



Bulletin du Service Dentaire des Forces Canadiennes



LE SDFC SE FAIT L'HÔTE
DU CONGRÈS INTERNATIONAL
SUR LES SERVICES MILITAIRES

Volume 18, numéro 4, 1977



Bulletin du SDFC

Volume 18, numéro 4, 1977

Conseil de rédaction

Colonel J.M. Donely
CD, DDS
Lieutenant-Colonel R.A. Fortier
CD, BA, DDS, Dip, Perio
Lieutenant-Colonel H. Griesbach
CD, DDS

Rédacteurs adjoints

Capitaine M.L. Irwin, BA, DDS
École Dentaire
des Forces Canadiennes
Adjudant J.G. Hughes CD
Unité Dentaire 1
Capitaine C.G. Sproule
Unité Dentaire 11
Capt (W) J. Sutherland
Unité Dentaire 12
Capitaine P.D. Peterson CD
Unité Dentaire 13
Sergent B.G. Lynn CD
Unité Dentaire 14
Sergent C.F. Bond CD
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 - général W.R. Thompson CD, QHDS, DDS, FICD. Le Bulletin sert à l'échange d'idées, d'expériences et d'information au sein du Service dentaire des Forces canadiennes. Les opinions exprimées dans le 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

Fédération Dentaire Internationale
65^{ième} Congrès Mondial Annuel — Toronto Canada

DANS LE PRÉSENT NUMÉRO

- 1 SINUSITE MAXILLAIRE: Ce que tout dentiste doit savoir
Major J.J. Gauthier
- 4 Description d'un Cas de Kyste Radiculaire
par le Maj B.D. Hamilton, B.A.Sc., CD, DDS
- 5 Nouvelles de FDSC
- 7 Nouvelles Générales

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

SINUSITE MAXILLAIRE:

Ce que Tout Dentiste Doit Savoir

MAJOR J.J. GAUTHIER



INTRODUCTION

L'article qui suit constitue une recapitulation des connaissances de base qu'à mon avis les dentistes devraient posséder afin de pouvoir soigner efficacement les affections buccales reliées aux sinus maxillaires. L'intention n'est pas de couvrir tous les aspects de la question ni de présenter un guide complet et officiel. L'auteur espère simplement que ce résumé sera de quelque utilité dans nos programmes d'éducation permanente, en regroupant les renseignements les plus appropriés.

SINUSITE

La plupart des patients blament leurs "sinus" comme étant la cause de presque tous leurs problèmes, depuis les maux de tête jusqu'à la fièvre des foins, lorsqu'une douleur se fait sentir dans la moitié supérieure de la face. Les spécialistes nous disent que sur 100 patients qui vont consulter un médecin parce qu'ils ont des ennuis de sinus, moins de 10 souffrent vraiment de sinusite. Quoique l'examen des sinus maxillaires peut se faire de plusieurs façons, le diagnostic s'établit le plus souvent à l'aide des méthodes suivantes:

- exploration intra-nasale: chez la plupart des patients souffrant de sinusite aiguë, cette exploration révélera la présence d'un écoulement purulent;
- examen intra-buccal;
- palpation des joues;

Le Maj Gauthier a gradué de l'Université de Montréal en 1973 et travaille depuis ce temps à la BFC de Chatam, N.B. À la suite de sa récente promotion il s'est vu confier la tâche de dentiste-chef à cette même base.

- examen radiographique des sinus maxillaires pour établir les variations anatomiques normales, détecter toute infection ou invasion tumorale, et comparer l'état des deux sinus (à cette fin les radiographies extra-orales sont très utiles);
- transillumination (si l'équipement nécessaire est disponible): cette opération consiste à placer dans la bouche fermée du patient assis dans une pièce obscure, une lampe brillante spéciale; le patient garde les yeux ouverts et (si le sinus est normal) le clinicien devrait observer les signes suivants: réflexe pupillaire rouge, croissant de lumière sur la paupière inférieure et une espèce de halo lorsque le patient ferme les yeux. La transillumination n'est possible que pour les sinus maxillaires et frontaux; et
- culture d'exsudat.

La sinusite maxillaire peut être provoquée par des rhumes ou autres maladies infectieuses, ainsi que par des traumatismes et infections dentaires. Très souvent, des problèmes dentaires semblent être à l'origine d'une sinusite. Le traumatisme qui accompagne l'extraction d'une dent peut provoquer un épisode aigu d'une infection sinusale chronique. La sinusite peut apparaître après le traitement pulpaire des dents postérieures du haut ou à la suite d'un traumatisme provoquant une fracture du maxillaire, de l'os malaire ou de la paroi antrale (le sang constitue un excellent milieu de culture dans le sinus). Les kystes et les tumeurs bénignes de la mâchoire supérieure

n'envahissent pas le sinus mais exercent plutôt une pression sur sa paroi qu'ils déforment et de ce fait ils croissent aux dépens du sinus. Ces lésions peuvent cependant devenir le siège d'une infection secondaire qui attaquera l'antra à l'occasion d'un épisode aigu, en cachant même parfois la lésion sous-jacente. Le terme sinusite décrit essentiellement toute inflammation de la muqueuse sinusale. Elle peut être aiguë, subaiguë ou chronique.

a. Sinusite maxillaire purulente aiguë

Elle se présente rarement isolément. Lorsqu'elle est isolée, le diagnostic différentiel doit permettre de la distinguer des infections apicales, des cloisons osseuses bloquant les chambres nasales, des corps étrangers et des néoplasmes.

