



Bulletin du Service Dentaire des Forces Canadiennes



Les membres du SDFC rendent un dernier hommage à leur Directeur général décédé, le Brigadier-général L.G. Craigie.



Bulletin du SDFC

Volume 17, numéro 1, 1976

Conseil de rédaction

Colonel J.N. Wright
CD, DDS, MScD
Lieutenant-Colonel V.J. Lanctis,
CD, BA, DDS
Lieutenant - Colonel J.F. Begin
CD, BA, DDS, DDPH

Rédacteurs adjoints

Adjudant E.B. Borden CD
École Dentaire
des Forces Canadiennes
Adjudant H.C. King CD
Unité Dentaire 1
Sergent R.W. Boyd
Unité Dentaire 11
Lieutenant P.D. Peterson CD
Unité Dentaire 13
Sergeant A. Gray CD
Unité Dentaire 14
Capitaine A. Higgins
Unité Dentaire 15
Sergent R.L. MacLellan CD
Dépot Dentaire 1
Sergent B.F. Hannay CD
35^e Unité Dentaire de Campagne
Sergent G.P. Lafleur CD
Nouvelles Générales

Publié avec l'autorisation du Brigadier - general W.R. Thompson CD, QHDS,
DDS, FICD.

Le Bulletin sert à l'échange
d'idées, d'expériences et d'informations au sein du Service dentaire des Forces
canadiennes. Les opinions exprimées dans ce Bulletin sont celles des auteurs.
Elles ne sont pas nécessairement partagées par le Directeur général du Service
dentaire ou le ministère de la Défense nationale.

COUVERTURE

Les membres du SDFC rendent un dernier hommage à leur Directeur général
décédé, le Brigadier-général L.G. Craigie.

DANS LE PRÉSENT NUMÉRO

1. In Memoriam
2. La préservation des racines dans la préparation des prothèses amovibles.
7. À propos des tiges analysantes
8. Keratokyste d'Origine dentaire:étude d'une lésion
12. Nouvelles du SDFC
21. Nouvelles Générales
22. In Memoriam

Toute correspondance se rapportant au Bulletin devrait être adressée au:

Directeur général — Service dentaire,
Quartier général de la Défense nationale,
Ottawa, Ontario, Canada.
K1A 0K2

In Memoriam

Brigadier-Général L.G. Craigie, CD, QHDS, DDS, FICD

1917 — 1976

Les membres du Service dentaire des Forces canadiennes ont été bouleversés et profondément attristés à la nouvelle de la mort subite et inattendue de leur Directeur général, le Brigadier-général L.G. Craigie qui est décédé à Borden, le 29 juillet 1976. Pour eux, il était vraiment le Leader, leur source constante d'inspiration, qui aimait son "Corps" à un point tel qu'aucun effort, si pénible soit-il, ne pouvait l'empêcher de maintenir ses nobles traditions et de travailler inlassablement à son progrès. Sa détermination et son caractère exceptionnel contribuèrent fortement aux accomplissements récents apportés au SDFC. Les mots seuls peuvent difficilement décrire le vide qu'a occasionné sa mort auprès de ceux qui l'ont tant apprécié.

Le Général Craigie naquit à Kamsack, en Saskatchewan, le 18 février 1917. Après une année à la Faculté des Arts de l'université de Saskatchewan, il entreprit ses études en art dentaire à l'université de Toronto, d'où il obtint son doctorat en 1943.

Il s'enrolla dans l'Armée canadienne (Corps dentaire) immédiatement après l'obtention de son doctorat et servit dans plusieurs Unités dentaires au Canada jusqu'à la démobilisation en 1946. A ce moment, il entreprit la pratique privée à Moose Jaw pour une période de deux ans.

Sa carrière militaire dans la Force régulière débuta en 1948 lorsqu'il rejoignit l'Armée canadienne en tant qu'officier dentaire. Depuis ce temps, le Général Craigie se distingua à plusieurs fonctions majeures dont le Chef du département de dentisterie opératoire à l'École du Service dentaire à Borden, le Commandant de la 35^e Unité dentaire de campagne en Europe, et plusieurs responsabilités au Quartier général de la Défense nationale y compris Consultant en matière professionnelle, Directeur de dotation et formation du personnel dentaire, et Directeur général adjoint du Service dentaire des Forces canadiennes. Il fut Commandant de l'École du Service dentaire de 1968 à 1973 et fut nommé Directeur général du Service dentaire en novembre 1973.

In Memoriam

Pendant son stage comme Commandant de l'École, le Général Craigie prêta main-forte au Royal College of Dental Surgeons of Ontario en mettant sur pied un programme de ré-éducation professionnelle pour un groupe de dentistes immigrant de la Tchécoslovaquie. Son expérience et son habileté en matière de formation pour les auxiliaires dentaires lui valurent une réputation allant au-delà de nos frontières. Ses nombreuses contributions dans ce domaine servirent aussi à renforcer les bonnes relations existant entre le SDFC et le secteur civil de la profession.

Le Général Craigie mérita la Décoration des Forces canadiennes en 1957. Il fut nommé Fellow du Collège International des Dentistes en 1969 et détint le titre de Chirurgien Dentiste Honoraire de Sa Majesté Elizabeth II. En 1973, il fut investi dans l'ordre de Saint Jean en tant qu'Officier (confrère).

Le service funéraire eut lieu à la chapelle catholique de BFC Ottawa (S), avec enterrement militaire au cimetière Notre-Dame à Ottawa.

En guise d'adieu final au Soldat tombé, les membres du SDFC et les amis et associés militaires et civils de tous les coins du Canada se sont réunis pour offrir leurs derniers hommages et pour reconforter la famille du disparu.

Au nom de tous les militaires qui ont servi avec lui, nous exprimons nos condoléances les plus sincères à son épouse et à sa famille. Notre fierté à son égard ne permettra jamais que son souvenir soit oublié.

Si le Général pouvait lui-même proférer son éloge funèbre, il emprunterait sans doute des paroles semblables à celles prononcées par le Général Douglas MacArthur lors d'une présentation à West Point deux ans avant sa mort:

"Ce jour marque mon dernier appel avec vous, mais je veux que vous sachiez que lorsque je traverserai la rivière, mes dernières pensées conscientes seront celles du Corps, et du Corps, et du Corps". (Traduction du Rédacteur).





MAJOR T.P. LEVY, B.Sc., D.D.S.

La possibilité de préserver les racines des dents dans le but de conserver la hauteur de la crête alvéolaire a récemment stimulé de nombreux travaux de recherche. Elle a été documentée pour la première fois à l'occasion d'un colloque de l'American Dental Association, en 1861¹. Les recherches les plus récentes portent sur la possibilité d'utiliser des racines sous-muqueuses (avec ou sans traitement de la pulpe) pour tenter d'éliminer les difficultés qui résultent de l'attaque bactérienne du complexe radiculaire². Cependant plusieurs cliniciens obtiennent actuellement des résultats acceptables en conservant intentionnellement des racines exposées et, de ce fait, réussissent à préserver l'os alvéolaire tout en obtenant des prothèses dentaires plus stables, mieux supportées et, si désiré, mieux maintenues en place. Leur succès est dû en grande partie à ce qu'il est maintenant possible de prédire avec plus grande certitude les résultats des traitements d'endodontie ainsi que les conséquences de la chirurgie du périodonte et des tissus mous environnants, et à ce que l'on peut maintenant se prévaloir des progrès récents dans les domaines des héli sections dentaires et de la fluorothérapie. C'est l'application clinique de ces progrès, ainsi qu'une simplification initiale des techniques opératoires, par exemple, l'emploi de l'amalgame en certaines circonstances au lieu de l'or coulé, qui rendront sans doute possible la préservation plus systématique des racines.

La préservation des racines dans la préparation des prothèses amovibles

JUSTIFICATION DU PROCÉDÉ

La carie généralisée chez les jeunes, de même que la perte avancée de l'os alvéolaire ou la présence de caries radiculaires chez les patients plus âgés, sont les principales manifestations cliniques qui, habituellement, justifient les procédures exodontiques à caractère non urgent. Cependant, les circonstances sont souvent telles que la rétention de dents dont le rapport couronne / racine a été réduit par des moyens chirurgicaux, constitue un moyen précieux de support pour les prothèses complètes ou partielles. De nombreuses dents jadis condamnées parce qu'elles ne pouvaient résister aux pressions d'une charge occlusale peuvent être sauvegardées et servir de piliers sous la base. Les forces horizontales et de torsion qui s'exercent sur une racine courte, en forme de coupole, sont minimales et même quand on utilise des dents à cuspides de 33 degrés, les forces occlusales qui s'exercent sur le pilier restent essentiellement verticales pourvu que le contact entre ce dernier et la prothèse se limite à son tier occlusal.

Les racines qui servent de piliers augmentent la stabilité d'une prothèse tout en lui offrant un meilleur appui⁵. Elles réduisent les forces occlusales transmises sur les zones édentées et diminuent les pressions qui provoquent la résorption de l'os alvéolaire sous la base. Les racines ainsi conservées préservent la hauteur de l'os alvéolaire et maintiennent fonc-

tionnelle la structure trabéculaire osseuse autour de leurs alvéoles³. Il importe de noter que la membrane périodontaire est une structure beaucoup mieux adaptée que le cortex alvéolaire édenté pour la distribution des forces masticatoires. Il est donc logique que l'on profite de ce caractère fonctionnel du périodonte lorsqu'une prothèse amovible est considérée dans un plan de traitement.

Dans les cas de prothèses complètes, deux piliers (de préférence les canines) ou quatre piliers (canines ou prémolaires, et molaires) à chaque arcade dentaire suffisent pour obtenir le support nécessaire pour une prothèse stable. Les racines-piliers servent d'appuis⁶ à la base des prothèses au moment des essais en bouche et ainsi permettent d'obtenir un enregistrement beaucoup plus précis de l'occlusion. Mais ce qui est plus important encore, la sensibilité proprioceptive et nerveuse du périodonte (en particulier dans la région des canines) est préservée lorsque les racines sont conservées⁴. Ceci permet de déterminer avec plus de précision les différentes positions d'occlusion ainsi que l'ampleur et la direction des charges occlusales. Le résultat final est une mastication plus ferme et mieux équilibrée. En plus, la mâchoire conserve son réflexe périodontaire de protection et élimine les charges excessives d'occlusion par un processus de dépression réflexe de la mâchoire inférieure.

DESCRIPTION DE LA RACINE-PILIER

La racine-pilier typique (Figure 1A) est construite à partir d'une obturation en amalgame placée dans une dent traitée au préalable par endodontie, et dont l'extension extra-radiculaire a été façonnée en forme de coupole située de 1 à 3 mm au-dessus du repli gingival. Les surfaces dentinaires exposées ainsi que l'obturation en l'amalgame sont polies avec soin et reçoivent un traitement au fluor qui est répété périodiquement. Une mobilité radiculaire perceptible mais non excessive peut être tolérée, étant donné le rapport couronne / racine réduit. Cependant, une dent dont la racine est mobile doit être traitée de façon à éliminer tout problème périodontique et doit être protégée par une gencive adhérente adéquate. Beaucoup de dents incapables de supporter les forces engendrées par leurs mouvements d'occlusion normaux peuvent être sélectionnées comme piliers et ainsi apporter une contribution valable dans ce nouveau rôle.

L'utilisation de cette unité de base en amalgame simplifie de beaucoup la technique de restauration de ces racines. Dans une étude portant sur 67 de ces cas et s'étendant de six mois à trois années et demie, Frantz obtint des résultats très acceptables grâce à sa propre technique de prothèse à recouvrement ("overdentures"). La technique du pilier en amalgame est très adaptable et peut s'effectuer le jour même de l'intervention chirurgicale dans la cadre d'une procédure immédiate.

Bien que l'obturation en amalgame soit souvent reconnue comme une restauration intermédiaire sujette à être remplacée par la chape courte coulée en or (Figure 1B), il est justifiable, à mon avis, d'envisager le pilier en amalgame comme une restauration permanente pourvu qu'une fluoro-thérapie efficace soit maintenue de façon assidue (tel que décrit plus loin).

