

L'ORTHOPÉDIÉ DENTO-MAXILLAIRE AU POINT DE VUE SOCIAL.

PAR LE

DOCTEUR WATRY — Bruxelles.

616.314 : 614

A l'heure actuelle, la solution du problème social, envisagé au point de vue de la médecine et de la lutte contre la maladie, retient d'une façon extrême, l'attention dans toutes les branches de l'art de guérir. Et la question se pose de savoir si le champ d'activité de l'orthopédie dento-faciale, échappe à ces préoccupations.

Il est bien entendu, je tiens à bien le préciser d'avance, que je m'en tiens au seul point de vue technique, et non au point de vue politique professionnelle ou défense d'intérêts matériels, qui n'entrent pas en jeu dans notre préoccupation.

Afin de répondre à cette question, il suffit de savoir quelle est la conception que l'on se fait actuellement de l'orthopédie dento faciale, d'une part dans le public d'autre part dans les rangs de la profession médicale, et de la profession dentaire, non spécialisée.

Au point de vue du public, je crois qu'on peut considérer, qu'il y a trois catégories: une élite très sélectionnée, commençant à comprendre la réelle portée de nos efforts. Nous la trouvons dans notre clientèle privée, là où grâce à la persuasion, à la compréhension de ces personnes (souvent des intellectuels) nous sommes parvenus à faire saisir l'aspect réel du problème. et de la solution que nous poursuivons.

Cette élite est extrêmement rare.

La seconde catégorie, qui se recrute encore dans les classes aisées, ou à défaut d'éducation générale, de bon sens, que l'on retrouve évidemment, dans les masses, on voit surtout le côté esthétique et grâce au côté esthétique de la question, nous pourrions „accrocher” pour notre satisfaction personnelle, le point de vue utilitaire et médical.

La troisième catégorie, de loin la plus importante, ne connaît rien du problème, et nous ne concevons pas immédiatement bien la réalisation de cet état de choses, si nous nous limitons à notre clientèle particulière. Mais par contre, ceux d'entre nous qui font du service de dispensaire, par exemple, voient déjà là le véritable aspect de cette question, et se rendent compte de ce que notre tâche présente à cet égard d'ingrat et de difficile à poursuivre.

Il en résulte donc, que du point de vue public, le côté social de notre rôle, échappe de façon à peu près complète et n'est soupçonné dans des limites encore très réduites, que par une élite extrêmement restreinte.

La situation est-elle plus favorable de ce point de vue, dans la profession? Chez le médecin, l'éducation est en train de se faire, mais pour autant que je puis en juger, dans mon pays le médecin praticien lui-même, ne se différencie pas beaucoup de, tout au moins, de l'élite du public; il faut beaucoup de luttes, il faut beaucoup de persuasion, pour arriver à lui faire comprendre les relations existant entre la pathologie, dont il s'occupe, et les sujets que nous discutons, et dont nous nous pré-occupons.

Quant à nos confrères dentistes, je pense que nous avons déjà plusieurs reprises abordé la question, lorsqu'on discutait la question de la spécialisation absolue; il est certain que dans la majorité des cas, ils s'intéressent en principe, aux problèmes de l'orthopédie, mais ne passent que rarement à la réalisation pratique pour des raisons d'opportunité, des raisons d'occupations et aussi en raison d'un fait que vous avez pu vérifier vous même, à savoir que toute activité obéissant à un rythme, celui que nous observons en travaillant en orthopédistes, est

tellement différent du rythme que nous suivons en travaillant en prothésiste ou en dentiste, que la conciliation de ces deux rythmes est difficile.

A ce point de vue également, le côté social de problème, n'est pas encore mis sous un jour suffisamment clair. Il semble donc à première vue, après un examen critique de la situation, que l'éducation des esprits n'est pas suffisamment avancée, pour que l'on puisse donner avec quelque chance de succès, dans l'organisation actuelle de la médecine sociale, à l'orthopédie dento-faciale, sa place dans la lutte qui s'engage.

Cette conclusion répond-elle à l'état actuel des exigences de la science dans notre domaine? C'est, si vous voulez bien, ce que nous allons examiner.