Elle est souvent consécutive à un rhume commun et le patient peut l'avoir contractée en nageant ou en plongeant.

Les symptômes sont les suivants: nez chargé et pression dans le sinus augmentant progressivement, avec malaise général et maux de tête. La douleur peut être très aiguë autour du sinus infecté (joue) et peut également atteindre les dents de la mâchoire supérieure et les oreilles.

b. Sinusite maxillaire purulente subaiguë

Ce type de sinusite se présente chez les patients qu'un traitement classique n'a pu débarrasser d'une sinusite aiguë. Dans ce cas également,

les symptômes se présentent plusieurs semaines après la phase d'infection aiguë et sont accompagnés d'une suppuration.

c. Sinusite maxillaire purulente chronique

Ce terme désigne essentiellement les sinusites irréversibles requérant une intervention chirurgicale. La muqueuse épaisse et les parois osseuses du sinus peuvent subir des changements chroniques. En général, presque tous les patients se plaignent de maux de tête et le problème se manifeste sous la forme d'une rhinorrhée purulente unilatérale et permanente.

Note: Habituellement, la simple présence de pus dans un sinus, qui n'est pas accompagnée d'une pression positive ou négative, ne provoque aucune douleur. Les patients se plaignent souvent de fatigue excessive et d'une somnolence, pendant l'après-midi, que les efforts produits ne peuvent expliquer. Les épanchements post-nasaux provoquent souvent chez ces patients une bronchite ou des douleurs gastro-intestinales.

ASPECTS RADIOGRAPHIQUES DES SINUSITES MAXILLAIRES

Le périoste de la paroi de l'antre est habituellement invisible à la radio, mais les tissus mous anormaux qui remplacent l'air à l'intérieur de l'antre absorbent plus de radiations et produisent une radio-opacité. Il n'est pas possible de déterminer à la radio si le tissu mou est d'origine inflammatoire, kystique ou néoplasique, si ce n'est par la forme et la consistance de l'opacité. En effet, les liquides absorbent la même quantité de radiations que les tissus mous et il est donc impossible de les distinguer par leur seule densité radiographique. Si du liquide est présent dans la cavité sinusale, on peut en déterminer l'écoulement en prenant les radios à partir de plusieurs positions.

La sinusite maxillaire aiguë et subaiguë apparaît habituellement sous la forme d'une radio-opacité accrue et inhabituelle du sinus, surtout quand on compare la radiographie obtenue à celle de l'autre sinus. La

densité radiographique accrue s'explique par un épaississement de la muqueuse antrale et parfois aussi, par la présence de sécrétions et de pus dans une cavité qui, normalement, ne contient que de l'air.

Dans la sinusite maxillaire chronique, la radio-opacité uniforme qui, en présence d'une sinusite aiguë, apparaît sur les radiographies, n'est pas toujours visible et elle est remplacée par des zones irrégulières de radio-opacité plus dense qui témoignent d'une sclérose irrégulière de la paroi osseuse du sinus ou par un épaississement de la muqueuse antrale qui peut parfois boucher complètement le sinus. Il peut également se présenter des polypes alors que dans d'autres cas, les lignes nettes qui représentent les limites du sinus maxillaire s'épaississent et s'estompent. La sclérose de la paroi osseuse des sinus peut continuer d'apparaître à la radio après la disparition de l'infection et des symptômes du patient.

Lorsque la sinusite est provoquée par l'infection d'une dent, il se produit souvent sur le périoste une néo-ossification fine entre la dent infectée et la muqueuse antrale. À la radiographie, l'os nouvellement formé apparaît souvent sous la forme d'un halo radio-opaque qui entoure la partie apicale de la dent atteinte.

Une fois que le traitement est amorcé, les tissus mous inflammatoires anormaux disparaissent en quelques jours, surtout si l'affection est récente. Si l'inflammation est chronique, il faut plus de temps à la muqueuse pour retrouver son état normal, parce que les lésions chroniques contiennent souvent des tissus fibreux. À la fin de la plupart des épisodes de sinusite aiguë et subaiguë, l'ombre qui correspond aux tissus mous disparaît, bien que ces tissus puissent parfois s'ossifier d'abord, puis se résorber.

Lorsque le sinus présente une image anormale, il faut s'attendre pendant ou après le traitement à ce que:

- les lésions inflammatoires diminuent ou disparaissent;
- les kystes dentaires ou les tumeurs bénignes n'évoluent pas ou très peu; et
- les lésions malignes se développent et attaquent l'os.