Néanmoins, la chape courte coulée augmente la résistance à l'usure du pilier et assure aux surfaces dentinaires exposées une plus grande protection contre la carie récidivante. Elle peut aussi renforcer une dent mutilée par des travaux endodontiques ou par une carie radiculaire. Les chapes coulées sont considérées comme nécessaires dans les cas de traitement par sectionnement des molaires lorsqu'il en résulte une architecture proximale anormale. L'emploi de chapes coulées augmente la durée et le coût du traitement et, pour cette raison, devrait être réservé pour les cas bien spécifiques où il se présente un besoin de renforcer un pilier.

Lorsque la prothèse envisagée exige une rétention plus grande, on peut employer une chape longue mesurant de 3 à 5 mm de hauteur (Figure 1C) ou encore toute une gamme de connexions mâles / femelles extra et intra-radiculaires (Figure 1D)⁸. Cependant, ces techniques requièrent un renfort métallique placé à l'intérieur de la base de la prothèse, en plus des connexions incorporées à la partie coulée de cette même prothèse. Il ne faut envisager ces complications supplémentaires que pour les cas exceptionnels et seulement si la racine-pilier possède un support osseux suffisant.

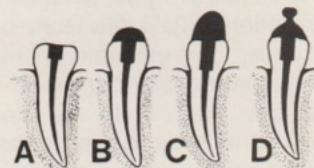
INDICATIONS PARTICULIÈRES POUR LA PRÉSERVATION DES RACINES

Dans presque tous les cas, la crête qui contient une ou plusieurs racines est préférable à un rebord alvéolaire résiduel. Dans certains cas particuliers, l'utilisation de racines-piliers rend de façon incontestable un service au patient beaucoup plus satisfaisant et plus durable.

Il arrive souvent, et pour nombre de raisons valables, qu'une réhabilitation complète de la bouche s'avère impossible ou impraticable. Ainsi, l'adolescent qui souffre de caries évolutives et l'handicapé

mental qui ont toujours négligé leur hygiène dentaire et qui risquent de perdre les dents naturelles qui leur restent, profiteront bien plus d'un dentier à recouvrement que de prothèses ordinaires⁹. Il faudra en fait que cette prothèse, ainsi que celles qu'ils devront éventuellement porter plus tard, puissent rester en place pendant cinquante ans ou même davantage. On réduira le plus possible la perte de l'os alvéolaire en utilisant deux (de préférence des canines) ou quatre piliers dans chaque arcade. Le pronostic sur la rétention à longue échéance de ces racines n'est peut-être pas des plus favorables; cependant, on ne perd que très peu s'il faut les extraire plus tard. En effet, étant donné que la mise en place de prothèses chez les jeunes laisse présager que le patient deviendra un adulte complètement édenté qui aura perdu presque toute la crête alvéolaire capable de supporter une prothèse, toute procédure permettant d'éviter pendant une période plus ou moins longue l'extraction complète présente des avantages incontestables qui méritent d'être considérés.

Dans les situations où les dents naturelles (habituellement mandibulaires) sont les antagonistes de prothèse complète et qu'en plus il y a absence d'occlusion postérieure (Figure 2), le gros de la charge occlusale se répartira sur le rebord antérieur édenté. Ce "martèlement" de la partie antérieure de la crête du maxillaire par les dents mandibulaires naturelles entraîne rapidement une résorption alvéolaire qui finit par empiéter sur les structures osseuses sous-jacentes du maxillaire, telles que le trou incisif, la partie antérieure de l'épine nasale (Figure 3) et l'os malaire. Le rebord supérieur édenté n'est d'ordinaire pas en mesure



Variations dans la préparation des racines-piliers: A. Restauration de base en amalgame (1-3mm de hauteur); B. la chape courte coulée (2-3mm); C. La chape longue coulée (3-5mm); D. le "Quinlivan Snapper", une des variétés de connexions mâles/femelles disponibles.

de résister aux charges occlusales qu'exerce l'arcade antagoniste munie de toutes ses dents, et même lorsqu'on a modifié l'occlusion postérieure, l'usure normale de la prothèse et les changements à l'arcade postérieure inférieure provoquent à la longue un affaiblissement du support occlusal postérieur. En pareilles circonstances, les avantages à longue échéance de la préservation des racines deviennent évidents (Figure 4).

La préservation des racines des dents mandibulaires peut atténuer le problème de l'instabilité des prothèses à l'arcade inférieure et, dans certains cas particulièrement difficiles, elle peut, si nécessaire, être entreprise de façon à augmenter le degré de rétention (Figure 5). C'est dans la mandibule dont le périodonte est atteint que la préservation des racines donnera les résultats les plus remarquables (Figure 6.)

Les patients qui souffrent de défauts congénitaux ou acquis, par exemple d'une fissure au palais, d'oligodontie, de microdontie, de dysostose cléidocrânienne ou d'un prognatisme mandibulaire intraitable chirurgicalement, peuvent souvent bénéficier d'une technique de prothèse à recouvrement. Dans de tels cas, on utilise toutes les dents récupérables¹⁰.

La plupart des prothèses à selle en extension peuvent aussi bénéficier de support radiculaire. Il importe donc de considérer cette possibilité lors du plan de traitement. Dans le cas d'une prothèse partielle Classe IV[~] (Kennedy), des racines-piliers peuvent contribuer beaucoup au point de vue stabilité, surtout si l'espace édenté est long et les forces occlusales sont importantes.



Figure 6. La conservation des racines dans l'arcade mandibulaire peut rehausser de façon marquée la stabilité d'une prothèse inférieure.

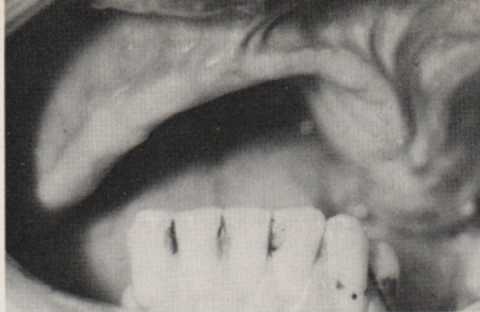


Figure 2. Résorption typique à la partie antérieure du maxillaire supérieur causée par un défaut de distribution des forces masticatoires résultant du manque de remplacement prothétique dans la région postérieure.

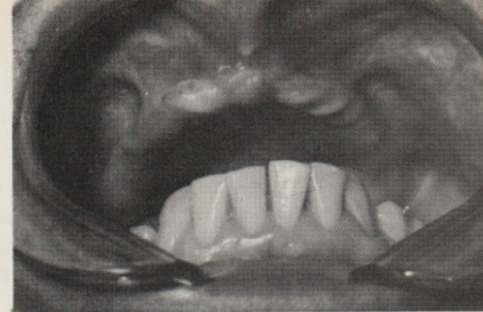


Figure 3. Perte quasi complète de la crête alvéolaire chez un militaire de 45 ans ayant perdu ses dents à l'âge de 17 ans. On peut constater l'empiètement causé sur le trou incisif, l'arcade zygomatique et l'épine nasale. Ce patient possédait toutes ses dents inférieures.

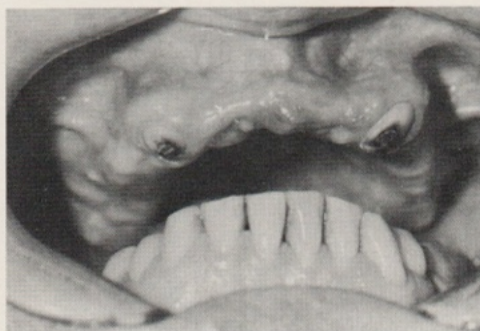
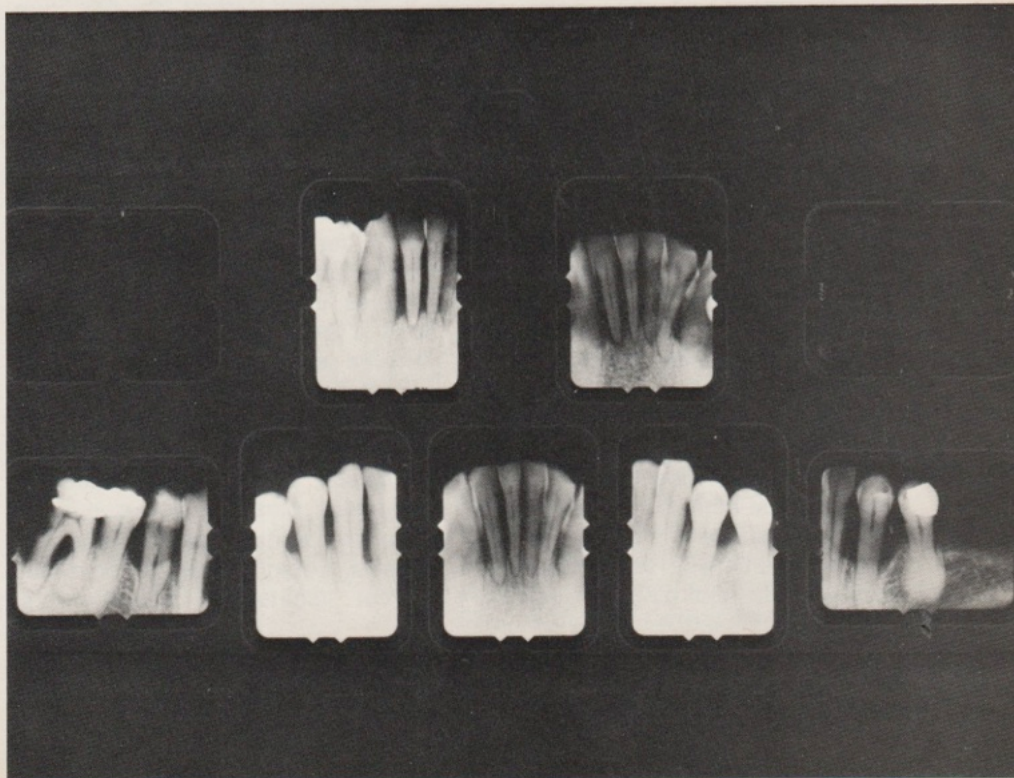


Figure 4. La rétention des canines supérieures face à une dentition normale inférieure. À noter que la crête entre les canines présente déjà une légère résorption causée par un partiel temporaire en acrylique.



Figure 5A et 5B. Grâce à un traitement d'endodontie réussi, la rétention des deuxièmes prémolaires inférieures comme racines-piliers pourrait compenser pour la perte évidente d'os alvéolaire et procurer un support adéquat pour une prothèse.



CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES

Les techniques de prise d'empreintes pour les prothèses à recouvrement sont les mêmes que celles employées pour les prothèses conventionnelles sauf qu'il faut prendre en considération les surfaces retentives des racines conservées comme piliers. A moins que ces parties en retrait ne soient éliminées grâce à des changements de plan d'insertion, les matériaux à impression rigides sont difficile sinon impossible à employer. Dans la plupart des cas, un matériau à base de caoutchouc mercaptan régulier serait le matériau de choix. Lorsqu'on emploie un porte-empreinte individuel en résine acrylique, il est déconseillé d'effectuer un moulage périphérique au "compound" vert dans les parties en retrait, sauf dans le but d'obtenir une extension du porte-empreinte jusqu'au niveau du bord anticipé de la prothèse. Le porte-empreinte est perforé dans les endroits correspondants aux parties en retrait afin d'augmenter l'adhésion physique du matériau au porte-empreinte et d'éviter la production involontaire d'espaces vides¹¹. Autrement, une technique conventionnelle de prise d'empreinte avec les matériaux à base de caoutchouc, avec emploi de substance adhésive appropriée, s'applique dans ces cas.

Lorsque les piliers sont préparés le jour même de la chirurgie, une prothèse à recouvrement immédiate peut être rapidement rebasée dans les parties en retrait (car ces dernières ne pouvaient qu'être dessinées de façon approximative sur le modèle original)¹². De la résine acrylique à polymérisation à froid est employée localement et les excès sont expulsés par des voies d'échappement perforées à même les surfaces labiales et linguales du rebord de la prothèse.