Si nous envisageons la question du point de vue de l'étude diagnostique et des enseignements que nous donne la thérapeutique, que constatons nous? Pendant de très nombreuses années, même chez l'orthopédiste, (disons l'orthodontiste, car à ce moment là, le terrain ne s'était pas suffisamment agrandi pour que l'on parle déjà d'orthopédie), l'orthodontiste croyait faire exclusivement une oeuvre esthétique, lorsqu'il pratiquait le redressement des dents. Depuis lors, vous le savez, l'évolution de l'orthopédie dento-faciale a marché tellement de façon si rapide, que maintenant ce terrain d'activité procède surtout en tout premier lieu, dans le temps et dans l'étude médicale, du domaine de la pathologie. Et lorsqu'on observe, et lorsqu'on étudie les fait eux-même, lorsqu'on procède, comme je l'ai fait, à des enquêtes dans différents milieux sociaux: ces enquêtes et ces observations apportent une consécration réellement extraordinaire, presque inattendue souvent, aux vues de l'esprit, que, par la déduction on retire de l'étude pathologique des faits.

J'ai déjà exposé le résultat de mes observations personnelles, dans le domaine du contrôle des théories, qui ont été développées au sujet de l'action de rôle du rachitisme dans le domaine maxillo-facial. Nous avons aussi étudié le chapitre de la débilité et de la tuberculose.

Un premier groupe d'observation, fut fait dans un sanato-

rium marin, pour enfants débiles et rachitiques. Une enquête systématique, avec fiches, moulages et photographies à l'appui, me permit de relever des dysmorphoses maxillaires de types divers, chez des enfants examinés. Il y avait évidemment une grande variété dans les dysmorphoses constatées, mais nous avons pu établir une concordance absolue entre le type de malformation et l'affection générale rachitisme ou prétuberculeuse notamment.

Le second groupe d'observation faite dans un préventorium plus important et plus spécialement consacré à l'enfance débile, confirme mes constatations. L'une des conclusions les plus importantes tirées de ces enquêtes, était que la dysmorphose maxillo faciale, se présente avec une fréquence suffisante pour figurer au tableau clinique des grandes maladies sociales: Rachitisme, débilité infantile, Tuberculose, Syphilis héréditaire.

Il y a une excellente façon de contrôler cette déduction, déjà convaincantes par différentes statistiques (disons plutôt „observations", parce que je n'aime pas le mot „statistiques" à qui l'on fait dire un peu ce que l'on veut) c'est de les reprendre à l'occasion d'autres problèmes, ou sous d'autres aspects sociaux.

Je suis occupé à ces observations actuellement, aussi ce ne sont pas des résultats que je vous apporte, ce sont des impressions, les premiers chiffres que j'ai pu recueillir.

Le service de l'Inspection dentaire, dans la ville d'Anvers, qui est, comme vous le savez, au point de vue du nombre des habitants, la première ville de Belgique, vient d'être réorganisé sous la base du principe de la clinique, bien installée, bien organisée, et l'Echevin de l'Instruction publique, m'a laissé toute licence comme Directeur du Service, pour son organisation.

J'en ai profité pour le mettre sur la base de l'examen préventif absolu, suivant les directives de beaucoup d'auteurs et pour établir ici progressivement des fiches extrêmement précises, individuelles, de tous les enfants de première année. Elles ont été faites par mes collaborateurs qui ne sont pas orthopédistes, dans le sens de l'examen purement dentaire. Mais dans

mon ressort d'inspection, j'ai étendu l'examen au domaine maxillo-facial.

Dans l'ensemble, cette observation correspond à une proportion de 40 à 45 % du nombre total des enfants atteints de dysmorphose maxillaire développée, au point d'apparaître à première vue, sans un examen gnathométrique quelconque.

Je suis certain que l'application de mensuration suivant des différentes méthodes, augmenterait encore dans des proportions considérables, ce chiffre.

J'ai par la même occasion, cherché à savoir, les relations qui pouvaient exister entre cette variation, entre ces chiffres plutôt et les différents quartiers de la ville, où surtout dans une ville comme Anvers, les populations sont nettement différentes.