ORIGINE DENTAIRE DE LA SINUSITE MAXILLAIRE

L'infection du sinus maxillaire peut être provoquée par:

- des abcès périapicaux aigus;
- une infection périapicale chronique;
- un problème périodentaire sévère (habituellement la trifurcation d'une molaire supérieure); et
- l'éruption partielle d'une dent.

Bower (1943) a souligné le fait que la radiographie ne permettait pas toujours de déterminer sans le moindre doute la présence d'une sinusite maxillaire d'origine dentaire. Il a conclu, après des examens au microscope, que la muqueuse antrale est souvent affectée même si l'infection périapicale est séparée du sinus par une couche osseuse relativement épaisse. Souvent, les lésions périodentaires qui entraînent la sinusite maxillaire ne sont pas détectées car les symptômes sont peu évidents. Les dentistes rencontrent donc le plus souvent la sinusite aiguë.

Le patient a souvent des antécédents de pulpite, la dent ne réagit pas aux épreuves de vitalité et, dans la plupart des cas, la lésion périapicale n'apparaît qu'à la radiographie. Les patients se plaignent d'une douleur provoquée par la mastication, d'une sensibilité à la percussion d'une ou de plusieurs dents, ou encore, de maux de dents constants.

Diagnostic différentiel: en présence d'une sinusite les épreuves de sensibilité de la pulpe révéleront probablement une hypersensibilité non pas d'une dent seulement, mais de plusieurs dents de l'arcade maxillaire. En présence d'une pulpite, seule la dent attaquée réagira. Si aucune carie ou aucune nécrose pulpaire n'est décelée cliniquement ou à la radio, il faut alors envisager la présence d'une sinusite.

CORPS ÉTRANGERS POUVANT CAUSER UNE INFECTION DES SINUS

Les racines, les fragments radiculaires ou osseux, et même des dents entières pénètrent parfois dans un sinus maxillaire à la suite de certaines procédures chirurgicales ou de traumatisme. Ils peuvent s'y enfoncer

lorsqu'une pression est exercée par inadvertance sur les tissus ou lorsque le resserrement d'un davier ou d'une pince repousse la dent vers le haut. Lorsqu'un ouvre-bouche est utilisé, une pression excessive peut pousser la deuxième prémolaire supérieure à l'intérieur de l'antre.

Des corps étrangers autres que les tissus dentaires peuvent également pénétrer dans le sinus à travers l'ouverture oro-antrale. Dans certains cas de la pâte de rebasage a été enfoncée dans le sinus au moment de la mise en place d'une prothèse immédiate. Les matériaux utilisés pour le traitement post-opératoire des alvéolites sèches et le tartre qui se trouve autour d'une dent pendant l'extraction, peuvent également être enfoncés dans le sinus.

Les premiers symptômes de la présence d'un corps étranger dans un sinus peuvent être un léger saignement du nez, une communication entre la bouche et le nez, ou encore un mouvement d'air ou de liquides buccaux à travers l'ouverture. Les symptômes qui apparaîtront par la suite correspondront à ceux de la sinusite aiguë et chronique, qui ont été expliqués précédemment. Dans certains cas, les patients ne se plaignent pas du tout.

FISTULE OROANTRALE

Une fistule oroantrale peut se présenter après l'extraction d'une dent, une blessure pénétrante, un traumatisme chirurgical ou un néoplasme. La suppuration du sinus maxillaire favorise la chronicité de la fistule et sa persistance. Les patients se plaignent habituellement de ce que les liquides et les aliments dont ils se nourrissent pénètrent dans leur chambre nasale.

Une suture simple de la fistule, pratiquée aussitôt que possible, peut permettre de la refermer définitivement. Cependant, lorsque le sinus maxillaire suppure, il faut éliminer tout le pus avant de tenter de boucher la fistule.

Il est intéressant d'observer qu'on a fait rapport de certains cas de sinusite provoqués par l'utilisation de dispositifs d'irrigation buccale, chez des patients atteints de maladies périodentaires avancées.

TRAITEMENT DE LA SINUSITE MAXILLAIRE

Selon l'état de morbidité du cas, le dentiste pourra décider de traiter cette sinusite lui-même ou envoyer son patient chez un spécialiste. Il est recommandé en fait de laisser un oto-rhino-laryngologiste ou un stomatologiste traiter les cas de sinusite chronique.

Le traitement de la sinusite aiguë est médical et non pas chirurgical. Il consiste à administrer des antibiotiques pendant 7 à 10 jours, ainsi que des vasoconstricteurs nasaux, et des médicaments de soutien tel que des analgésiques.

Habituellement, il est contre-indiqué de procéder à une intervention chirurgicale impliquant les parois osseuses des sinus pendant la phase aiguë de la sinusite. Une ostéomyélite de la mâchoire supérieure peut être déclenchée par un traitement malencontreux.

Le traitement de la sinusite chronique (ainsi que le traitement après la phase aiguë d'une sinusite) doit être conservateur et consiste en l'élimination chirurgicale des causes, telles que dent infectée, présence d'un corps étranger dans un sinus, fistule oroantrale, et polypes. Des lavages de l'antre et l'administration de vasoconstricteurs nasaux font également partie du traitement.