Lors de l'insertion, il est important de bien ajuster le contact entre la surface interne de la prothèse et les racines-piliers. La région du repli gingival doit être

libre de tout contact avec la prothèse. Ce contact doit se limiter à un point d'appui vertical situé au tiers occlusal de la racine-pilier. Ceci permet de légers mouvements de rotation autour de la zone de contact en forme de coupole, en réponse aux forces horizontales ou de torsion provenant d'une résorption de la crête alvéolaire à quelque autre endroit dans l'arcade. Ainsi les forces transmises à la racine-pilier doivent demeurer essentiellement verticales.

La détérioration du périodonte d'une part et les caries radiculaires d'autre part sont les principales causes d'échec en ce qui regarde le pronostic des racines-piliers; par conséquent, le succès à long terme de la préservation des racines dépend principalement de la motivation du patient et des efforts qu'il déploiera pour éliminer la plaque dentaire. Selon la dextérité du patient et la forme du pilier, plusieurs aides d'hygiène dentaire peuvent être utilisées: la brosse à dents, la soie ou le ruban dentaire non ciré, le fil de laine ou de nylon torsadé, la brosse interproximale étroite, les tampons de gaze et les cachets révélateurs.

La protection des surfaces dentinaires exposées à l'aide de matières chimiques est aussi d'importance majeure. Les recherches effectuées par Shannon¹³ ont révélé que l'application fréquente de solution de fluorure stanneux à faible concentration sur la dentine exposée empêche la destruction des racines par la carie. Shannon et Cronin recommandent l'utilisation d'une technique qui consiste à appliquer, localement et par traitements séquentiels de 2 minutes, une solution à l'AFP à 2%, suivi d'une application de gel de fluorure stanneux frais à 0.4%¹⁴. La prothèse peut servir de plateau aux solutions employées. Il a été démontré que cette technique combinée assure une protection nettement plus efficace que celle obtenue avec des traitements simples. Lorsque cela est possible, il faut répéter le traitement à

intervalles de 3 mois. Il convient de prescrire aussi l'utilisation quotidienne d'un gel au fluorure stanneux à 0.4% ou d'un collutoire au fluorure vendu commercialement. Le patient peut facilement préparer lui-même la solution fraîche de fluorure stanneux à 0.4% à partir d'un concentré stable à base de glycérine (5.33%) mélangé dans le cabinet du dentiste.

RÉSUMÉ

La préservation des racines a ses applications les plus prometteuses chez le patient qui a subi une perte généralisée et avancée de l'os périodentaire. Il y a lieu d'espérer qu'en insistant davantage sur la prévention et sur les traitements conservateurs, les adolescents complètement édentés deviendront une rareté clinique. Quoiqu'il en soit, la préservation des racines constitue une possibilité de traitement qu'il ne faut envisager que lorsque tous les efforts pour maintenir la fonction occlusale naturelle de la dent ont échoué.

La préservation des racines constitue alors une alternative logique pour empêcher qu'un segment de l'arcade dentaire ne devienne complètement édenté. Non seulement les racines-piliers contribuent à préserver la santé de tous les tissus buccaux en présence d'une prothèse, mais de plus elles améliorent la stabilité et la fonction de cette dernière. La racine-pilier typique en amalgame présente en général tous les avantages des racines préservées et offre des résultats cliniques acceptables et relativement constants, sauf dans les cas où il faut résoudre des problèmes spécifiques de rétention.



PAR LE SERGENT A. SCHUH, CD

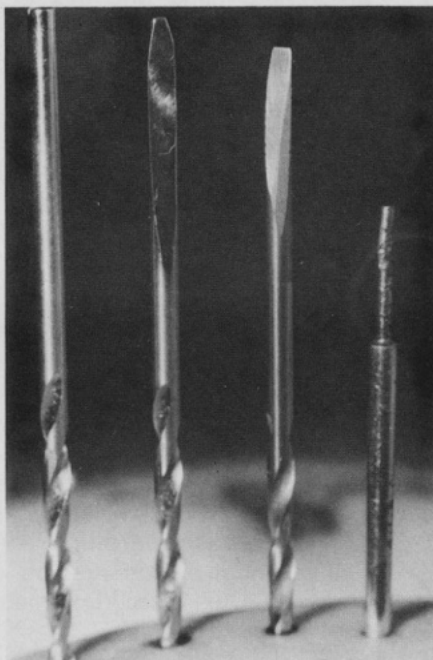
Mon expérience des tiges analysantes et des ciseaux pour paralléliseurs traditionnels m'a amené à conclure que les modèles actuellement disponibles comportent un certain nombre de défauts importants. Voici, à mon avis, certains de leurs inconvénients les plus évidents:

1. En raison d'une erreur de conception, la jonction entre la pointe et la tige de l'instrument présente une défectuosité qui provoque l'échauffement de la pointe effilée et fragile, ce qui l'affaiblit, la courbe et la corrode. Or, avec une tige analysante courbée et corrodée il est difficile, voire impossible, d'obtenir une surface lisse et précise.
2. La mauvaise qualité du métal utilisé semble prédisposer l'instrument au cintrage et à la corrosion.
3. La longueur effective de la pointe devrait, elle aussi, être modifiée car elle n'est pas satisfaisante. Les tiges analysantes actuellement disponibles se révèlent souvent trop courtes pour permettre d'atteindre les recoins les plus profonds des surfaces rétentives.

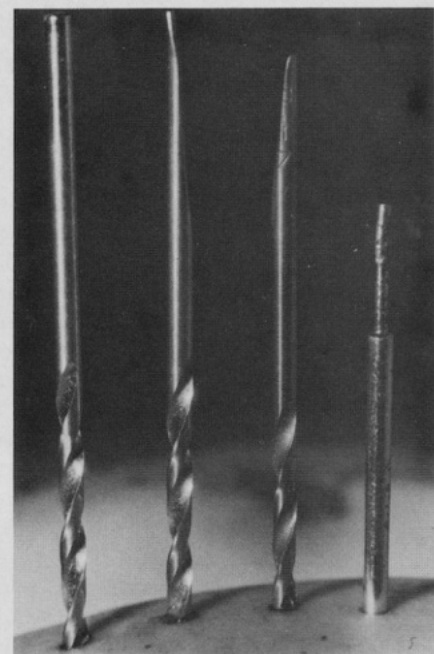
On peut remédier facilement à ces inconvénients en modifiant une fraise de 1.9 mm de diamètre et de 5 cm de long. Une extrémité de la fraise peut être effilée (voir les photos), ce qui améliore l'accès vers les zones de rétention autrement inaccessibles, et permet de

À Propos Des Tiges Analysantes

mieux lisser la cire et de travailler avec plus de précision les surfaces profondes. En raison de sa plus grande épaisseur, la fraise métallique présente aussi moins de risques de cintrage et de déformation.



Adaptation de forets en acier comme "Tiges de Paralléliseur". La longueur ainsi que la surface de l'instrument peuvent être modifiées selon les besoins.



"Tiges de paralléliseur" vue latérale — à noter la courbure et la corrosion sur la tige conventionnelle.

NOTE DU RÉDACTEUR:

Le sergent "Fred" Schuh est présentement technicien de laboratoire à la BFC de Chilliwack, C.B. Le Comité de rédaction souhaite encourager tous les membres du SDFC à lui faire parvenir de courts articles de ce genre relatant leurs expériences, rendant compte d'opinions et présentant des suggestions qui, pour diverses raisons, ne se prêtent pas toujours à une présentation plus élaborée. Ces contributions pourraient être recueillies et publiées régulièrement dans une section spéciale du bulletin, si leur nombre justifie l'adoption d'un format de ce genre.



MAJOR G.R. NYE,
CD, BA, BSC, DDS

REVUE DES PUBLICATIONS PERTINENTES

Le terme kératokyste d'origine dentaire ("odontogenic keratocyst") fut introduit par Philipsen en 1956, et en 1963 Pindborg et Hansen décrivaient certaines de ses caractéristiques cliniques et radiologiques¹. Cette lésion peut se présenter sous une forme simple ou lobulaire et elle peut être solitaire ou multiple.

Le kératokyste est souvent associé au syndrome des naevi à cellules basales (qui se manifeste principalement par (a) des naevi multiples à cellules basales, (b) des kystes maxillaires, (c) des anomalies aux vertèbres et aux côtes et (d) des calcifications crâniennes ectopiques)². La forme multiloculaire du kératokyste d'origine dentaire présente, à la radiographie, un aspect semblable à celui de l'améloblastome¹ et du myxome². Et, du fait que ce type de kératokyste est très souvent récurrent, il a fait l'objet d'une attention considérable. Ainsi, de nombreuses études rétrospectives ont été entreprises pour mettre en évidence les caractéristiques principales de la lésion. L'auteur a analysé cinq de ces études et en a résumé les données dans un tableau qui rend compte de la fréquence du kératokyste d'origine dentaire. (Tableau I)

RÉSUMÉ DU TABLEAU *

Moins de 10% de tous les kystes d'origine dentaire observés étaient des kératokystes. Ils sont légèrement plus fréquents chez les hommes que chez les femmes et, dans leur forme solitaire, ils sont nettement plus répandus chez les hommes. Dans la majorité des

Kératokyste D'Origine Dentaire Etude D'Une Lésion

cas, la lésion apparaît pendant la deuxième et la troisième décennie. Elle se présente le plus souvent dans la mâchoire inférieure, au niveau de la troisième molaire. On a noté dans une des études citées³ que la forme solitaire a une prédilection pour la région antérieure du maxillaire supérieur.

Le taux de récurrence se situe entre 24% et 45%, sauf dans l'étude réalisée à Harvard par Guralnick^{6,7}, qui fait état d'un taux de récurrence de 15.4%.

ÉTUDE D'UN CAS

Un jeune élève officier blanc de 19 ans, en bonne santé, se présente chez le dentiste de la base à l'occasion d'une visite dentaire. Il se plaint surtout d'une enflure à la mâchoire supérieure, du côté droit, qui lui laisse un mauvais goût dans la bouche.

L'enflure n'est pas visible de l'extérieur, mais l'examen intra-buccal révèle une petite boursofflure rougeâtre, avec une fistule s'écoulant sur la face buccale de l'arcade droite du maxillaire, entre la canine et la première prémolaire. L'examen révèle aussi une légère expansion de l'os à cet endroit. Le reste de la cavité buccale est dans un état normal et la dentition du patient est en bonne condition.

ÉVOLUTION

L'histoire dentaire du patient indiquait que l'enflure était apparue quelque 48 heures avant la visite chez le dentiste et que l'écoulement avait commencé la veille.

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE

Des radiographies périapicales et occlusales révèlent la présence d'une grosse masse radioclaire en forme de poire renversée, avec divergence des racines de la canine et de la première prémolaire (Figure 1). Une perforation buccale est observée près de la crête alvéolaire.

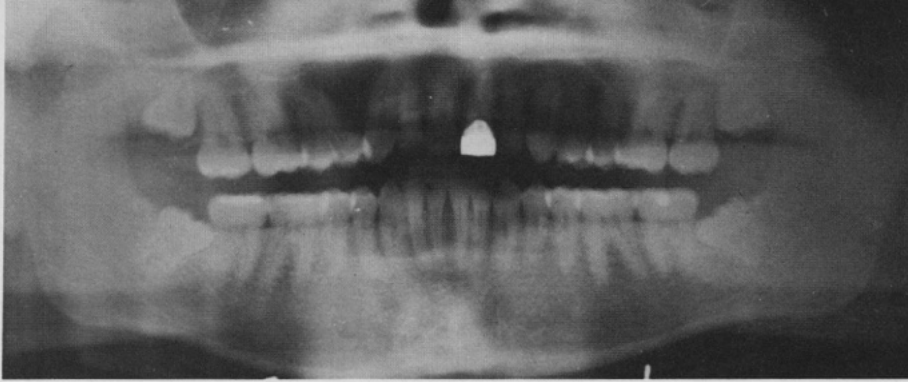


Radiographie préopératoire du maxillaire démontrant la lésion.