Anvers est cosmopolite; nous avons les quartiers du port où règne surtout l'étranger, avec les mélanges de races, des hybrides, conséquence de ce cosmopolitisme. Nous avons les quartiers ouvriers, où règne encore la débilité infantile; et nous avons alors d'autres parties de la ville, où on ne peut pas parler d'indigence, mais de cette classe la plus intéressante, peut-être actuellement, de notre point de vue, l'ancienne bourgeoisie, qui souffre et qui, du point de vue physique, et développement, est la plus atteinte encore que la classe ouvrière.

Eh bien, pour autant que j'en puisse juger, actuellement, la courbe de proportion dans le nombre des dysmorphoses, suit absolument la courbe démographique de la population.

Voici un premier ordre d'observations.

Il en est un second ordre que j'ai mis à profit, à propos de l'initiative prise par la Croix Rouge de Belgique, de constituer un „Centre de Santé” c'est à dire, un agglomérat de consultations, notamment dépistage de la tuberculose, dépistage de l'arriération mentale, bref de tous les compartiments, toutes les modalités, de la médecine préventive. Disons en passant, et ceci est intéressant, que ces différentes consultations sont sous la direction et l'égide d'oeuvres officielles reconnues, au sujet desquelles on a toute garantie au point de vue de la valeur, du

caractère sérieux des recherches et du travail. L'oeuvre nationale de la tuberculose, l'Oeuvre de l'enfance, la Ligue d'hygiène mentale, et pour l'examen dentaire, notre Association.

L'activité de ce centre est donc uniquement d'assurer la documentation et l'établissement des fiches au point de vue de la prévention.

Quoique les médecins chargés de ces dispensaires soient recrutés dans l'élite et surtout parmi la jeune génération médicale, qu'entraîne encore le feu sacré de recherches de la vérité, le début de ma consultation a été ingrat et fortement retardé par une compréhension inexacte du rôle que je remplissais.

Très rapidement, grâce à l'intellectualité de mes confrères, ce rôle s'est précisé, et si je compte pour une mesure pour rien, comme en musique, les quelques premières semaines de fonctionnement, je peux dire qu'actuellement le rôle du Centre de dépistage maxillo-dentaire, est situé à sa véritable place.

Là les résultats sont tout aussi intéressants et constituent une révélation tout aussi complète, non seulement pour nous, mais pour nos confrères. A ce propos également, à une prochaine occasion, je vous apporterai des constatations, des observations extrêmement intéressantes.

Tant au point de vue de l'arriération mentale que dans la lutte pour le dépistage de la tuberculose et la lutte contre la débilité infantile, les fiches que j'ai établies, non seulement confirment le diagnostic spécial aux yeux des médecins, mais surtout pour l'histoire nosographique et l'établissement de la ligne de conduite thérapeutique à suivre, elles confirment les tableaux dont nous sommes convaincus mais au sujet desquels nous avons encore si souvent à emporter la conviction du corps médical.

Et là, de pourcentage de dysmorphoses, de déséquilibres fonctionnels que l'on peut constater, dépasse encore de loin les proportions que nous obtenons dans les classes scolaires. Actuellement, sur un total de 450 examens, j'obtiens une proportion de 78 % de dysmorphose de différents types, constatées.

Eh bien, rien que cela, rien que cet ordre de faits purement

matériels, ces simples observations permettent d'affirmer que la pathologie maxillo-faciale a sa place déterminée dans la lutte, contre la maladie, même dans la médecine préventive, et que par conséquent, elle se pose au même titre qu'elle et même peut être à l'avant-garde de l'organisation de la médecine sociale.

La question qui nous reste alors à poser, est de savoir ce que nous devons faire, pour amener une évolution de l'opinion, tant du côté du public que des oeuvres sociales, qui auront à réorganiser la lutte, dans le sens de la compréhension de ce véritable rôle.

Je n'insiste pas particulièrement sur la nécessité de l'éducation médicale, l'éducation de nos confrères. Je prêcherais certainement des convertis.

Certains auteurs se déclarent adversaires de la vulgarisation. Je suppose qu'ils veulent parler de la vulgarisation des méthodes, et surtout des méthodes à laisser nettement entre les mains du spécialiste. Mais je pense que nous serons d'accord pour dire que c'est notre devoir de vulgariser la tâche sociale que nous avons à accomplir.

