la plus médiatique, n'est qu'une part de la chirurgie réparatrice.

Les relations de ces deux dernières, ont été magistralement explicitées par le Pr Devauchelle dans le « Dictionnaire de la pensée médicale ». Nous en résumons l'historique. Au début du XX^e siècle, la chirurgie réparatrice est reconnue, alors que la chirurgie esthétique (simple modification d'une forme faciale non pathologique en une autre forme jugée plus « belle » ou au moins différente), est à peine tolérée.

Mais entre les deux guerres, deux phénomènes vont lui apporter une certaine justification : l'éclosion de la psychanalyse, d'une part, qui déculpabilisa cette chirurgie d'être contre nature, et l'activité du chirurgien berlinois, Joseph, fils de rabbin, d'autre part, qui, toute sa vie, participa à cette volonté des juifs de se libérer de la « malédiction du nez ». C'est la thèse défendue par Maxwell Maltz dans « New faces, new futures » : « *Le chirurgien s'efforce... de libérer l'âme... en modifiant l'apparence, de manière à ce qu'elle corresponde parfaitement à la normalité* ». (Devauchelle). C'est aussi, par exemple, ce que voudront faire plus tard beaucoup d'Asiatiques en demandant la suppression de leurs yeux bridés pour s'approcher au plus près de l'idéal occidental. Raymond Passot ou Julien Bourdet par exemple, consacrèrent leurs travaux à cette chirurgie, tout en omettant d'ailleurs, de citer les auteurs anglo-saxons, tels les 4 grands : Gillies, Mc Indoe, Mowlen et Kilner. Mais en 1931, grâce à Maurice Coelst, naquit la revue de chirurgie plastique qui réunit les travaux de tous.

Rapidement on passa de la disgrâce des formes à la disgrâce de la forme affectée par le temps: c'est toute l'histoire du lifting facial, simple réduction de la distension cutanée, au début, avec déplacement de plus en plus latéral de l'incision cutanée de l'abord, puis reposition cutané-musculaire avec décollement de plus en plus étendu et de plus en plus profond (après l'individualisation du SMAS vers 1970), pour aboutir enfin à la reposition ostéo-cutané-musculaire (mask-lift élargi de Tessier).

À ce traitement des différents plans, s'ajoute le traitement du tissu cellulo-graisseux et de la graisse, que l'on peut non seulement supprimer (lipo-aspiration de Illouz vers 1975) là où elle est disgracieuse, mais aussi la replacer, là où elle manque, quand on la réinjecte après un traitement par ultracentrifugation qui n'en conserve que les éléments pérennes (lipos-structure de Sydney Coleman). Enfin, l'avènement des bio-matériaux a permis depuis les années 80, l'introduction de prothèses, surtout en élastomères de silicon.

N'omettons pas pour finir l'apport des préoccupations « esthétiques » des chirurgiens plasticiens aux autres spécialités chirurgicales: la hantise de la cicatrice les a toutes contaminées au point d'inciter les chirurgiens, qu'ils soient digestifs, urologues ou orthopédistes à inverser le dicton ancien: « aux grands chirurgiens, les grandes cicatrices ». Mais il est aussi vrai de dire que les techniques mini-invasives n'ont intéressé les maxillo-faciaux plasticiens qu'après que les chirurgiens digestifs en aient démontré l'intérêt.

Fermons cette parenthèse, et notons qu'à partir de 1984, l'introduction de « l'internat qualifiant » pour tous, par l'obligation d'une formation en chirurgie générale confirme de façon irréversible l'orientation chirurgicale et explique la qualité des opérateurs.

Les avancées dans chacun de 4 domaines mentionnés ci-dessus n'ont pu se faire que grâce aux hardiesses réalisées dans d'autres spécialités, et les chirurgiens maxillo-faciaux témoignent ainsi d'une très vaste culture chirurgicale: ostéotomies de plus en plus élargies ou au contraire finement segmentaires, matériaux d'ostéosynthèses de plus en plus bio-compatibles et miniaturisés, lambeaux ostéo-périostés, lambeaux cutané-musculaires, et toute la panoplie des techniques microchirurgicales: greffes nerveuses, microanastomoses, lambeaux composites, auto ou hétérologues, jusqu'à la récente allotransplantation du tiers inférieur du visage en novembre 2005, (Pr Devauchelle, Amiens) triomphe de toutes les difficultés possibles.