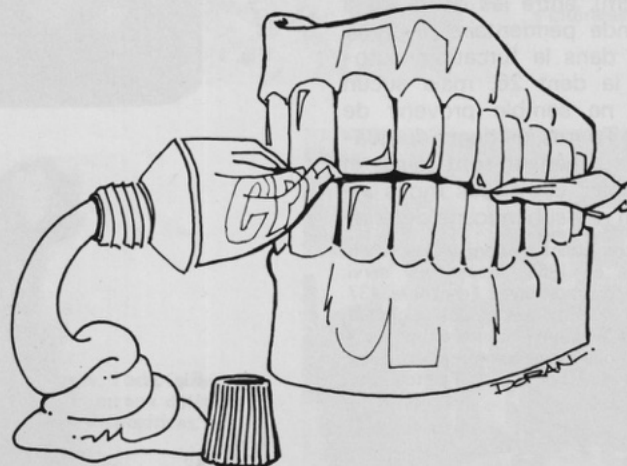
Si ces mesures échouent, il peut être indiqué de procéder à une antrostomie intranasale ou intrabuccale; cette procédure est recommandée pour les patients souffrant d'épaississement des muqueuses, d'abcès et d'ostéite du sinus.

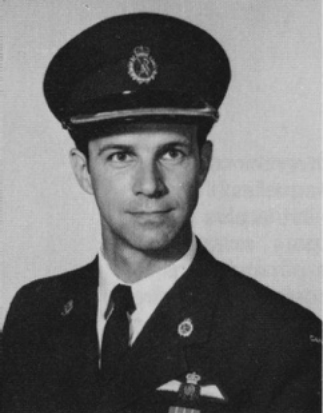
Le traitement de la sinusite chronique de la mâchoire supérieur est donc essentiellement un traitement

chirurgical. Il fait intervenir diverses techniques, parmi lesquelles l'opération de Caldwell-Luc est la plus généralement pratiquée pour extraire un corps étranger qui a pénétré dans le sinus ou pour remodeler ou extraire des tissus sinusaux. Les fistules oroantrales sont traitées par une combinaison de lambeaux pédiculés buccaux et palataux. Ces deux techniques, bien connues de tous les dentistes, sont expliquées en détail dans tous les manuels de stomatologie.

BIBLIOGRAPHIE

- a. Clinical Dental Roentgenology Technique and Interpretation - McCall et Wald, Chap. 30.
- b. Christopher's Textbook of Surgery - Davis, 9th edition pp 308-311. Saunders.
- c. Textbook of Otolaryngology - DeWise and Saunders, 3rd edit. pp 222-249, Mosby.
- d. Oral Roentgenographic Diagnosis - Stafne, 3rd edit. pp 102-114, Saunders 1969.
- e. Principles and Practice of Oral Radiographic Interpretation - Worth, H.M. Chap. 5.
- f. Surgical Involvement of the Maxillary Sinus - Dewey, A.R. Dent. Clinics of N.A., Nov 65., pp 691-701.
- g. Oral Surgery Involving the Maxillary Sinus - Fickling, B.W. Br. Dent. J., 103:6, 199-214, 1957.
- h. Prevention of Maxillary Sinus Disease of Dental Origin - Cohen, B.M. Oral Surg., Oral Medicine, Oral Pathology, 10:7 696-714, 1957.
- j. Radiographic Interpretation of Antrol Mucosal Changes due to Localized Dental Infection. - Worth, H.M. J.C.D.A., 38:111-6, Mar 72.
- k. Maxillary Sinus - Waits, D.E. Dent. Clinics of N.A., 15:349-68, Apr 71.





Maj B.D. Hamilton,
CD, B.A.Sc., DDS*

Description d'un Cas de Kyste Radiculaire

Le kyste radiculaire (également appelé kyste périapical, apical péri-dentaire ou radiculo-dentaire) est à l'origine de 10 à 43% de toutes les radiotransparences périapicales. La plupart du temps, la tumeur est découverte par hasard et elle se présente à l'apex de la racine d'une dent asymptomatique non vitale qui porte une carie ou une reconstitution en profondeur. Elle est parfois, mais pas dans tous les cas, le siège d'une douleur momentanée qui ne persiste pas.

On pense que ce kyste a pour origine un granulome périapical pré-existant, résultat d'une nécrose pulpaire causée par la carie. Il semble que l'inflammation de la zone périapicale associée à ce kyste favorise la prolifération des débris épithéliaux de Malassez qui aboutit à la naissance du kyste.

À la radiographie, le kyste radiculaire a le même aspect qu'un granulome périapical.² Il est plus fréquent dans la mâchoire supérieure que dans la mâchoire inférieure et se présente le plus souvent chez des patients âgés de 20 à 30 ans.¹

DESCRIPTION D'UN CAS

Le patient, un jeune homme de race blanche en bonne santé, âgé de 26 ans, se présente à la clinique pour un examen systématique. La radiographie "bite-wing" gauche révèle une radiotransparence diffuse dans la région de la trifurcation de la dent 26.