AUTRES EXAMENS PRÉ-OPÉRATOIRES

1. Prélèvement d'un spécimen d'exsudat purulent.
2. Examen des dents adjacentes à la lésion pour en déterminer la vitalité ainsi que la présence possible de caries.
3. Examen radiographique de type panographique (Figure 2).

Diagnostic provisoire: Kyste résiduel d'une dent primaire.



Radiographie préopératoire obtenue avec le système panelipse et visant à déterminer la présence de kystes odontogéniques additionnels.

ADMISSION À L'HÔPITAL

Les dispositions nécessaires sont prises pour faire admettre le patient au service dentaire de l'Hôpital des Forces canadiennes de Kingston en vue de l'excision de la lésion et de l'avulsion de ses 3èmes molaires incluses. Au moment de l'admission, le patient présente une température normale. Cependant, comme le prélèvement contient des streptocoques hémolytiques alpha, il est décidé de protéger le patient à la Pénicilline V pendant la durée de l'hospitalisation et pendant les cinq jours qui suivent l'intervention. L'histoire médicale du patient ainsi que les examens routines de laboratoire n'indiquent aucun antécédant problématique.

L'INTERVENTION

Le patient est amené à la salle d'opération et reçoit une anesthésie générale par la voie naso-endotrachéale. Un tampon pharyngé est mis en place. Pour éviter l'hémorragie, 3,6 cc de Xilocaine à 2% avec 1 / 100,000 d'épinéphrine sont injectés dans le repli muqueux au-dessus des prémolaires. Un lambeau de fibro-muqueuse est soulevé à partir du milieu de la canine jusqu'à la 2ème molaire. La lésion est aperçue à travers une fenestration de l'os cortical du côté buccal, et pour y accéder, on procède à un curetage prudent de l'os déjà aminci. Ce curetage complet du revêtement mince provoque l'exsudation d'un liquide séreux jaunâtre. La zone opératoire est ensuite irriguée, les copeaux osseux sont éliminés et l'alvéole est reconstituée à la lime à os. Le lambeau est suturé au fil de soie noire 3-0. Le tampon pharyngé est retiré et le patient quitte la salle d'opération en bonne condition.

ÉVOLUTION POST-OPÉRATOIRE

Le patient reçoit les soins post-opératoires habituels et le traitement à la pénicilline est poursuivi. Une guérison initiale de première intention suit le cours prévu. Le patient est examiné et radiographié six semaines, six mois et un an après son opération.

RAPPORT DU PATHOLOGISTE*

"...Examen macroscopique: Le spécimen prélevé était un fragment de tissu mou en forme de petit sac ouvert mesurant 15x6x12mm. L'examen histologique fut pratiqué à partir de sections représentatives.

Examen microscopique: Les coupes révèlent une paroi kystique revêtue d'épithélium squameux stratifié parakératosique. La couche de cellules basales présente une nette configuration en colonnes. La paroi se compose de bandes collagènes qui contiennent ce qui semble être des kystes ou évaginations secondaires au kyste principal qui sont remplis de kératine. La paroi contient aussi de îlots d'épithélium.

DIAGNOSTIC:

Tissu prélevé du maxillaire —
Kératokyste d'origine dentaire.

NOTE DU PATHOLOGISTE:

Le kératokyste d'origine dentaire n'est pas encore très bien décrit dans les manuels actuels. Il présente une tendance marquée à la récurrence et à la croissance continue. Il est donc nécessaire de suivre les patients qui en ont été atteints..."

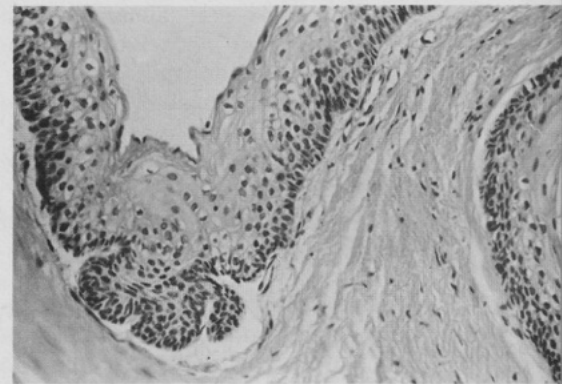
Lorsque le rapport du pathologiste a été reçu, la possibilité d'un syndrome de naevi à cellules basales a été envisagée, mais tous les résultats obtenus pour confirmer ce diagnostic ont été négatifs.

DISCUSSION

Aucun signe clinique ne faisait soupçonner la présence d'un kératokyste. Cependant, à la radiographie, la lésion paraissait nettement contenir une membrane kystique et présentait l'aspect en forme de poire renversée particulier à bon nombre de lésions kystiques qui se présentent entre les dents de la région antérieure du maxillaire.

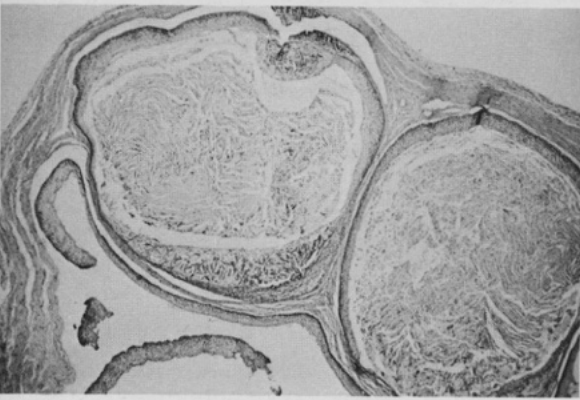
Rétrospectivement, l'observation d'une mince paroi kystique friable pendant l'excision de la lésion constituait un indice significatif et typique du kératokyste d'origine dentaire.^{13,4,5,6}

Au point de vue histologique, les matières analysées étaient caractéristiques du kératokyste d'origine dentaire^{5,6,8} (Figure 3):



Kératokyste d'origine dentaire —
Détail de la paroi 63X grandeur
originale (Photographie 3X la micro-
photographie).

* Tiré mot pour mot du Rapport de Pathologie No. 1142-74, Université de Toronto, 4 Novembre 1975 (traduction du rédacteur).



Kératokyste d'origine dentaire — Kystes secondaires remplis de kératine (kystes satellites). 10X grandeur originale (photographie 3X la microphotographie).

- 1) Le revêtement était très mince (presque partout de l'ordre de 6 à 8 cellules d'épithélium squameux stratifié avec absence de digitation épithéliale);
- 2) La couche des cellules basales était très différenciée et présentait un aspect en colonnes (tel que fréquemment observé dans de pareils cas);
- 3) Les cellules de la couche épineuse avaient un aspect vacuolisé (dû à l'existence d'oedème intracellulaire);
- 4) La kératinisation de l'épithélium était parakératosique;
- 5) Aucun signe d'inflammation n'a été décelé sous la couche basale (aucune inflammation n'a été rapportée et aucune n'est apparue sur les microphotographies);
- 6) La capsule se composait de tissu fibreux (voir l'illustration de la capsule complète à la Figure 4);
- 7) La cavité kystique contenait de la kératine desquamée.

La présence constatée de kystes secondaires (kystes satellites,^{1,8} microkystes^{3,5}) contenant de la kératine est illustrée à la Figure 4. Il s'agit là d'un bon exemple de la phase initiale de maturité avec prolifération du microkyste satellite, parce qu'il présente toutes les caractéristiques histologiques du kératokyste. À un stade ultérieur, le kératokyste s'aplatit et la couche basale est bien moins définie. Pendant la troisième phase, l'épithélium et les cellules géantes

qui entourent les masses de kératine disparaissent totalement⁸. Panders et Hadders n'ont pas décelé de microkystes dans leur étude des légions solitaires. Payne⁵ a indiqué que ces "microkystes" sont peut-être la cause de la récurrence, mais Browne⁸ n'a pu établir de corrélation entre la présence de "kystes satellites" et la récurrence.

Rud et Pindbord⁴ ont attribué le taux de récurrence élevé qu'ils ont constaté (33%) au fait qu'ils se sont attachés à sauver les dents adjacentes (ou à éviter d'endommager le nerf mandibulaire). Étant donné que les dents adjacentes à la lésion décrite sont restées vitales, on peut s'attendre à une récurrence de cette lésion.

L'énucléation totale et la suture immédiate constituent le traitement de choix des lésions survenant au maxillaire antérieur^{4,6}. Dans le cas présent, les examens cliniques et radiographiques post-opératoires ont indiqué une guérison normale et une régénérescence osseuse satisfaisante. Il faut se rappeler, cependant, que des récurrences se sont produites même après trois ans et, pour cette raison, il est recommandé de suivre les patients ainsi traités pendant les cinq années qui suivent l'intervention⁸.

RÉSUMÉ

Un examen rapide de la littérature publiée au sujet de l'incidence du kératokyste d'origine dentaire a été présenté et un cas de kératokyste solitaire a été décrit.

Les caractéristiques cliniques et histologiques de ces lésions ont été analysées. La tendance de cette lésion à la récurrence a été soulignée et la nécessité de suivre les patients opérés a été notée.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier ici le Dr. R.J. McComb, pathologiste buccal, de son rapport et de ses microphotographies, le Major H.A. Chestnut (retiré) de ses conseils et de son assistance lors de l'intervention chirurgicale, et M. Charles Pearson qui a bien voulu préparer les photographies qui illustrent le présent article.

*TABLEAU No.1

Auteurs	Nombre de kystes d'origine dentaire étudiés	Kératokystes Observés	% des Kératokystes	Sexe Homme/Femme		Décennies d'occurrence	Emplacement Max. Inf./Max. Sup.		Taux de récurrence
Rud et Pindborg ⁴	367	21*	5.5	11	10	20 – 40	57%	43%	33%
Browne ¹	537	90**	7.6	38	26	10 – 30	82%	18%	25%
Payne ⁵	1313	103***	7.8	38	40	20 – 30	65%	28%	45%
Donoff, Guralnick et Clayman ⁶	326	16	4.8	8	8	10 – 30	75%	25%	15.4%
Panders et Hadders ³	512	28****	5.7	21	7	10 – 30	—	—	13.7%

* Sept lésions au maxillaire inférieure présentèrent un aspect multiloculaire ressemblant l'améloblastome.

** Cette incidence fut établie à partir de 41 sur 537 cas consécutifs étudiés; 49 autres cas furent aussi examinés; les données relatives au sexe et à l'emplacement sont incomplètes.

*** Seulement 85 cas sur 103 furent étudiés; trois cas n'indiquèrent pas le sexe impliqué et sept pourcent des cas ne mentionnèrent pas l'emplacement; seulement 20 cas bénéficièrent d'observation post-opératoire.

**** Ces auteurs se sont limités à la revue des kératokystes solitaires uniquement.

Nouvelles du SDFC



Nouvelles de la Division

Le Brigadier-général L.G. Craigie et le Colonel W.R. Thompson se sont rendus aux États-Unis en juin pour assister aux cérémonies de remise des diplômes à deux stagiaires post-universitaires du SDFC.

Le Général Craigie s'est rendu à titre d'invité d'honneur à l'Institut de pathologie des Forces armées du Centre médical militaire Walter Reed, à Washington, pour assister aux cérémonies de remise des diplômes aux candidats qui suivaient le cours de Théorie et Science avancées de la Pratique dentaire. Cette cérémonie s'est déroulée le 16 juin 1976 et le Major P.R. Darlington du SDFC a été l'un des heureux diplômés ayant reçu leur certificat officiel à cette occasion. Le Major-général S.N. Bhaskar, Chirurgien-général adjoint et Chef du Corps dentaire de l'Armée américaine, a remis les certificats aux diplômés et s'est entretenu ensuite avec le DGSD de questions dentaires et militaires d'intérêt commun.