Une autre évolution est à noter depuis les années 50: c'est celle du déplacement hors de Paris des écoles chirurgicales de qualité. La concurrence Paris-Province n'est plus. Elle est remplacée par une émulation entre les écoles des grandes villes, sièges de CHU.

ÉVOLUTION DE L'ENSEIGNEMENT DE LA STOMATOLOGIE

L'enseignement lui aussi a évolué. Dès la création de l'École de Stomatologie, en 1910 (et des écoles créées ensuite en France dans les grandes villes de Faculté), cet enseignement, complet et rapide, dure deux ans (c'est le CES – Certificat d'études spéciales –): hospitalier le matin, pour la pathologie et la chirurgie; pratique l'après-midi dans les instituts, pour l'art dentaire. Il y a les notions théoriques un jour, la réalisation en laboratoire le lendemain,

et quelques jours plus tard la pratique sur les patients du dispensaire inclus dans l'Institut (certains patients, d'ailleurs, appréciant la gratuité des prothèses, sont des habitués et donnent des conseils fort utiles aux praticiens novices...).

Est-ce le fait de la qualité des enseignants, ou parce que les étudiants, ayant fini leur cursus médical ont au minimum environ 25 ans, toujours est-il que les progrès sont rapides: en 18 mois, un élève de l'Institut est tout à fait apte à remplacer un dentiste en ville. Le jeune stomatologiste va pouvoir rapidement choisir sa voie: soins et prothèses dentaires, ODMF, ou poursuivre sa formation chirurgicale comme attaché dans les services formateurs.

Tout va changer avec la réforme des études médicales de 1984 induite par les directives européennes. Le CES (Certificat d'études spéciales) de Stomatologie disparaît. Les spécialités chirurgicales (dont la Stomatologie) doivent passer par «l'internat qualifiant».

Dès lors, même si la formation «classique» persiste, sous la forme du DES (Diplôme d'études spécialisées) de Stomatologie, la voie chirurgicale (DES de chirurgie générale, puis DESC (Diplôme d'études spécialisées complémentaires) de Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie créé en 1988) sera privilégiée par les générations successives, même si la durée des études est plus longue (6 ans contre 4 ans), privilégiée à un point tel que le recrutement du DES a inexorablement décliné (le dernier étudiant titulaire du DES, à Paris, l'a été en 2003). Il en a été de même dans les autres facultés.

Mais la voie chirurgicale n'est pas la seule: l'orthopédie dento-maxillo-faciale dispose elle aussi d'un DESC (dit de groupe I). Ceci est la consécration des progrès de cette «spécialité dans la spécialité».

Le «déplacement des dents» était déjà mentionné dans le livre de Pierre Fauchard en 1711. Ce problème fut repris par Bourdet (1722-1789). Delabarre (1787-1862) est l'initiateur de la «bague incisive» ainsi que Maury (1786-1840). Mais, même si les déplacements dentaires isolés sont possibles, avant la deuxième guerre mondiale, l'ensemble de l'orthodontie est amovible et la part fonctionnelle y est importante. L'apport fondamental de cette orientation revient à Pierre Robin (1867-1950): «*tout provient des troubles fonctionnels, masticateurs mais surtout respiratoires: les dysmorphoses dento-cranio-vertébrales sont la signature des troubles fonctionnels des organes contenus dans la tête*».

Après la deuxième guerre mondiale, on assiste à la diffusion des multibagues, d'origine américaine: Angle, Tweed, Ricketts, Andrews en sont les représentants. La technique de Beeg est célèbre. Elle fut exposée en 1956 et traduite en français par Gérard de Coster en 1976.

Les mécanismes des dysmorphoses faciales sont de mieux en mieux connus, surtout grâce aux travaux de Delaire.

Sans qu'il existe une frontière infranchissable entre elles, deux théories ou du moins deux pratiques continuent de s'affronter: l'une plus «médicale» qui insiste sur les traitements fonctionnels et orthopédiques participant d'une vision globale du jeune patient (d'où la dénomination d'orthopédie dento-maxillo-faciale), et l'autre plus «mécaniste», (orthodontie), s'intéressant à un bel alignement dentaire (parfois aux dépens de l'équilibre facial).

MAIS OÙ EST L'ODONTOLOGIE DANS TOUT CELA ?

En fait, même si son nom (pas plus que celui de Stomatologie d'ailleurs) n'est encore intervenu, jusqu'au XIX^e siècle la pathologie dentaire a toujours fait intégralement partie de l'activité médicale.