L'examen radiographique plus poussé du maxillaire fait apparaître une lésion radiotransparente étendue (environ 2 cm), entre les dents 25 à 27. Une sonde péri-dentaire disparaît entièrement dans la furcation disto-linguale de la dent 26, mais aucun écoulement ne semble provenir de cette cavité. Toutes les dents du quadrant gauche supérieur sont saines et ne branlent pas. Les tissus mous intra-buccaux n'ont subi aucune détério-

*Le Maj Hamilton obtint d'abord un degré en Génie électrique en 1966. Après avoir servi comme Officier de radio avec l'escadrille 437 jusqu'en 1970, il retourna aux études et gradua de l'université de Western Ontario comme dentiste en 1974. Il occupe présentement la position de dentiste-chef à la BFC de Trenton.

ration visible et l'os sous-jacent n'est ni enflé ni déformé. Le patient ne s'était absolument pas rendu compte de la présence de cette lésion. Il n'avait jamais ressenti de douleur dans la région malade ni souffert des sinus.

Une série de radiographies extra-orales des sinus, révèle une radiopacité non spécifique à bordure bien dessinée au plancher du sinus maxillaire gauche et surimposée à une radiotransparence.

Le patient est hospitalisé; sa dent 26 est extraite sous anesthésie générale en même temps qu'une tumeur volumineuse formée de tissus mous.* Dix cc de matière grumeleuse ou caséeuse sont extraits de la lésion par aspiration avant l'intervention chirurgicale. Le sinus lui-même ne semble pas atteint. Les parois de la lésion sont parfaitement lisses.

Le rapport du pathologiste qui a examiné la tumeur et la dent au microscope est le suivant:

"Les coupes révèlent une cavité kystique dont le revêtement est constitué en partie d'épithélium squameux et en partie de tissu inflammatoire. Ce dernier est envahi par des infiltrations diffuses de cellules inflammatoires de divers types. La composante épithéliale, bénigne du point de vue histologique, a été modifiée par l'envahissement inflammatoire surimposé. La cavité est entourée d'une enveloppe de tissu conjonctif fibreux dense. L'aspect général de la lésion est caractéristique d'un kyste radiculaire. Aucun signe d'inflammation spécifique ou de neoplasie n'a été observé."

*Le patient a été opéré par le Major J.D. McCallum, à la BFC Borden.

À l'examen post-opératoire effectué deux semaines après l'intervention, la guérison apparaît normale et aucune fistule bucco-antrale n'est observée.

ANALYSE

Ce cas présentait un intérêt particulier en raison du volume inhabituel du kyste et du fait qu'il avait été découvert initialement à l'occasion d'une radiographie de routine "bite-wing".

Le diagnostic pré-opératoire correct n'avait pu être formulé parce que la dent 26 s'était révélée vitale. Le kyste s'était sans doute développé autour de l'une des deux racines buccales de la dent mais la pulpe de la racine palatine était restée vitale et la radiographie faisait voir une lamina dura intacte à l'apex de la racine palatine.

Le patient, a été opéré sous anesthésie générale dans l'éventualité d'une opération de Caldwell-Luc et d'une trépanation de la paroi sinusale. Cependant une lamelle osseuse mince mais intact séparait le kyste de la cavité sinusale elle-même et sa présence, combinée au curetage prudent effectué durant l'excision du kyste, a évité la formation d'une fistule antro-orale à la suite de l'opération.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bhaskar S.N. Synopsis of Oral Pathology. Third Edition. St Louis, The C.V. Mosby Company, 1969.
2. Shafer, W.C., Hine, M.K. and Levy, B.M. A Textbook of Oral Pathology. Second Edition. Philadelphia and London, W.B. Saunders Company.

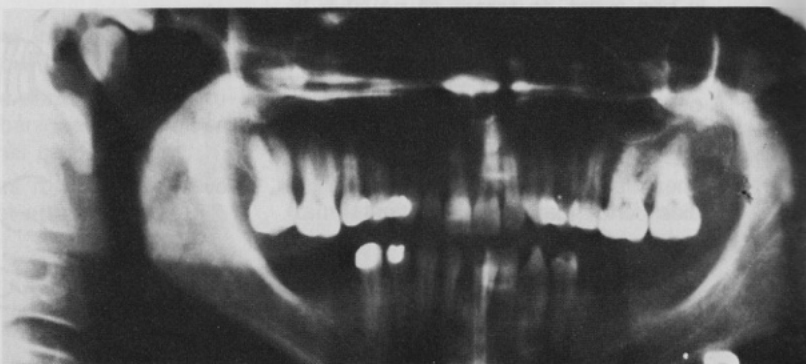
Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Nouvelles du SDFC