Je ne m'étendrai pas non plus sur la question de l'éducation du public, quoique dans ce domaine, peu de choses encore aient été faites. Vous me direz que l'oeuvre que nous avons à établir, ne se bâtit pas en un jour, et que ce qu'il importe avant tout, c'est de faire l'éducation du point de vue hygiène buccale générale. L'éducation du point de vue orthopédique maxillo-facial pouvant se faire ultérieurement.

Cependant j'estime qu'en raison de l'importance des solutions à apporter du point de vue préventif, il ne faudrait cependant pas trop tarder; tout au moins, conviendrait-il de faire des efforts de prospection, dans cet ordre d'idées. Il faudrait que l'on s'entende sur les procédés de propagande et de vulgarisation. On devrait notamment avoir toute garantie sur le caractère de dignité et de discrétion, qui s'impose à une spécialité qui tient à s'honorer comme une autre.

Il importe également d'apporter notre collaboration, notre

participation à l'action médico-pédagogique, au point de vue de l'éducation du public, surtout à l'école.

L'évolution actuelle de la pédagogie, va modifier du tout au tout, révolutionner le rôle de l'instituteur, elle va supprimer les anciennes doctrines pédagogiques purement livresques, purement acrobatie de mémoire, surchargeant les programmes et il est certain que ces méthodes et les doctrines nouvelles, feront en réalité, de l'instituteur, un véritable éducateur du développement intellectuel et physique de l'enfant, établi sur des bases saines.

Cet instituteur sera donc notre collaborateur e plus direct, à cet égard. Beaucoup de médecins l'ont compris, et notamment mon ami et confrère Ledent, de Liège, un des propagandistes de l'éducation physique, et qui a pris, comme premier collaborateur direct, un instituteur. J'insiste sur ce point, parce que plus peut être que les parents, l'instituteur voit, observe les enfants et cela aussi bien que dans les périodes d'attention qu'il sollicite chez son élève, que dans les périodes de laxité physique et intellectuelle. Il a l'occasion, lui qui doit être un observateur au même titre que nous, de dépister toutes les causes d'erreur, de redresser des masses d'habitudes vicieuses, notamment celles que l'enfant contracte à l'école, et peut-être aussi ses malformations par imitation, citées par Dufourmental, et qui peuvent alors se développer sur un champ d'action beaucoup plus grand, en raison du caractère réciproque de l'imitation chez les enfants.

Je m'excuse d'avoir insisté sur le rôle de l'Instituteur, parce que je le considère, de notre point de vue, comme le premier plan.

Au point de vue de la profession, un effort est à faire également et je crois que ici nous pourrions peut-être, très utilement reprendre une question que déjà a été posée à plusieurs reprises, sans être résolue tout à fait; la question de la spécialisation.

Doit-on se spécialiser de façon absolue en orthodontie, ou si ce n'est pas possible, dans quelle mesure doit-on demander au praticien général de s'intéresser à l'orthopédie?

Il est certain que l'idéal serait d'obtenir un nombre de spécialistes absolus, complets, aussi grands que les nécessités de l'état nosographique le réclament.

Mais je crois que c'est là actuellement une utopie. Déjà la question fait la base de toutes les discussions doctrinales dans la profession dentaire, au point de vue du problème purement dentaire; que sera-ce point de vue orthopédie? Aussi je pense que ce n'est pas en ce sens que l'on doit l'engager la discussion, mais surtout en combattant l'erreur que commettent beaucoup de praticiens dentistes généraux, qui se désintéressent de la façon la plus complète de tout ce qui concerne les malformations maxillo-faciales.

Ce qu'il faut obtenir du praticien général, du praticien dentiste général, c'est qu'il rompe avec les erreurs antérieures, tout au moins au point de vue de l'attention qu'il doit apporter à ce problème, et de faire lui-même la discrimination entre le cas qui pourrait être confié à un spécialiste et le cas pour lequel il devra faire quelque chose, ce „quelque chose” devant être décidé dans le sens du vieux principe *primum non nocere*...