Les premiers pas de la chirurgie dentaire

Pierre Fauchard (1678-1761), est reconnu comme « Le père de l'Odontologie et de la Stomatologie » en France. Son unique livre « le chirurgien-dentiste ou traité des dents » date, pour sa première édition, de 1711. Il était médecin, (initialement chirurgien de la Marine), et fut reçu comme « expert pour les dents » (corps créé dès 1699), par la communauté des Chirurgiens de Paris.

En 1731, le Collège des chirurgiens de Paris coiffe la chirurgie dentaire qui est donc bien une spécialité médicale. Ainsi jusqu'à la Révolution, il existe des « arracheurs de dents », d'une part et des médecins-dentistes, d'autre part. La Révolution, dans la recherche forcenée d'une idéologie d'égalité, supprime académies, collèges de chirurgiens et aussi l'enseignement de la chirurgie dentaire.

En effet, à cette époque, les réformes apportées aux arts de guérir ignorent les dentistes (confirmés bien plus tard par la loi du 19 ventôse 1803), tandis que les docteurs en médecine et en chirurgie deviennent des officiers de santé.

Tout au long du XIX^e siècle, un différent oppose donc les médecins-dentistes (officiers de santé) aux dentistes (qui paient simplement patente), les premiers demandant la médicalisation, les autres l'autonomie de la profession.

La séparation s'est poursuivie du fait qu'à partir de 1880, la première école dentaire créée à Paris fut privée, et que l'enseignement de l'art dentaire n'est devenu « public » (mais est resté autonome) qu'au décret du 22 septembre 1965 créant les Écoles nationales de chirurgie dentaire.

Et le nom de la stomatologie apparut

C'est au début du XIX^e siècle que les choses se précisent : En 1817, Delabarre inaugure un cours libre de médecine dentaire qu'il nomme Stomatonomie en 1825. Mais le mot de Stomatologie apparaît pour la première fois en 1868 sous la signature d'Andrieu qui publie le premier fascicule de son « Traité de Stomatologie ».

Cruet précise : « La première Société de Stomatologie, créée en 1887, par un groupe important de dentistes-médecins à la tête desquels était Magitot, vint donner un corps et une doctrine scientifique aux aspirations nouvelles ; la première "Revue de Stomatologie", fondée par Magitot encore, faisait son apparition en 1894. Six ans plus tard, le Congrès international de médecine de Paris, en 1900, donnait à notre spécialité sa première consécration officielle et admettait bien timidement une section de Stomatologie ouverte à tous les dentistes ».

Odontologie et médecine : un mariage contrarié

Tout le début du XIX^e siècle est marqué par la question fondamentale : faut-il laisser la profession dentaire, comme ses tenants le désirent, rester en dehors de la Médecine,

ou bien les maladies de la bouche et de dents doivent-elles rester dans le giron médical, une spécialité pleine et entière comme les « oculistes » ou les « autistes ». Le divorce est définitivement prononcé en 1892, par le fait d'une loi créant le diplôme de chirurgien-dentiste, loi contre laquelle Cruet est féroce : *« loi qui, tout en semblant incorporer le dentiste au corps médical et à la médecine, l'en a en réalité détaché ou chassé »*. Cruet appelait de ses vœux une union des deux professions pour une meilleure qualité médicale : *« qui ne voit et ne se rend compte qu'un corps de dentistes uniquement composé de docteurs en médecine, connaissant bien entendu les connaissances spéciales et techniques qu'ils puiseraient à loisir dans les hôpitaux, les cliniques, les écoles, serait incomparable. »*

Après plus d'un siècle, le divorce perdure. L'amélioration de la formation des dentistes, tout à fait légitime, mais faite en dehors de toute culture médicale générale, a pérennisé la division des deux enseignements : le décret du 11 janvier 1909 fera passer la durée de la formation des dentistes de trois à cinq années : deux consacrées à la prothèse, trois à une formation scientifique et médicale.

En 1932, les députés Milan et Rio présentent au Parlement un projet de loi visant à assimiler la thérapeutique dentaire aux autres éléments de l'art médical. Au docteur en médecine le soin de faire face à la pathologie buccale, les stomatologistes traitant ainsi les cas difficiles.