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

65^{ème} CONGRÈS MONDIAL ANNUEL - TORONTO CANADA

Le Canada a accueilli pour la première fois, à la fin d'octobre 77, le 65^{ème} Congrès Dentaire Mondial de la Fédération Dentaire Internationale. Cette rencontre annuelle a eu lieu à Toronto et plus de 2500 dentistes étaient présents. Si on ajoute à ce nombre celui des épouses, des auxiliaires dentaires et des représentants commerciaux, l'assistance s'élevait alors à plus de 5000 personnes. L'appel des nations fut sans contredit le fait saillant des cérémonies d'ouverture tenues le dimanche, 23 octobre, alors que les délégués des nations participantes répondirent à l'appel et furent acclamés par l'audience. Les thèmes principaux du Congrès étaient les suivants: "Un Nouveau Regard sur la Douleur et son Control", "Adhésion dans le Milieu Buccal" ainsi que "La Santé Buccale et le Bien-Être".

Les présentations ainsi que les réunions d'affaire du Congrès eurent lieu à l'hôtel du Congrès au centre-ville de Toronto. Des autobus faisaient la navette entre l'hôtel et le Parc d'Exposition Canadien National à quatre milles de là afin que les délégués puissent profiter de l'exposition commerciale et des présentations cliniques qui s'y déroulaient. On n'avait jamais organisé jusqu'à ce jour une exposition commerciale aussi importante pour aucune des conventions canadiennes. Un excellent étalage artistique en faisait partie, permettant aux délégués d'apprécier le talent de certains dentistes et de leurs épouses. Ce fut certainement un des événements non cliniques du congrès des plus intéressants.

La journée précédant la rencontre de la FDI, plusieurs des distingués membres de la Commission militaire et un nombre de membres de réputation internationale dans la profession dentaire ont visité l'École du Service Dentaire des Forces Canadiennes (ESDFC) à la BFC de Borden. Au nombre des visiteurs de marque on nota la présence du Brig. E.D. Stanhope (G.B.), Vice-Président de la Commis-

sion des Forces Armées; du Col L. Calatrava (Espagne); du Commandant M. Eiffrun (France); et du BGen G. Popp (République Fédérale Allemande); lesquels sont tous membres de l'exécutif de la Commission; du Dr. G. Watson, Directeur de l'exécutif de l'Association Dentaire Américaine; du Dr. J. Jardine, Président de l'Association Dentaire Française; et du Brig. A.G. Rowell (Australie), Président du Collège International des Dentistes.

Le BGen W.R. Thompson, Directeur Général du Service Dentaire, en tant que président de la Commission militaire, souhaita la bienvenue au Canada aux représentants des différen-

tes nations. De son côté le Col Wright, en sa fonction de Commandant de l'École, y accueillait officiellement la délégation. Avec l'aide de l'instructeur-en-chef, le LCol Andrews, il se fit par la suite un plaisir d'expliquer aux délégués et à leurs épouses, le rôle et les activités de l'École. Une tournée de l'établissement permit aux visiteurs d'observer l'entraînement dentaire en cours pour les officiers, les techniciens de laboratoire, les hygiénistes et les assistants. Un dîner fut organisé, lors duquel le BGen Beattie, Commandant de la base, décrivit le rôle passé et présent de la base de Borden. Par après, les épouses se rendirent à la galerie d'art McMichael à Kleinberg, Ont, pendant que les délégués militaires recevaient des instructions plus détaillées de notre organisation. Le LCol Begin, membre du personnel du Di-

Le Bgen C.E. Beattie, Commandant de la BFC de Borden, s'adresse aux délégués durant le déjeuner.



Le Maj K. Morley s'entretient avec le Brigadier A.C. Rowell (Australie) et le Dr. G.H. Leatherman (G.B.) pendant que l'Adjm Lambert s'intéresse à la présentation.



L'Adjm R. Todd faisant une présentation aux délégués à l'aide de diapositives.

rectorat fit une présentation sur le "Programme de Traitement et de Prévention du Service Dentaire des Forces Canadiennes" tandis que le Maj Cragg et l'Adjm Todd organisèrent des présentations cliniques sur les "Dentiers de Recouvrement" et sur "l'Identification des Prothèses". La journée se termina par des démonstrations sur "l'Équipement Dentaire de Campagne" par le Capt Cahoon, l'Adjc Everett et l'Adj Pion ainsi que sur "l'Entraînement et l'Utilisation du Thérapeute Dentaire" par le Maj Garriott, l'Adjc Matheson et l'Adjm Lambert. Bien que les gens ci-haut mentionnés se chargèrent officiellement des présentations, il était évident que tous les membres du personnel et les étudiants présents contribuèrent au succès de cette visite.