Le Colonel Thompson s'est rendu à Fort Dix au New Jersey, pour représenter le Directeur général aux cérémonies de remise

des diplômes qui se sont déroulées le 25 juin 1976, entre autres pour le Major G. Gunther qui achevait un programme de résidence en dentisterie générale de deux ans. Le Colonel Thompson a aussi été reçu par les membres du personnel du Service dentaire de Fort Dix et cette rencontre a permis un échange de vues sur les problèmes de dentisterie militaire qui se posent de part et d'autre de la frontière.

Par ailleurs, le Capitaine L. Hatcher est enfin arrivé à la Division le 15 juin 1976, après une longue période d'indécision quant à la date exacte de son affectation. Le Capitaine Hatcher dirigera le Service des acquisitions et des besoins en équipement de la Direction des plans et besoins dentaires, en remplacement du LCol Jim Fletcher qui prendra sa retraite d'ici quelques semaines. Comme si les choses n'étaient pas suffisamment compliquées, l'Adjudant-maître Tom Sullivan, qui était le deuxième membre de l'équipe des acquisitions a aussi quitté la Division pour assumer d'autres fonctions au sein de la DPSCU. L'été s'annonça plutôt pénible pour nos collègues au deuxième étage!



Nouvelles de l'ESDFC

ADJUDANT E.B. BORDEN, CD

VISITES

Les membres de l'Académie de dentisterie de Toronto ont visité l'ESDFC le 10 mars 1976.

Les élèves du cours DDPH de l'Université de Toronto se sont rendus à l'École le 12 mars 1976.

Mme Galbraith du Georgian College d'Orillia, est venue visiter l'École le 6 avril 1976, accompagnée de ses élèves assistants-dentaires.

"Robbie" Robertson, un ancien officier de laboratoire, a visité l'ESDFC, le 1er mars 1976, accompagné de deux autres membres du laboratoire dentaire Shaw de Toronto, pour recueillir des informations sur les techniques de formation du personnel de laboratoire.

Le 17 mars 1976, l'ESDFC a accueilli les membres du personnel de la section chirurgicale de l'hôpital de la Base et un groupe de médecins de Barrie, Ont.

Les 18 et 19 février 1976, le Major D. Jones, périodontiste à la BFC Trenton, a été le conférencier invité au cours clinique des Officiers tenu à l'ESDFC.

AFFECTATIONS TEMPORAIRES

Le Major J.D. McCallum a assisté à la réunion de l'American Society of Oral Surgery, qui s'est tenue à la Nouvelle-Orléans les 3 et 4 avril 1976.

Le Major G.A. Ames a assisté au Mid-Winter Meeting de l'American Dental Association, qui s'est tenue à Chicago du 15 au 18 février 1976.

Le Major E.D. Cragg a été le conférencier invité du quatrième Colloque annuel sur les soins dentaires et à la Conférence de la 11ème Unité dentaire tenus à la BFC Esquimalt le 5 février 1976.

COURS D'HYGIÉNISTE DENTAIRE 725-6B

Ce cours a été donné du 9 septembre 1975 au 17 mars 1976. Cette année, les candidats diplômés ont été: Sergent E. Barnes, Sergent (W) M. Fletcher, Sergent D. Frerichs, Sergent T. Girdlestone, Sergent J. Labrosse et Sergent M. Williams.

Pendant le cours, les candidats ont traité plus de 350 patients réguliers. De plus, ils ont dispensé des traitements préventifs à environ 150 enfants de militaires.

Vers la fin du cours, les candidats ont fait trois démonstrations (fabrication des protège-dents, polissage de l'amalgame et affûtage des instruments), à l'intention du personnel de l'ESDFC, de l'Académie dentaire de Toronto, et des élèves qui suivaient le cours d'hygiène dentaire publique de l'Université de Toronto.

Les Sergents Fletcher et Barnes ont été choisis pour présenter leur démonstration sur la fabrication des protège-dents à la Convention de l'Association dentaire canadienne qui doit se réunir à Edmonton, Alta en septembre 1976.

Le Sergent Barnes, assisté du Sergent Girdlestone, a dirigé le défilé des diplômés.

COMMENT FONCTIONNE VOTRE "WANG"?

Trois membres du personnel de l'ESDFC ont passé trois journées aux Laboratoires WANG (Canada) Ltd., à Toronto, pour apprendre tous les trucs de notre équipement le plus récent.

La "WANG" est vraiment le nec plus ultra des machines à écrire, dites "machines de traitement des mots", qui est capable de taper, d'enregistrer, de mettre en mémoire et de taper à nouveau l'information qui lui est présentée. Le Sergent L. Garnett, Mme B. Mt.Pleasant et Mme J. Easton ont terminé le stage de trois jours

à Toronto, où ils ont acquis les connaissances nécessaires pour faire marcher notre "WANG".

1

Chronique de l'unité dentaire

ADJUDANT H.C. KING, C.D.

BIENVENUE

Le Sergent Glen Hildebrandt est affecté à l'Unité depuis février. Il est vraiment un grand atout pour le personnel du laboratoire et il a déjà démontré combien il pouvait rendre des services à l'Unité.

INSTRUCTION

Les 9 et 10 février 1976, le Sergent Lyall Kallman a assisté à un cours sur l'installation de l'équipement Ritter, organisé à Toronto. D'après ses rapports enthousiastes, cette entreprise s'est révélée très bénéfique.

DÉPLACEMENTS

Le Maj Rod Carver et son épouse Marie ont dissipé le cafard de l'hiver en faisant un petit voyage aux Bahamas. Ils en sont revenus tout bronzés et apparemment très reposés. WO Henry King et sa famille ont choisi la Floride où ils n'ont pas raté la moindre excursion, y compris une ballade à Disney World. Le Sgt Donna Hollins qui a été en Nouvelle-Écosse affirme que les homards y étaient vraiment "d'un autre monde" (comme la Nouvelle-Écosse, n'est-ce pas?).

SPORTS

Le 6ème tournoi annuel de curling de la première Unité dentaire s'est déroulé au Club de curling de

la BFC Ottawa (S), le 20 février 1976. Huit équipes de joueurs avides y ont déployé leur talent. L'équipe gagnante devait être celle qui avait accumulé le plus grand nombre de points après trois parties de quatre périodes. Les équipes dirigées par le Capt Bill Wiseman et le Sgt Ron Lindsay ont dû se départager à l'occasion d'une partie supplémentaire de deux périodes pour déterminer le vainqueur du tournoi. C'est l'équipe du Capt Wiseman qui a gagné la grande finale. Les résultats ont été les suivants:

1ère place — Bill Wiseman, John Currah, Jim Hughes, Lise Fournier.

2ème place — Ron Lindsay, Tim Crosthwait, Donna Hollins, André Marcil.

3ème place — Tom Sullivan, Rod Carver, Cam Croll, Diane Nolet.

L'équipe qui a déployé les plus gros efforts se composait de Henry King, Colin Adams, Don Clark et Serge Chaussé. Les prix ont été gracieusement offerts par Ash Temple, Denco et le Dépôt Dentaire. L'intérêt du tournoi a été rehaussé par la présence de plusieurs membres du personnel dentaire à la retraite.

11

Chronique de l'unité dentaire

SERGEANT R.W. BOYD, CD

QUARTIER GÉNÉRAL

Dans le cadre de la réorganisation des Forces maritimes du Pacifique qui est entrée en vigueur le 1er décembre 1975, le Commandant de la 11ème Unité dentaire est maintenant placé sous les ordres du Commandant de la 12ème Unité dentaire. Cependant, cette réorga-

nisation n'a pratiquement aucune incidence sur les activités régionales de CANMARPAAC.

Les unités de la côte ouest du Commandement maritime qui n'appartiennent pas à la catégorie opérationnelle rendent directement compte au Commandant de MARCOM à Halifax mais continuent d'appuyer CANMARPAAC et le Commandant de la Région Pacifique COMPACREG et de répondre à leurs besoins.

La conférence annuelle du Commandant de la 11ème Unité dentaire s'est tenue au mess de Naden le 6 février 1976. Ces réunions donnent à tous les participants une excellente occasion de promouvoir la liaison intra-unité et de revoir d'anciens confrères et amis. Les invités d'honneur à cette conférence étaient notamment le Col Brick, Commandant de la 14ème Unité dentaire, le LCol Cyrenne (PCO Dent) et le Lt Bjerke Sup O, BFC Edmonton.

Le Col Protheroe est venu visiter la 11ème Unité dentaire et certains détachements locaux, du 1er au 6 février 1976. Pour lui prouver combien sa visite était estimée et appréciée, des dispositions ont été prises pour que le soleil brille pendant toute la durée de son séjour!

INSTRUCTION

Le Maj MacInnis était membre du comité de promotion des sous-officiers du Service médical/dentaire et il a trouvé l'expérience particulièrement intéressante. Il la recommande d'ailleurs à tous ceux qui souhaitent enrichir leur carrière.

Le Capt Brass a présenté une conférence traitant de la prévention dentaire à 26 écoliers francophones, dans le cadre des activités de l'école française de la base à Comox.

Les activités cliniques ordinaires ont été interrompues à quatre occasions différentes par des exercices de la base, qui devaient aboutir à une évaluation tactique. La durée de ces exercices variait de quelques heures à une journée complète, avec parfois un branle-bas de combat à 0600 heures!

Le personnel de la clinique ainsi que celui de l'hôpital de la base participa à des exercices divers, notamment de fourniture de soins de masse et de réaction à un accident nucléaire. Des blessures simulées résultant d'accidents d'aviation ou d'explosions de bombe sont traitées dans un hôpital de campagne où les dentistes remplissent les fonctions de "vrais docteurs" et où les auxiliaires ont la possibilité de pratiquer leurs premiers soins. Tout le personnel du service dentaire participe à l'établissement de l'hôpital de campagne, à l'acheminement des patients, au port des civières, etc.

Le Maj Harreman a assisté à un cours de chirurgie buccale au Centre médical Letterman de l'Armée, à San Francisco en Californie, du 5 au 9 janvier 1976. Ce cours fut organisé sous les auspices du Col Richardson De Champlain, Chef du service de chirurgie buccale du Département de dentisterie. Une attention particulière a été apportée à la technique d'anesthésie générale ultra-légère par injection intra-veineuse de Brevital dans les services ambulatoires.

VISITES

La Base de Comox a été honorée de la présence de l'Honorable James Richardson, Ministre de la Défense nationale, qui a fait un rapide tour des installations, prononcé une conférence de presse et a été l'invité d'honneur à un bref dîner au mess. Cette visite a été suivie par celle du Général Daniel (Chappie) James, Commandant en Chef de NORAD.

4ième colloque annuel sur les soins dentaires

CAPT S.T. GORDON

Le quatrième colloque annuel sur les soins dentaires s'est tenu



Le Lieutenant-Colonel A.G. Taylor, Commandant de l'Unité Dentaire II, accueille le Contre-amiral AL Collier, Commandant des Forces Maritimes du Pacifique et le Docteur RW Packford Président suppléant du Victoria et District Dental Society.

Britannique. Le Contre-amiral A.L. Collier, Commandant des Forces Maritimes du Pacifique, a prononcé l'allocution de bienvenue.

Le thème du colloque était: "Prothèses amovibles", et le conférencier principal était le Maj Éric Cragg, prothésiste de l'ESDFC de Borden. Au cours de la matinée, il a présenté une communication sur les "Prothèses partielles à prolongement distal", alors que l'après-midi il a parlé des prothèses à recouvrement ("overdentures").

Huit démonstrations techniques ont été présentées à la caserne de Work Point et elles ont été suivies par un dîner au mess, où le Maj Frank Harreman a rempli les fonctions de PMC. L'orchestre de Naden a fourni la musique et les divertissements pendant le dîner. Après le dîner, des discours ont été prononcés par le Dr. Bob Hicks sur les activités courantes du collège et par le Dr. Doug Yeo sur la formation dentaire en Colombie-Britannique.

12 Chronique de l'unité dentaire

SERVICE EN MER

Jamais depuis la Deuxième Guerre mondiale un tel contingent de dentistes n'avait quitté le port de Halifax: en effet, au cours du premier trimestre 1976, le Capt Rick Hockney et Pte Bill Quine (HMCS Preserver), le Capt Jack Jury et Pte René Anctil (HMCS Algonquin

et le Capt Ron Cormier et Cpl Ron Powell (HMCS Iroquois) ont été affectés au Service en mer.