Tout au long de l'année 1932, on discute sur les modalités permettant l'assimilation des praticiens en exercice. La Fédération des syndicats médicaux s'oppose à l'accès au doctorat en médecine pour les chirurgiens dentistes. On soumet le problème à l'arbitrage de l'Académie de médecine qui, paradoxalement, soutient les chirurgiens dentistes, le maintien d'une spécificité professionnelle lui semble répondre au besoin des populations.

Par contre, elle pense qu'il est urgent de relever le niveau des études. Les vœux exprimés par la savante assemblée décident le ministre de l'Instruction publique à retirer le projet de loi. Suivant le conseil exprimé par les académiciens, un décret est signé le 19 juillet 1932 exigeant, pour entreprendre les études dentaires, la possession du baccalauréat à partir de la rentrée de 1935.

En 1949, le niveau est considérablement relevé. Le certificat de Physique, Chimie et Biologie (PCB) est exigée parallèlement à la suppression de deux années de stage. Est créé un contrôle plus strict des facultés dans les écoles dentaires. Il faudra attendre six années pour que l'enseignement soit pris en charge par l'État. Le décret du 22 septembre 1965 crée des Écoles nationales de chirurgie dentaire. Le ministre Maurice Schumann aura la satisfaction de donner aux dentistes, par la loi du 25 décembre 1971, le doctorat en chirurgie dentaire.

Les situations respectives des dentistes (chirurgiens) et des docteurs dentistes étaient apparus avec éclat au moment de la Grande guerre. Seuls les seconds étaient reconnus par le Service de Santé, les autres faisant fonction d'auxiliaires. Jusqu'en 1917 aucune assimilation dans la hiérarchie ne les distinguait des hommes de troupe.

EN CONCLUSION

Jusqu'au début du XX^e siècle, les « maladies de la bouche, des dents et des maxillaires » étaient traitées par une profession unique, même si chaque praticien n'en exerçait pas la totalité de ses facettes. Puis les dentistes se sont « autonomisés », en s'isolant de la Médecine. Les stomatologistes quant à eux, se sont progressivement désintéressés des soins et prothèses dentaires, pour se consacrer à la chirurgie buccale et faciale.

Une question demeure : dans 20 ans, qui seront les « médecins » de la bouche ?

Les progrès techniques « dentaires »

Le panorama historique de la spécialité ne serait pas complet sans un rapide survol des progrès purement techniques réalisés depuis 2 ou 3 siècles.

1700 : premières empreintes en cire vierge (Mathias Godefroy Purmann - Breslau)

1740 : dentiers à ressort de Pierre Fauchard

1805 : obturateur de Garrot facilitant déglutition et phonation des fentes palatines.

1826 : amalgame d'argent (Caveau)

1835 : en remplacement de l'amalgame d'argent, obturation à l'or mou (non adhésif), par Abbé fils après les travaux de son père en 1745, puis avec de l'or adhésif (ou cohésif) (1854) plus facilement appliqué grâce à un condensateur (Lucien Lederlé et Moineau, en 1908 et 1909)

1871 : premier tour électrique alimenté par batterie (Georges Green), intégré au tour à pédale (1898, Telschow), alimenté par le réseau et intégré à l'équipement comme sur l'Unit Forsyth commercialisé par S.S. White en 1914 (le flexible est remplacé par le système de transmission par bras articulés et poulies de Constant Doriot).

1895 : première radiographie dentaire (W. Koenig, Francort-sur-le -Main)

1870/1890 : nombreux progrès sur les coiffages pulpaire, dévitalisations et traitements antiseptiques endo-canalaires.

1902 : premières résections apicales (Cl. Martin, de Lyon et Maurice Roy de Paris)

1906 : inlay en or coulé (Solbrig après reprise d'une idée de Aguilhon de Saran en 1884).

1906 : (environ) les ciments porcelaine sont stables après de nombreuses variations de formules.

1905 : introduction de la novocaïne pour les anesthésies locales, puis adrénalinée (1906).

1906 : anesthésie tronculaire du nerf alvéolaire inférieur à l'épine de Spix (Nogué).

1906 : blanchiment des dents avec l'eau oxygénée à 25 %.