La Commission Militaire de la FDI dont le BGen Thompson est le président, a tenu deux conférences militaires à Toronto. La première de ces conférences a permis au Col Donely, membre du personnel du Directeurat de faire un exposé de "l'Organisation du SDFC" ainsi qu'aux Groupes de Travail de la Commission de soumettre leurs rapports techniques sur "l'Aérodontalgie" par le LCol G.O. Carlson de Suède, la "Perte d'Os Alvéolaire chez le Personnel Volant" par le Commandant R. Cronstrom de la Suède et sur le "Programme de Soins Dentaires pour les Sous-Mariniers et les Plongeurs de la Marine des É.-U." par le Capitaine R.B. Annis. La deuxième conférence militaire porta sur "l'Éducation Permanente des Officiers et Auxiliaires du SDFC". Elle fut présentée par le Col Wright et le LCol Andrews de l'École et le Col Richardson de la 12^{ème} Unité Dentaire à Halifax. Soixante-quatorze délégués représentant 18 pays y assistèrent.

Une réception militaire au Mess des Officiers de la base de Toronto le vendredi, 21 octobre 1977, faisait également partie du programme militaire et on y avait invité en plus des délégués militaires, les membres de l'exécutif de la Fédération.

Les activités militaires se terminèrent par une réunion très réussie des SDFC/CDRC dont l'Association du CDRC se fit l'hôte. Plus de 300 membres, anciens et actuels, du "Corps Dentaire" ainsi que les délégués étrangers du Congrès y prirent part.

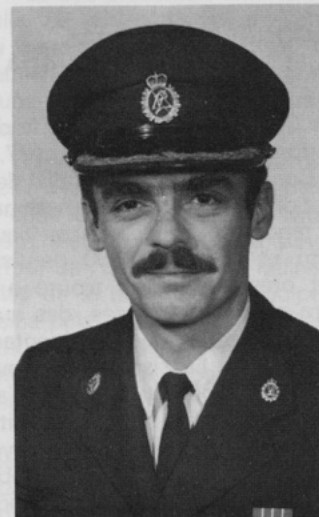
LE COL J.N. WRIGHT HONORÉ PAR LE COLLÈGE INTERNATIONAL DES DENTISTES



À l'occasion du Congrès dentaire mondial de la Fédération Dentaire Internationale, tenu à Toronto en octobre 1977, le Col J.N. Wright, Commandant de l'École du Service dentaire des Forces canadiennes, fut l'un des seize dentistes qui reçurent le titre de Fellow du Collège International des Dentistes. Ce titre de FCID lui fut décerné lors de la Cérémonie de Convocation et du dîner à l'hôtel Harbor Castle Hilton de Toronto. Cet honneur est conféré à des dentistes en reconnaissance de leur importante contribution à l'avancement de l'Art et de la Science dentaire.

Le Col Wright, spécialiste reconnu en Periodontie et détenteur d'une Maîtrise en Pathologie buccale, a oeuvré pendant plusieurs années au sein d'organismes dentaires tout spécialement dans le domaine de l'éducation. Il a donné plusieurs conférences lors de réunions régionales, provinciales et nationales et il est l'auteur de plusieurs articles professionnels. Il a de plus agi comme aviseur et représentant de divers corps professionnels nationaux. Incluant le Col Wright, quatre dentistes des Forces canadiennes détiennent présentement ce titre.

LE LCOL MCCALLUM AIDE À L'IDENTIFICATION DES VICTIMES D'UN ACCIDENT AÉRIEN



Un évènement tragique survint mercredi le 7 septembre 77 lorsqu'un petit avion privé heurta l'antenne de diffusion des ondes de télévision de Barrie, Ont. Les cinq personnes à bord périrent dans l'accident. L'impact fut tellement brutal que l'identification des victimes s'avéra très difficile et on dû faire appel au LCol McCallum, le dentiste-chef de la BFC Borden pour établir l'identité des victimes.

En comparant le statut dentaire des personnes décédées avec les dossiers fournis par leurs dentistes respectifs il fut possible d'établir l'identité de ces personnes de façon positive.

C'est un rôle hors de l'ordinaire pour les dentistes des FC que celui joué par le LCol McCallum, mais c'en est un que plusieurs dentistes militaires ont cependant été entraînés à jouer. Au besoin, certains dentistes des FC sont choisis par le SDFC pour étudier la dentisterie légale à l'Institut de Pathologie des Forces Armées Américaines, Washington, D.C.

Ce malheureux accident démontre l'importance et la nécessité d'un tel entraînement.

NOUVELLES GÉNÉRALES



bienvenue

Capt C.C. Haynes, Adj T. Harvot, Cpl R. McLeod, Cpl J.R. Gallant, Sdt G.K. Bédard, Mme G. Dorval.

adieux

Capt J. Wynes, Adjm R. Pelletier, Adj E.G. Webb, Sgt D. Ellis, Sgt P. Dignard, Sgt E. Snippa, Cpl H. Leong, Sdt L.M. Crockett, Sdt M.L. Boulianne, Mme M. Bowles

promotions

Adj — J.J. Pouliot
Adj int — M.Y. Fletcher, R.A. Gayler, M. Williams
Sgt — M. Forlipa, D. Bowering, J.E. Rémillard
Sgt int — G. Porteous

instruction

Instruction Professionnelle

Cours abrégé de Spécialisation
Institut de Pathologie des Forces Armées
Washington, D.C. (1 – 6 oct 77)
Maj J.C.A.Y. Ayotte