Ils ont tous participé à l'exercice "Tremplin" (Springboard) dans le théâtre d'opération de Puerto Rico et d'autres parties des Caraïbes — des endroits où il est assez agréable de passer l'hiver, d'apprendre à faire la différence entre le bout pointu et le bout arrondi d'un bateau et, finalement, de soigner les marins.

Jusqu'à présent, une seule équipe est revenue de cette mission, le Capt Maillet et MCpl Baird. Le premier nous confirme qu'il n'a aucune immunité contre le mal de mer! Les autres devraient rentrer au bercail d'ici le 19 mars, en pleine forme et prêts à roder leurs nouveaux Ritter 180 à la clinique de Dockyard.

MATÉRIEL À PROFUSION, LE MORAL S'AMÉLIORE

La progression du programme de ré-équipement de la 12ème Unité dentaire améliore le moral de tous les intéressés. Comme nous l'avons dit précédemment, la clinique de Gagetown est pleine de "180" et entièrement rénovée, la clinique de Dockyard a rouvert le 15 mars à la suite de l'installation de cinq nouveaux "180", une nouvelle clinique à Shearwater est en cours de construction avec un équipement tout prêt à être monté et, pour couronner le tout, nous venons d'être informés que le nouveau budget prévoit 11 nouveaux "180" pour la clinique de Cornwallis! De plus, on nous a annoncé l'arrivée d'ici la fin de l'année d'une myriade d'autres appareils dont l'inclusion au budget de l'année en cours a été approuvé. Nous espérons que tous ceux qui ont oeuvré avec tant de diligence pour obtenir les crédits nécessaires à l'achat de cet équipement verront leurs efforts récompensés par un service dentaire plus productif et plus efficace.

LE CAPITAINE ARMSTRONG DEVIENT MEMBRE D'UN GROUPE D'ÉLITE

Après plusieurs visites à l'École de pilotage de Sidney, le Capt Wayne Armstrong est devenu



Le Capitaine PM Lobb, officier dentaire de la base, démontre une technique de sédation intraveineuse.

le 5 février 1976 à la BFC Esquimalt. Quatre-vingt-dix délégués venant des cliniques de l'île de Vancouver et des détachements dentaires de la 11ème Unité ont assisté à ce colloque d'une journée organisé dans le cadre de l'éducation permanente sous l'égide de la 11ème Unité dentaire. Les invités d'honneur ci-après ont assisté à ce colloque: Col Harry Protheroe, Commandant de la 12ème Unité dentaire; Col John Brick, Commandant de la 14ème Unité dentaire; LCol Yvon Cyrenne, PCO / Dent; Dr. Doug Yeo, adjoint au Doyen de la faculté de dentisterie de l'Université de Colombie-Britannique et Registraire du Collège des chirurgiens dentistes de Colombie-Britannique; Dr. Bob Hicks, Président du Collège des chirurgiens dentistes de Colombie-

Lieutenant de section de l'Aviation Royale du Cap Breton! Il est ainsi devenu le seul dentiste en service qui ait reçu cette distinction.

L'ADJUDANT VIENOT QUITTE LE SDFC

En février, le personnel dentaire de la région de Halifax a organisé une soirée d'adieu en l'honneur de l'Adjudant Ray Vienot qui a quitté les Forces canadiennes après 18 ans pour entrer dans la pratique privée, comme hygiéniste, à Sackville en Nouvelle-Écosse.

REMISE D'UNE CD

Le maj L.J. Hudgins, dentiste de la BFC Shearwater, a décerné la Décoration des Forces Canadiennes au Sgt B.L. Mackie.



Présentation d'un CD à CFB Shearwater.

13

Chronique de l'unité dentaire

CAPITAINE P.D. PETERSON, C.D.

DES ILLUSIONS S'ENVOLENT!

Les membres du SDFC qui souhaitent se voir affecter dans les régions "tropicales" du centre-sud de l'Ontario sont invités à y réfléchir à deux fois après avoir lu ce qui suit:

Le sud de l'Ontario a connu cette année son hiver le plus rigoureux de mémoire d'homme. Même les golfeurs les plus courageux, qui en janvier 1975, se vantaient d'avoir joué au golf sous un soleil quasi-tropical hésitent beaucoup, cette année, à s'emmitoufler dans les couches de vêtements dont ils doivent se protéger s'ils veulent sortir de leur maison. Mais tout malheur à ses bons côtés: nous comprenons maintenant bien mieux nos collègues de la 14ème Unité dentaire qui doivent supporter ce type d'hiver tous les ans, et non pas une fois tous les 20 ans!

VISITE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU SERVICE DENTAIRE

Accompagné du Col L.R. Pierce, Commandant de la 13ème Unité dentaire, le BGen L.G. Craigie, DGSD, est venu visiter tous les détachements de la 13ème Unité dentaire du 15 au 24 février. Cette visite s'est révélée très précieuse et elle a donné à tous la possibilité de rencontrer le DGSD et de discuter avec lui de sujets d'intérêt commun.

MÊLÉES ET DÉMÊLÉS

À l'occasion d'un match de ballon-balai acharné entre le Med's et les Dent's, organisé à la BFC Trenton le 9 janvier, les Dent's ont perdu sur les deux tableaux: pointage (5-4) et blessés (MWO "Doug" Davies s'est fêlé deux côtes!).

Un peu plus tard, le 25 février 1976, pendant un match de la ligue interbase de hockey qui se déroulait à la BFC Trenton, le Capt "Greg" Tucker s'est démis une épaule et a dû subir une intervention chirurgicale en vue de l'insertion d'une tige métallique. D'après les dernières nouvelles, les membres du détachement dentaire de Trenton ont décidé de s'adonner l'année prochaine à un sport moins dangereux, peut-être le "ballon-suicide".

CONFÉRENCES ET CONGRÈS

En dépit des conditions météorologiques défavorables, les membres de l'Unité ont assisté à

une série de conférences intéressantes et aux réunions des sociétés dentaires locales.

Le 26 juin 1976, le Maj B.W. Yates et le Capt B.D. Kendell ont assisté à un colloque organisé par la Société dentaire de la ville et du district de North Bay. Le conférencier invité était le Dr. L. Johnson, chef du Département des sciences physiques de l'Université Western Ontario.

Le 14 mai 1976, le Capt D.M. Spencer et le Capt P.G. Abbott ont assisté à un colloque sur le cancer, organisé à l'hôpital Victoria de London, Ontario.

14

Chronique de l'unité dentaire

SGT. A. GRAY, C.D.

UNE RARE DISTINCTION

Le Lieutenant-général Carr a nommé le Colonel Brick chef des exercices de tir pour les matchs nationaux de tir au fusil des élèves-officiers. Ces matchs ont eu lieu à Winnipeg, les samedi et dimanche 27 et 28 mars 1976 avec la participation d'équipes venant des dix provinces et d'Europe. Le Ministre de la Défense nationale a assisté à cette manifestation et les élèves-officiers lui ont cassé les oreilles en lui décrivant leur enthousiasme pour ce sport. Le LGen Milroy (ret), Président de la "Dominion of Canada Rifle Association", a décerné les prix aux équipes et individus vainqueurs lors du dîner de clôture. Il a également remis au Col Brick un médaillon en reconnaissance de sa nomination comme Gouverneur à vie de l'Association, en décembre dernier. Il n'existe pas d'honneur plus insigne qui vient couronner de nombreuses années

de participation aux activités de l'Association comme tireur, comme membre à vie et comme ex Vice-Président exécutif.



Le tournoi national de tir pour les cadets a eu lieu à Winnipeg le 27 et 28 Mars, 1976. Le Colonel J.C. Brick fut nommé Officer en charge du champ de tir pour l'évènement. Lors du dîner du clôturé, le Lieutenant-Général W.A. Milroy (retraité), président du Dominion of Canada Rifle Association, présenta au Col. Brick un médaillon commémoratif pour sa nomination comme Gouverneur à vie au DCRA.

NOUVELLES DIVERSES

Cpl Judy Boileau, de Shilo, a participé aux championnats féminins de badminton de la Région des Prairies où elle a terminé quatrième en simple et deuxième en double. Ses exploits ont mérité à Judy les félicitations chaleureuses du Commandant de la Base Shilo.

La contribution du Sgt Don Roy à la vie sociale de Shilo et de ses environs a été reconnue officiellement. Quelle que soit l'occasion des festivités, il semble que Don soit toujours prêt à y assister et à y aller d'un petit coup de cornemuse.

Le personnel de Winnipeg a été bien représenté aux championnats de la Région des Prairies au cours des derniers mois. Pte Pete Colbourne a fait partie de l'équipe de basketball de la base, le Capt Bill Fallon jouait dans l'équipe de volleyball et le Sgt Al Gray était entraîneur/joueur de l'équipe de ballon-balai. Une équipe de curling composée du Sgt Al Gray, de Capt Chuck Grabowski, de MCpl Harry Peck et du Sgt Paul Fox a participé aux championnats de la BFC Winnipeg où elle a terminé troisième.

À l'occasion du tournoi de curling organisé à Cold Lake, l'équipe composée de John Walker, Jean Fraser, Lorne Lawkins et Donna Kalmet a gagné le trophée du Dr. Ralph Rix.

Le Capt Doug Vandahl de Calgary a participé au Marathon canadien de ski à Lachute, P.Q., qui s'est déroulé les 28 et 29 février 1976. Doug a commencé à skier à 6 heures du matin, le 28 février, et à 16h30 il avait parcouru 80 kilomètres, ce qui lui a permis de se qualifier pour le lendemain. Après avoir parcouru les 65 km du premier tronçon le lendemain, (en terminant cinq minutes avant l'heure éliminatoire), il a skié ses derniers 23 km pour un total de 168 km sur les deux journées. Une médaille de bronze lui a été décernée en reconnaissance de ses exploits et il s'est vu accorder le privilège de pouvoir recommencer l'année prochaine, en portant un sac à dos de 12 livres, afin de se qualifier pour la médaille d'argent.

Le Maj Justin McNeill, officier dentaire de la BFC Moose Jaw, s'est souvenu de son héritage de marin et dirige actuellement un cours de plongeon à la Base. Nous n'avons pas très bien compris si les élèves devront plonger dans l'eau ou dans des champs de blé!

Le Maj Gerry Pinsonneault, de la BFC Cold Lake, a gagné le prix annuel de l'Association de pêche et de chasse en attrapant le plus gros brochet jamais pêché dans les eaux locales. Sa prise pesait 17 livres.

Dans le courant du mois de mars, le personnel dentaire de la BFC Winnipeg a accueilli une fois de plus les élèves du Collège communautaire de Red River, qui sont venus suivre une courte période de formation en cours d'emploi. Ce type d'activité procure aux élèves un changement fort apprécié loin de leurs salles de classe, et fournit au personnel de la clinique dentaire la possibilité d'acquérir une expérience de l'enseignement.



Etudiantes du Red River Community College à la Clinique Dentaire de CFB Winnipeg — De gauche à droite: Mme Marilyn Partridge, Mlle Edna Sikora et Mlle Sylvia Tychols avec l'Adjudant-Maître DC Hughes.

15

Chronique de l'unité dentaire

CAPT A. HIGGINS

SPORTS

Tournoi annuel de curling de la 15ème Unité dentaire. Cette année le tournoi annuel de curling de la 15ème Unité dentaire s'est déroulé le vendredi 20 février, sur la glace de St-Hubert. Huit équipes provenant de Valcartier, de St-Jean et de St-Hubert ont participé au tournoi.

Les "joueurs du dimanche" ont vraiment fait de gros efforts pour donner du fil à retordre aux équipes plus expérimentées. Le fair-play des joueurs et l'atmosphère joyeuse du tournoi ont contribué au succès de cette manifestation sportive.

Faisant preuve dès le début d'une confiance suprême, le LCol Bégin a conduit son équipe à une victoire "attendue". Le Cpl Allain dans un style indubitablement "professionnel" a mené son équipe de Valcartier à la deuxième place.