- 1908 : ciments « silicates ».
- 1908 : les tours électriques tournent à 6 000 t/m.
- 1908 : articulateur de Gysi permettant la reproduction parfaite des mouvements de l'ATM.
- 1909 : théorie de l'infection focale (Rosenow) suivie dans les années 20 d'une longue controverse entre partisans de l'extraction à outrance et ceux conservateurs après traitements endo canaux bien faits.
- 1911 : les tours dentaires tournent à 10 000 t/min. (Émile Huet), et par des modifications des engrenages et des démultiplicateurs, atteindront 80 puis 125 000 t/min., en 1950 avec des lubrifications sous pression.
- 1920 : coiffage pulpaire par l'hydroxyde de calcium (Hermann).
- 1920 : anesthésie locale directe du ligament alvéolo-dentaire (Chompret).
- 1923 : stellite de contention (G. Villain) dans le traitement des parodontoses.
- 1928 : « bourre-pâte rotatif » de H. Lentullo procédé pour lequel il ne demanda jamais de droits d'auteur.
- 1928 : pivots articulés (à rotule) comme éléments de bridges mobiles.
- 1922/1929 : actions multi-usage de l'acide trichloracétique (Gatineau, Darcissac, Eymeri).
- 1934/1940 : les résines artificielles remplacent la vulcanite pour les prothèses.
- 1937 : fondation de l'institut Eastman à Paris, après ceux de nombreux autres aux USA et en Europe, pour favoriser le développement de la pédodontie.
- 1946 : empreintes aux hydrocolloïdes.
- 1947 : commercialisation des fraises en carbure de tungstène.
- 1948 : première grille sous périostée (Golmberg et Gershkoff, USA).
- 1949 : résines auto polymérisables.
- 1957 : turbine à air de J.V. Borden variant de 5 000 à 350 000 t/min. Le concept datait de... Léonard de Vinci. Le premier brevet d'une turbine à air fut déposé en 1874 (Straub). Le vrai développement a été dû à John Walsh (1950).
- Dans les années 1960 :** développement des implantations métalliques intraosseuses (mais ces essais, assortis de 90 % d'échecs à 5 ans, en freinent le développement).
- 1966 : premier patient implanté en Suède par Bränemark.
- Dans les années 80 :** diffusion de la méthode du suédois Bränemark : la mise en nourrice d'implants en titane, permet l'ostéo-intégration de ceux-ci avant leur mise en charge : les succès deviennent positifs pour 90 % à 5 ans.
- 2002 : 110 000 implants dentaires ont été placés en France en 2002.

Bibliographie

Tous les ouvrages ci-dessous sont consultables sur place à la Bibliothèque interuniversitaire de Médecine, 12, rue de l'École de Médecine, ou, pour certains, sur le site :

<http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/debut.htm>

- Beeg** American journal of Orthodontics (42:481-510, juillet 1956) ; en français « Théorie et techniques orthodontiques de Beeg » traduit en français en 1972 par Gérard De Coster, 1976.
- Branemark P-I, Breine U, et al.** Intraosseous anchorage of dental prostheses : experimental studies. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg 3:81-100, 1969.
- Branemark P-I, Hansson BO, et al.** Osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. Experience from a 10-year study period. Scand J Plast Reconstr Surg 16:1-132, 1977.
- Brue (Eric)** La vie et l'œuvre du Médecin Général Ginestet. Thèse Lyon 1991 (cote 500322).
- Cruet** La Stomatologie (1907) Paris, Steinheidt, 394 pages (Cote 59237).
- Debenney-Bruyère** Modes d'exercice des médecins stomatologistes. Thèse Nantes 1993.
- Dechaume (Michel) et Huard** Histoire illustrée de l'Art Dentaire (1977).
- Fauchard (Pierre)** Le chirurgien-dentiste (1728).
- Ferret (Karine)** Contribution à l'étude de la Chirurgie maxillo-faciale Thèse Nantes 2001.
- Les gueules cassées** Exposition virtuelle sur www.bium.univ-paris5.fr.
- Magitot (André)** Les Écoles dentaires (cote 64455).
- Robin (Pierre)** La glossoptose. Son diagnostic, ses conséquences, son traitement. Pierre Robin Bulletin de l'Académie nationale de médecine, Paris, 1923, 89:37. J Med Paris, 1923, 43:235-237.
La glossoptose, un grave danger pour nos enfants. Pierre Robin Paris, Gaston Doin, 1927.
- Société française d'Histoire de l'Art dentaire** Petite histoire de l'Art Dentaire sur www.bium.univ5.fr.
- Vidal (François)** Coup d'œil sur la législation, la formation et la pratique médicale au XIX^e siècle.