Enfin le terrain étant ainsi déblayé, nous avons à envisager notre thérapeutique, dans son présent et dans son avenir, pour savoir dans quelle mesure et de quelle façon nous avons à l'adapter aux nécessités.

Je répondrai ici ce que j'ai répondu au point de vue de l'art dentaire, dans ses rapports avec l'art social: Idéalement la question ne se pose pas, parce qu'il n'y a pas deux médecines, il n'y a pas deux façons de soigner, il n'y a que la bonne et on pourrait dire que l'orthopédie dento-faciale ce que l'on peut dire de l'art dentaire et de la médecine en général, c'est qu'un de nos gros efforts devra être consacré à éviter un état de chose analogue à celui qui est survenu dans d'autres pays, et notamment en Allemagne, résultats précisément à l'opposé de ceux que l'on prétend atteindre, résultats antidémocratiques, qui entraînent la création de deux médecines: une médecine de riches, et une médecine de pauvres. Il faut absolument que l'on réserve tout le caractère nettement scientifique, l'indépendance

de toutes les branches de l'art de guérir, pour faire de l'orthopédie dento-faciale, aussi scientifique, aussi salvatrice et aussi protectrice de la santé publique dans la masse, pour employer le terme général, que dans les classes les plus privilégiées de la société où nous pouvons appliquer les méthodes thérapeutiques les plus perfectionnées. Et même encore, cela est peut-être un idéal, c'est peut-être un but assez élevé, assez éloigné, mais je pense que c'est la directive minima vers laquelle nous devons tendre.

Il faut reconnaître que d'une façon très générale, la thérapeutique actuelle, telle que nous l'appliquons, est un peu faite pour accentuer cette réputation de luxe de notre intervention, dans l'esprit du public et dans l'esprit de nos confrères non spécialisés.

Les traitements sont longs, ils exigent de la part des parents une certaine compréhension, une certaine patience; tout cela entraîne une véritable sélection au point de vue de l'intellectualité. Et c'est un aspect de luxe. Je ne parle pas même encore du point de vue matériel coût des fournitures, etc., qui pourrait se résoudre de différentes façons, je cite notamment celle qui consiste à conserver la propriété des fournitures employées, et à demander tout simplement au patient, une couverture de la valeur de ces matériaux pendant le temps où les enfants les ont en bouche, quitte à les récupérer, à la fin du traitement.

Malgré cela, il n'en résulte pas moins que dans leurs lignes générales, les méthodes que nous appliquons, sont des méthodes qui peuvent paraître d'exception; il n'existe pas de méthode standardisée et il n'est pas possible évidemment de l'appliquer; il en résulte une aggravation de la difficulté de la lutte sociale pour nous, parce que la médecine sociale telle qu'on la conçoit à première vue, est un peu une médecine d'équipe; de la médecine adaptée, organisée en grandes classes, de façon à pouvoir aussi rapidement que possible, répondre aux besoins urgents, et dont l'urgence est surtout représentée par le grand nombre d'intéressés.

Serait-il possible, dans notre domaine, de trouver une solution

conciliant ces deux points de vue, qui, à première vue, peuvent paraître comme très éloignés? J'ai l'impression, que nous devons procéder par limitation et par sélection progressive; d'abord par le diagnostic et ensuite par les possibilités d'adapter telle ou telle méthode.

En effet, le diagnostic nous permettra de choisir en tout premier lieu, toutes les dysmorphoses, toutes les altérations locales, régionales ou générales, en relation avec de grands troubles pathologiques, et qui sont alors au premier chef du ressort de la médecine préventive, de la pédiatrie préventive générale.

Et j'ai l'impression, pour ma part, que dans l'immense majorité de dysmorphoses qui seront ainsi englobées dans le domaine de la médecine sociale, c'est-à-dire limitées aux dysmorphoses menaçant le capital santé, 88 ou 89 % seront comprises déjà dans cette première élimination.