Le Cpl JF Lemieux reçoit la médaille d'or pour le slalom géant aux championnats régionaux du Québec. Le BGen Gutknecht, Commandant de BFC Valcartier, fait la présentation.

La bonne humeur et les efforts déployés par MWO Hossdorf et son équipe n'ont guère influencé les palets, mais l'équipe a été justement récompensée par des prix de consolation qui étaient à la fois amusants et utiles.

Le Col MacDougall a photographié les équipes gagnantes. Malheureusement, les photos ont été entièrement ratées et ne peuvent être reproduites. (Nous vous jurons que ce n'est pas parce que les équipes de St-Jean et de Valcartier ont gagné!).

Ski. Félicitations au Cpl Lemieux qui, sous la bannière de la BFC Valcartier et au grand honneur de la 15^{ème} Unité dentaire, a gagné la médaille d'or des championnats régionaux de ski du Québec.

En dévalant le parcours de Valcartier en 50.2 secondes, il a battu les skieurs du R22eR pour la première fois dans l'histoire de cette compétition.

Parmi les 65 compétiteurs qui ont participé au slalom, MCpl Coté a aussi réalisé une performance remarquable.

Rallye. Le Capt Loisel et le MCpl Brisebois ont participé au rallye automobile du Carnaval d'hiver du Collège militaire royal pour le plus grand plaisir des élèves-officiers.

Les résultats de la compétition ne sont pas connus mais, d'après la rumeur publique, le Capt Loisel avait tellement de machins et de trucs sur sa nouvelle Cordoba qu'il a dû suivre un cours pour apprendre à la conduire!

Hockey. L'Adjudant-maître Parker de St-Hubert a été l'arbitre des finales du tournoi de hockey des petites Bases qui s'est déroulé au Lac St-Denis les 28 et 29 janvier 1976 et qui a été gagné par Senneterre.

Du 23 au 27 février 1976, il a arbitré la demi-finale et la finale du tournoi régional de Québec, à l'issue duquel il a été décidé que St-Jean représenterait le Québec dans le tournoi national de hockey des Forces armées qui devait se tenir à Borden du 27 mars au 2 avril 1976. L'Adjudant-maître Parker arbitrera probablement plusieurs matchs de cette compétition finale.

CÉRÉMONIES D'ADIEU

Un déjeuner auquel assistaient les dentistes de St-Hubert et de St-Jean a été organisé au mess des officiers de St-Jean le vendredi 23 janvier pour honorer le Maj Bisailon et le Maj Nadeau à l'occasion de leur retraite des Forces armées. Le Commandant a remis une plaque RCDC au Maj Bisailon pour commémorer son retour dans la vie civile après une longue carrière dans le service dentaire.

À l'occasion d'une autre cérémonie d'adieu, le Col Cimon, Commandant de la BFC St-Jean, a remercié le Maj Nadeau de 14 années de service dévoué, en qualité de dentiste et d'officier, rendu dans tous les coins du globe.

Jacques a aussi été fêté à la bière, dans le style le plus traditionnel, au mess des officiers de St-Jean.

REMERCIEMENTS

Le Rempart, le journal du Collège militaire royal, a récemment rendu hommage aux capacités professionnelles, à la diligence et à la bonne humeur avec lesquelles le Capt Loisel et le MCpl Brisebois soignent les élèves-officiers et le personnel du Collège.

L'équipe dentaire a été remerciée du sérieux avec lequel elle a toujours assuré le bien-être dentaire de la population du Collège, du temps et de l'énergie dépensés sans réserve par le Capt Loisel et le MCpl Brisebois et de la patience dont ils ont fait preuve pour atteindre cet objectif.

La présence à la clinique de ces deux membres du SDFC contribue grandement à rehausser le prestige de la dentisterie et à bien faire comprendre l'importance de l'hygiène dentaire aux étudiants et au personnel du Collège.

De gauche à droite: LCol Bégin, Maj Nadeau et Col Cimon.



35

Chronique de l'unité dentaire de campagne

SGT B.F. HANNAY, CD

INSTRUCTION

Le 23 janvier, la 35ème Unité dentaire de campagne a accueilli une conférence d'un jour de la Société européenne des Spécialistes en Périodontologie. Le conférencier invité était le Colonel John R. Jacoway, qui est actuellement le Commandant des Services dentaires du 122ème Détachement médical, à Francfort. Avant son arrivée en Europe, le Colonel Jacoway était affecté à l'Institut de pathologie des Forces armées, à Washington, D.C. Il est titulaire d'un PhD en immunologie obtenu à l'Université Georgetown. Le Col Jacoway a parlé de l'évolution actuelle de l'immunologie et a ensuite analysé les maladies à répercussions dentaires dans lesquelles les mécanismes immunologiques sont atteints. Quatre-vingt-trois membres des professions dentaires (American Dental Corps, Service dentaire des Forces canadiennes et dentistes civils) ont assisté à cette conférence. Une brève allocution de bienvenue a été prononcée par le Major-général MacAlpine, Commandant des Forces canadiennes en Europe.



MANIFESTATIONS SOCIALES

Le LCol L.A. Reynolds et les officiers de la 35ème Unité dentaire de campagne ont accueilli les membres de la Société européenne de Périodontologie à un dîner officiel au mess des officiers. Assistaient à ce dîner le Col Bourgeois (COS / BComd), le Col Jacoway, le Col Hutchinson, le Col Amano et environ quarante-cinq membres de l'American Dental Corps.

De gauche à droite — Col Amano, Col Jacoway, LCol Reynolds, Col Hutchinson.



Le personnel de l'état-major de la 35ème UDC et celui de la Clinique N° 1 se sont rencontrés pour une partie de "Fasching" dans une brasserie locale. Dans la meilleure tradition du Fasching, tous les participants à cette soirée de divertissement étaient déguisés. Tous les costumes étaient très originaux. Par exemple, notre Commandant, le LCol Reynolds, portait un costume complet de sheik arabe, y compris une gourde de "pétrole gratuit". Personne n'est près d'oublier la danse du ventre endiablée exécutée en solo par WO Peter Sprathoff!

SPORTS

Les deux parties extrêmes

Le Colonel JR Jacoway s'adressa aux concepts nouveaux en immunologie durant la conférence de la Société Européenne des Périodontistes organisée par la 35e Unité Dentaire de campagne.

du corps de notre cheval (la partie antérieure et la partie postérieure) restent la propriété des cliniques de Baden et de Lahr, respectivement. À l'occasion d'un tournoi de curling chaudement disputé, les recrues de Baden ont gagné la selle en laissant la queue à la clinique de Lahr!

CAMPAGNE

Au cours de l'hiver, un exercice de tir de quatre semaines s'est déroulé à Bergen-Hohne. Le Maj Yves Ayotte, le Capt Ken Musselman, le Sgt Danny Danyluck et le Cpl Peter Paige ont participé à cet exercice. Le Maj Ayotte a eu la possibilité de mettre en pratique sa formation aux armes de combat lorsqu'il a été désigné comme observateur des opérations avancées. Il a dirigé le tir (avec une précision mortelle) des trois batteries du 1er RCHA.

1

Chronique du dépôt dentaire

SGT R.L. MACLELLAN, CD

Le BGen L.G. Craigie, Directeur général du Service dentaire, et le Col L.R. Pierce, Commandant de la 13ème Unité dentaire, ont visité la BFC Petawawa et le Dépôt dentaire N° 1, les 23 et 24 février 1976.

Le Capt J.R. Savoie, Commandant du Dépôt, et CWO L. Lawson, se sont rendus en mission à Ottawa, le 12 décembre 1975, pour y rencontrer le Maj A.J. Andrea et M. J.L. Judd, tous deux du DSRO, au sujet d'identification des fournitures dentaires.

Le Maj A.J. Andrea et l'Adjudant-maître Ottway, du DSRO d'Ottawa, ont visité le Dépôt dentaire les 13 et 14 janvier 1976 pour expliquer les procédures applicables à la conversion des fournitures dentaires au système d'approvisionnement MK I des Forces canadiennes.

Une petite cérémonie de présentation s'est déroulée au Centre du Centenaire, le 25 février 1976, à l'occasion de l'affectation du Sgt Paul Dumas au 2ème Bataillon de Service BFC Petawawa.

Détachement Dentaire de Chypre

ARRIVÉE

L'équipe dentaire actuelle composée du Capt Kropinak, de WO Hill et de MCpl Solomon est

arrivée à Chypre et est entrée en fonction au 3ème PPCLI en novembre 1975.* Le 3ème Bataillon des "Pat's" de la caserne de Workpoint, à Victoria, a remplacé le 2ème Bataillon "Van Doos" de Valcartier. Le bataillon se compose d'un grand nombre de jeunes soldats, ce qui a provoqué une assez forte charge de travail. Après quelques appels téléphoniques et mémorandums, l'acheminement des patients s'est régularisé et le personnel a pu s'attaquer à sa tâche qui consiste à assurer la santé dentaire des membres du CANCONCYP. Pour faciliter la tâche, l'horaire d'été (0700 - 1300 heures) a été remplacé par l'horaire d'hiver (0800 - 1600 heures).

SPORTS

Notre programme sportif nous a permis d'occuper agréablement nos heures de loisir tout en nous maintenant en excellente forme. Les principales activités sont le tennis, la balle au mur et le jogging. En raison du mauvais temps qui a régné pendant les mois d'hiver, les programmes de natation et de balle molle ont été annulés, et nous avons même dû interrompre notre tennis et notre jogging pendant quelque temps. WO Hill fait son jogging tous les jours et pendant son séjour à Chypre il devrait courir environ 365 milles, c'est-à-dire faire ce que l'on appelle ici le "Tour de l'île". Le Capt Kropinak et MCpl Solomon ont passé de nombreuses heures sur les courts de tennis et sont les champions en double de CANCONCYP. MCpl Solomon est aussi le champion de balle au mur du Camp des Bérets Bleus.

PERSONNEL

WO Hill a reçu la première barrette de sa CD. Le Capt Kropinak et le Cpl Solomon ont passé leur congé de l'ONU en Europe où ils se sont attaqués aux pentes de ski de la Suisse. Par on ne sait quel miracle, ils ont réussi, à quelques égratignures près, à revenir indemnes de cette expédition. Le Sgt Beauchamp, DENT de Lahr, est venu à Chypre du 9 au 16 mars 1976 pour monter un nouveau Ritter J4A. Au cours de sa visite, il a été fêté à grand renfort de vin et de festins et il a visité tous les hauts lieux de Nicosie.

Alors que le mois de mars tire à sa fin, le personnel commence à se préparer en vue du remplacement du 3ème PPCLI par le 2ème PPCLI. Les Grecs et les Turcs cypristes se sont récemment rencontrés pour régler la situation politique dans l'île. Tout est calme pour le moment et notre séjour à Chypre a été agréable et sans incident.

* Note de la rédaction —

Ultérieurement à la rédaction de cet article, une nouvelle rotation a eu lieu: le 3ème PPCLI a été remplacé par le 2ème PPCLI de Winnipeg, dont l'équipe dentaire se compose du Maj Ed Graham, du Sgt G.G. Bowser et de MCpl M.J. Craig.

NOUVELLES GÉNÉRALES



SGT G.P. LAFLEUR, C.D.

BIENVENUE

Sgt J.A. Bernard
Mlle L.M. MacNeil

ADIEUX

Maj G.I.J. Bisaillon, Pte G.H. Caslake, Capt J. Delong, Pte M. Deschamps, Sgt P.J. Dumas, Maj F. Giesbrecht, Pte G.S. Main, Maj J. Nadeau, Pte J.L. Purdy, Capt T.A. Rawlyck, WO R.D. Veinot.