Ensuite, là où une médication, une attitude thérapeutique déjà spécialisée, devra être employée, une seconde sélection pourra être faite par toutes les méthodes qui se justifient de la physiothérapie, climatothérapie, rééducation fonctionnelle. Et à cet égard, et dans cette catégorie-là, je classe toutes les méthodes dont j'ai parlé dans mon rapport au Congrès de Strasbourg 1927, et qui ont surtout pour but de réveiller par des moyens purement physiques c'est-à-dire naturels, les facteurs mis en insuffisance par le processus pathologique.

Enfin, une troisième sélection nous amène alors à la thérapeutique médicale de médecine pure, donc thérapeutique pure, appliquée à certains états pathologiques bien déterminés, à certaines diathèses et qui dans le terrain intermédiaire, entre la médecine préventive et la médecine curative, peuvent fortement améliorer des états en dehors de toute intervention orthopédique, à proprement parler.

Il nous restera un certain nombre de ressortissant aux méthodes orthopédiques pures, ou à notre domaine d'activité, nettement précisé.

Dans ce chapitre, nettement élagué, nettement clarifié nous

aurons toute une série de différenciations encore de distinguées à faire.

Déjà dans mon rapport prérappelé au sujet de la défense des appareils mobiles, je parlais du rôle que peuvent remplir les appareils mobiles, là où pour les raisons d'opportunité, des raisons de situation sociale et autres, il ne nous est pas possible d'appliquer les appareils fixes, délicats et coûteux.

Quant aux cas justiciables de toute la gamme de nos méthodes spécialisées depuis les appareils les plus simples, jusqu'aux travaux de bijouterie, il nous appartiendra encore d'établir leur application avec toutes les garanties nécessaires sur leur rendement.

Et ici je m'explique: Lorsque nous avons affaire à un patient de clientèle privée, nous exerçons sur lui un contrôle bien déterminé, un contrôle certain.

Par contre, dans l'activité de dispensaire, malgré toute mon influence, j'ai l'impression que je n'ai pas, vis-à-vis de cette masse, incompréhensive en général, l'autorité suffisante, qui me laisse toute tranquillité d'esprit, sur le sort d'un appareil d'une certaine délicatesse, exigeant de la part du patient de l'attention des soins. Des désastres se produisent parfois; des appareils bien conditionnés, bien placés dans une bouche de l'enfant, mais sous la responsabilité des parents insuffisamment compréhensifs, amènent quelquefois des accidents réellement effrayants, dans lesquels notre responsabilité n'est absolument pas engagée.

A plusieurs reprises j'ai vu des enfants revenir, après des années d'absence, avec des appareils à ressort, ou à arcs, qui non seulement ont continué leur action après leur période terminale, mais par suite des efforts masticatoires excessifs, l'appareil s'est faussé, et on se trouve en présence de véritables mutilations. Eh bien là, je crois qu'il y a là un pont au sujet duquel nous avons encore à nous armer. Dans le cas où nous n'avons pas une garantie suffisante, nous ne devons pas employer des méthodes qui peuvent nous exposer à de si graves dangers.

Enfin, je voudrais dire un mot de méthodes, que notamment,

en Allemagne, on développe actuellement, d'une façon assez intensive et qui ont la prétention de s'orienter vers la solution sociale de la question, en n'engageant pas la responsabilité du patient; en supprimant ces scrupules, dont je viens de vous parler.

Plusieurs de ces méthodes, notamment sont basées sur des extractions dentaires systématiques. Mon opinion, à cet égard-là, est très hésitante. D'une part, je suis très influencé par l'autorité des auteurs au point de vue scientifique, et d'autre part, par les notions que j'ai toujours entendu développer à l'époque où j'étais élève à savoir que les indications de l'extraction sont strictement limitées, nettement précisées et qu'en dehors de certains cas, notamment ce qu'on a appelé le bi-prognathisme, ou la „mâchoire de nègre”, l'extraction dentaire est toujours contre-indiquée. D'ailleurs, qui dit extraction, dit mutilation et régression; or faire de la régression végétative à une époque où toujours nous devons faire au contraire, du développement végétatif, me paraît être un paradoxe, et je serais heureux d'avoir des opinions plus autorisées, à cet égard, pour savoir sur quelle base plus sérieuse ces thèses sont argumentées. Je pense qu'elles naissent surtout du désir d'obtenir des solutions véritablement sociales, en quelques sorte standardisée, faciles à utiliser, même par un non spécialiste, mais j'ai l'impression que l'on dépasse là un peu, non seulement la mesure, mais la simple vérité scientifique.