PROMOTIONS

LCOL	—	J.L.Y. Cyrenne, J.H. Marion, H.S. Wood
MAJOR	—	P. Kozak
MWO	—	J.P. Lambert
SGT	—	D.G. Allen, R.M. Clarke, W.G. Cudmore, J.M. White
MCPL	—	E.W. Creelman, V.E. Gorman, T.D. Nolet, W.D. Corrigan
CPL	—	J.H. Rataszczak

INSTRUCTION PROFESSIONNELLE

Université Dalhousie, Halifax
Prothèse partielle 26-27 Jan 76
Col D.H. Protheroe, LCol B.J. Houde, LCol I.A. MacDonald, Maj H.K. Meisner, Capt W.S. Armstrong.

**Letterman Army Medical Center
San Francisco, California**
Chirurgie buccale 5-9 Jan 76
Maj F.H. Harreman

**U.S. Navy Dental School,
Bethesda, (MD), E.-U.**
Pathologie buccale 12-16 Jan 76
Maj G.R. Nye

ESDFC, BFC BORDEN

**Cours clinique de dentisterie
générale pour Officiers 14-18
Jan 76**

Maf L. Dombowsky, Maj G.D. Petrie, Capt B.D. Hamilton

**Cours clinique pour Officiers —
Périodontie — 7601 18 Feb 76 —
03 Mar 76**

Maj H.R. Meisner, Capt D.J. Bays,
Capt S.J. Boucher, Capt C.C. Cann,
Capt J.L.R.P. Larose, Capt M.J. Lawton

**Cours d'assistant dentaire —
TL6A — 7601 07 Jan 76 — 05 Feb 76**

MCpl J. Brisebois, MCpl M.T. Brosha, MCpl M.P. Dallaire, MCpl I.J. MacNeil, Cpl I.D. Angus, Cpl D. Bowering, Cpl W.W. Creelman, Cpl G.R. Lamontagne, Cpl T.D. Nolet, Cpl J.V. Thompson

**Cours de thérapeute dentaire
4 Feb — 4 Jun 76**

WO J.A. Fret, WO J.C. MacDonald

INSTRUCTION DES FORCES CANADIENNES

BFC TRENTON

**Cours de familiarisation — Haute
altitude 29-30 Jan 76**

Capt T.R. Melbourne

BFC BORDEN

**Cours pour instructeurs de ski
nordique 19-23 Jan 76**

Capt R.S. Smith

**Cours d'analyse de l'organisation
4-20 Fév 76**

CWO M.O. McDonald
MWO G.N. Fathers

BFC PETAWAWA

Procédures MK1 16-20 Fév 76

Sgt C.E. Schmelzle

Opérateur SDA 16-20 Feb 76

Pte L.M. Crockett

BFC ESQUIMALT

**Cours pour sous-officiers 16 Fév
— 23 Mar 76**

Sgt M.M. Franklin

INSTRUCTION DANS L'INDUSTRIE PRIVÉE

TORONTO

Ritter, Installation-entretien et
réparation de l'équipement Ritter
WO Langford — 19-20 Jan 76

Sgt E.J. Schultz — 9-10 Feb 76

Sgt L. Kallman — 9-10 Feb 76

Cpl D.J. Morphett — 8-9 Mar 76

DÉCORATIONS

1ère barrette au CD

WO D.F. Hill

CD

Sgt B.L. Mackie

NAISSANCES

Félicitations:

Maj and Mrs. Jacques, à l'occasion
de la naissance de leur fille.

MCpl Bonnie Haley, à l'occasion de
la naissance de son fils.

DEUILS

Nos condoléances les plus sincères
au Col J.C. Brick, au LCol M.N. Deyette et au Cpl J.J. Vansek qui
viennent de perdre leur père. Le
Comité de rédaction apprend aussi
avec regret la perte du Dr. Hugh
Bonnell qui est décédé le 9 février
1976. Actif dans la Milice depuis
de nombreuses années, le Dr.
Bonnell était le Commandant de la
51ème Unité dentaire (Milice)
lorsqu'il a pris sa retraite. Il était
Président sortant de l'Association
du Corps dentaire royal des Forces
canadiennes.

In Memoriam



LCol L.A. Reynolds CD, DDS
(1928 – 1976)

C'est avec un profond regret que le Comité de rédaction du Bulletin annonce le décès du Lieutenant-colonel Leeland Almon Reynolds, CD, DDS, qui a expiré à Ottawa le 28 juin 1976.

Le LCol "Lee" Reynolds est né à Queensport en Nouvelle-Écosse, le 22 mars 1928. En décembre 1953, il s'engage dans la Force active de l'Armée canadienne et suit son cours de formation dentaire à l'Université Dalhousie, dans le cadre du Plan d'Instruction des Officiers de l'Armée régulière. Après avoir obtenu son diplôme en juin 1957, il est promu Capitaine et devient officier dentaire du 2ème Bataillon du Régiment Black Watch au Camp Aldershot en Nouvelle-Écosse, avant d'être affecté pour une période de deux ans au HMCS Bonaventure. Après avoir servi au Moyen-Orient dans la Force d'urgence des Nations Unies, d'octobre 1959 à octobre 1960, il est affecté à des cliniques à Calgary, Clinton et North Bay. D'août 1963 à août 1966, il passe trois ans avec la 4ème Compagnie dentaire en campagne, en Allemagne, et est promu Major en avril 1964. À son retour d'Europe, le LCol Reynolds est affecté au Quartier général du Commandement de l'Instruction à Winnipeg où il remplit les fonctions d'Officier d'état-major pour l'instruction dentaire. En août 1967, il suit un cours d'instruction post-universitaire en périodontie au Centre médical de l'Armée Walter Reed, à Washington, D.C. À la fin de ses études, en juillet 1969, il est nommé Chef du Département de périodontie à l'École du Service dentaire des Forces canadiennes (BFC Borden). En août 1972, il assume les fonctions d'instructeur en chef de l'École et est promu Lieutenant-colonel en janvier 1973. À partir de juillet 1973, il occupe son dernier poste militaire en qualité de Commandant de la 35ème Unité dentaire de campagne, à Lahr en Allemagne.

Pour tous ceux qui ont eu la chance de connaître cet excellent officier et qui ont eu le privilège de travailler avec lui, "Lee" était non seulement un membre respecté de sa profession, mais aussi, et avant tout, un vrai soldat. Ses confrères et ses amis ont été consternés de la fin brutale qui l'a frappé alors qu'il atteignait le sommet d'une brillante carrière militaire. Son souvenir restera longtemps dans le coeur et dans l'esprit de tous ceux qui sont associés au Service dentaire.

Tous les membres du SDFC se joignent à nous pour exprimer leurs condoléances les plus sincères à sa veuve et à sa famille.



14th éme Bonspiel



14th ANNUAL BONSPIEL

MWO R.E. TODD, CD

The 14th Annual Bonspiel was held at CFB Borden on 26 and 27 Apr 76.

General Craigie opened what turned out to be a very successful sporting event.

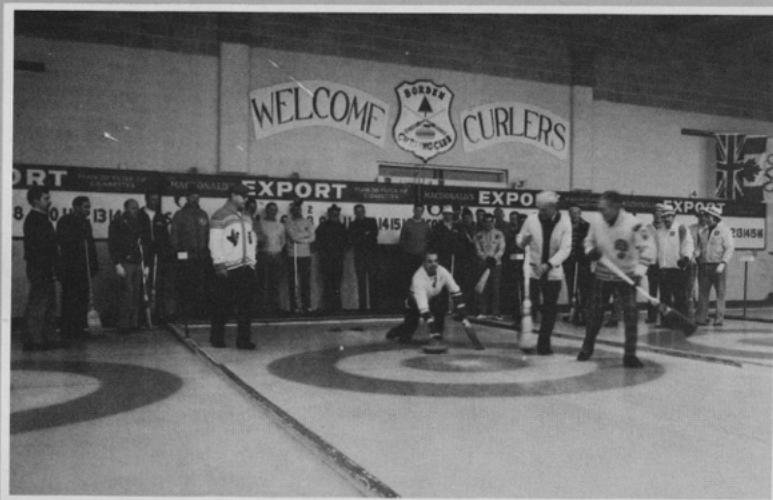
Unfortunately, with the lack of available transportation the Bonspiel consisted of curlers from Ontario and Quebec, with the exception of representation from Gagetown and Halifax (credit must be given for their extra effort in attending — Well done!). Without the excellent participation from Quebec and Ontario based units the Bonspiel could not have taken place.

During the presentation banquet held on Saturday evening in buildings T116 and T65 (contrary to rumors that was not an exercise to point out the adverse conditions we must operate under in Borden), the Horse's Head was awarded to 13 Dental Unit for their fine showing in the finals. The Tail and Holder was presented to the John Clint rink which, by this dubious honour, granted unit status to the Dental Supply Companies.

TAIL OF THE HORSE



QUEUE DU CHEVAL



BGEN CRAIGIE OUVRANT LE 14^{ème} TOURNOI ANNUEL
BGEN. CRAIGIE OPENING THE 14TH ANNUAL BONSPIEL.

"A" CAPT BARRY KENDALL
MAJ BRIAN YATES
SGT HIM BUTSON
WO DARRYL MASON

"B" LCOL M. DEYETTE
LCOL J. WRIGHT
LCOL D. HILLIER
COL W. THOMPSON

"C" WO MATT HALL
CWO ROY MATHESON
MWO ROY TODD
WO IAN MACLEAN

CONSOLATION EVENT:

SGT LARRY GARNETT
CAPT FRANK REID
CWO ERNIE EVERETT
PTE MARTY BURROWES

Trophies were awarded as follows:

"A" Event:
— KENDALL RINK, North Bay
"B" Event:
— DEYETTE RINK, Ottawa (Division)
"C" Event:
— HALL RINK, Borden
CONSOLATION EVENT:
— GARNETT RINK, Borden



HEAD OF THE HORSE
TÊTE DU CHEVAL

14ème TOURNOI ANNUEL DE CURLING

ADJUDANT-MAÎTRE
R.E. TODD, CD

Le 14ème tournoi annuel de curling s'est déroulé à la BFC Borden, les 26 et 27 avril 1976.

Le Général Craigie a ouvert cet événement sportif qui a été couronné d'un franc succès.

Malheureusement, en raison de l'absence de moyens de transport, le tournoi n'a rassemblé que des joueurs de l'Ontario et du Québec, complétés par une représentation de Gagetown et d'Halifax (qu'il faut vraiment féliciter d'avoir fait un effort particulier pour venir — Bravo!). Sans l'excellente participation des unités basées au Québec et en Ontario, le tournoi n'aurait pas pu se dérouler.

Au cours du banquet de remise des trophées, qui s'est déroulé le samedi soir dans les bâtiments T116 et T65 (et malgré les rumeurs insidieuses, l'objet des festivités n'était pas de souligner les conditions très défavorables dans lesquelles nous devons travailler à Borden), la Tête du Cheval a été décernée à l'Unité dentaire n° 13 pour la récompenser de sa magnifique tenue en finale. La Queue et Support a été décernée à l'équipe de John Clint, honneur équivoque qui élevait au rang d'"Unité" les compagnies d'approvisionnements dentaires.

'A' CAPT BARRY KENDELL
MAJ BRIAN YATES
SGT JIM BUTSON
WO DARRYL MASON

"B" LCOL M. DEYETTE
LCOL J. WRIGHT
LCOL D. HILLIER
COL W. THOMPSON

"C" WO MATT HALL
CWO ROY MATHESON
MWO ROY TODD
WO IAN MACLEAN

SÉRIE DE CONSOLATION:

SGT LARRY GARNETT
CAPT FRANK REID
CWO ERNIE EVERETT
PTE MARTY BURROWES

Trophées:

Série "A":

— Équipe KENDELL, North Bay

Série "B":

— Équipe DEYETTE, Ottawa (Division)

Série "C":

— Équipe HALL, Borden

Série de Consolation:

— Équipe GARNETT, Borden



THE HORSE
CHEVAL



"B" EVENT

SÉRIE "B"



"C" EVENT

SÉRIE "C"



"A" EVENT
SÉRIE "A"

GAGNANT DU TIRAGE
WINNER OF THE DRAW



CONSOLATION EVENT
SÉRIE DE CONSOLATION



WINNER OF THE DRAW
GAGNANT DU TIRAGE