Je vous ai proposé, dans ma conception, une véritable sélection de notre activité, sélection progressive et qui va, jusqu'à minimiser notre rôle, jusqu'à réduire les indications de notre intervention, en tant que mécanicien de la mâchoire, à sa plus simple expression.

Je me permets de me mettre cela en parallèle avec ce qui me paraît être l'évolution nette de nos connaissances, évolution qui se précise et qui dépasse non seulement le domaine de la science matérialiste, mais qui va même beaucoup plus haut dans le domaine de la philosophie, peut être même de la spiritualité, car j'ai l'impression de ne pas avoir été très bien compris à cet égard, hier, lorsque je posais au point de vue des caractères,

cette question: „Avons nous le droit d'intervenir?" J'avoue que je faisais en même temps, un peu de philisophie.

Mais, même en dehors de cela, dans les méthodes des scientifiques et purement pathologiques, il est certain que nous allons vers une explication générale d'ensemble des problèmes que nous étudions. Nous croyons déjà avoir agrandi de façon considérable le champ de nos recherches, et quand nous lisons les travaux produits dans d'autres domaines, de la recherche des origines de la vie, on s'aperçoit que ce champ d'action est tellement grand, qu'il dépasse même nos simples conceptions humaines et que là, nous trouvons dans ces lectures, une véritable leçon de modestie, ramenant notre activité à son véritable rôle, à ses vraies limites.

Lorsque nous entendons de Névrezé nous parler de typologie en utilisant une nomenclature identique à celle des astrologues et de l'astrologie moderne, lorsque nous entendons parler des influences des milieux atmosphériques dans lesquels nous vivons, influences climatériques, etc... qui montrent bien que nous en faisons en réalité qu'une partie de ce tout, dans lequel nous vivons, nous en sommes tout de même amené à réduire un peu nos prétentions, et à nous dire que notre rôle doit se limiter; ne pas chercher à dépasser le domaine des possibilités humaines, ni surtout à vouloir en remonter aux grandes et mystérieuses forces de la nature et de l'évolution.

Lorsque à la Société d'orthopedie dento-faciale, je posais cette question: „Doit-on intervenir?" je songeais à certains cas de prognathisme, où notre thérapeutique tend à troubler la filiation d'un type que la nature a voulu. Vue de l'esprit?... philosophie, peut-être, direz-vous...? Je n'en suis pas certain. De même lorsque le type déterminé a amené une atrésie inférieure, nous nous permettons d'intervenir pour rendre à ce maxillaire un volume artificiel, et qui rompra sa filiation. Avons-nous le droit de le faire? Voilà le sens de la question que je posais, que je pose encore aujourd'hui, sans prétendre y répondre autrement que par hésitation.

Messieurs, je vous ai, au fond invité à délimiter le chapitre de

nos activités, et cela semble être une oeuvre tellement altruiste tellement désintéressée, qu'elle va jusqu'à un sacrifice de soi-même. Eh bien, lorsque je dis cela ma pensée se reporte à une conférence du grand Maître de la Chirurgie française, Jean-Louis Faure, et c'est par cela que je terminerai :

Dans cette conférence „L'art et l'esprit de la Chirurgie” conférence qu'il a d'ailleurs répétée dans de nombreux milieux, ce pionnier de la chirurgie, un des artistes du bistouri, un homme qui ne vit dans l'enthousiasme de son art, pour trouver des méthodes toujours perfectionnées, disait en péroration, que nous devons quand même poursuivre ces recherches scientifiques, même si elles doivent aboutir à la disparition de notre art, parce que, disait-il, „au dessus de la chirurgie, il y a la science qui nous en délivrera.’ Et je vous assure que, lorsqu'on voyait ce Maître ponctuer cette affirmation d'un grand geste, qui semblait chasser comme un mauvais rêve, cette science à laquelle il avait consacré toute sa vie, on sentait une véritable leçon, dont nous devons faire notre profit.