ESDFC BFC BORDEN

Dentisterie Générale pour Officiers
(21 sep 77 – 05 oct 77)
Maj E.T. Dalzell, Maj J.L. McNeill, Maj M.A. Pilon, Maj E.R. Sasse, Capt R.G. Button, Capt J.A. Chaume

Chirurgie buccale clinique (12 oct 77 – 28 oct 77)
Maj J.A.G. Boulanger, Maj E.W. Gra-

ham, Capt J.G. Brass, Capt D.E. Rawson, Capt(F) E.A. Toporowski, Capt G.E. Tucker

Cours de Thérapeute Dentaire 6A (14 sep 77 – 20 mar 78)

Sgt J.D. Angus, Sgt M.J. Craig, Sgt(F) E.W. Creelman, Sgt(F) P.J. Lunney, Sgt D.S. Smith, Sgt J.L. St – Pierre

Cours de Technicien de Matériel Dentaire 6A (05 oct 77 – 15 dec 77)

Sgt int V.E. Gorman, Cplc A.D. Hurley, Cplc L. Petkow – Awramow, Cplc (F) P.J. Searle, Cplc W.C. Spates, Cpl J.G. Allain, Cpl P.R. Coss, Cpl N.G. Jones, Cpl L.W. Parker, Cpl G.L. Payette, Cpl L.C. Street

Cours d'Assistant Dentaire TQ3 (12 oct 77 – 20 dec 77)

Cpl M.M.J. Fournier, Sdte J.H. Laur, Sdte C.R. McClure, Sdte M.M. Stevens, Sdte J.K. Walia, Sdt D.S. Weir

INSTRUCTION DES FORCES CANADIENNES

BFC Borden

Cours SIT 1

Capt N. Boucher – 12 – 23 sep 77
Adj H. Gapmann – 22 août – 02 sep 77

Cours de Chef Supérieurs (2 oct – 09 nov 77)

Adj int R.A. Gayler
Adj int M. Williams

BFC St Jean

Cours POET (19 août – 10 nov 77)

Cpl J.L. Leclerc

BFC Kingston

POET Course (10 août – 04 nov 77)

Cplc R.L. Solomon

INSTRUCTION DANS L'INDUSTRIE PRIVÉE

Technique Or – Porcelaine
New Rochelle, N.Y. (26 – 28 sep 77)
Adj H.K. Gapmann, Sgt R.S. Black, Sgt C.H. Challenger

décorations

1ère barette au CD
Adj C. Lefebvre
Sgt A.H. Peck

mariage

Nos meilleurs vœux de bonheur:
Sdte M.J. Picard et M.H. Bouchard;
Sdte R.A. Dufresne et Sdt Richer Laflame

naissances

Félicitations:
Maj et Mme K. Morley, Capt et Mme J. Bilodeau, Capt et Mme R. Button, Capt et Mme K. Howie, Capt et Mme G. Tucker à l'occasion de la naissance de leurs filles

deuils

Nos condoléances des plus sincères à:
Adj D. Mason pour la perte de sa mère
Cplc W.D. Jackson qui vient de perdre son père
Mme D. Manfredi pour la perte de sa mère

15ième Tournoi de Golf Annuel du SDFC

A la suite des rondes éliminatoires régionales, les meilleurs golfeurs du SDFC se sont réunis de nouveau à Trenton, le 16 septembre 77, pour le 15ième Tournoi Annuel. Quarante-trois golfeurs s'étaient enregistrés et plus de cent huit membres et anciens membres assistèrent au banquet de clôture le soir même.

Les participants, à l'exception de quelques "doublés" qui se désistèrent, durent affronter le froid et la pluie en plus des obstacles de terrain habituels. La pluie diluvienne ne parvint cependant pas à inonder, ni même diluer, leur camaraderie et leur esprit sportif.

La soirée BBQ du jeudi soir fut sans contredit l'événement social le plus populaire; cent vingt-six amateurs de golf et leurs sympathisants s'y rencontrèrent.

Nous tenons à féliciter tout spécialement les membres de l'équipe de l'Unité Dentaire no 1 qui se sont mérités le trophée RCDC(R), ainsi que le Capt Erick Reid et le Maj Moe Freedman qui ont respectivement remporté le trophée K.M. Baird pour le plus bas compte total et le trophée G.R. Covey pour le plus bas compte net.

Des prix ont été ajoutés cette année pour le groupe des anciens membres. Ce geste s'étant avéré très populaire, nous voulons faire de même l'an prochain. Nous espérons que ceux qui n'ont pas accédé aux honneurs ne se décourageront pas et seront de retour l'an prochain pour contribuer au succès du 16ième Tournoi.

TROPHÉE RCDC(R)
Unité Dentaire No 1
Membres de l'équipe
Maj M. Freedman
Maj J. Marcil
A/Maj G. Boulanger

TROPHÉE K.M' BAIRD
compte total — Capt E.L. Reid

ANCIENS MEMBRES
compte total — M. B. Pollock
compte net — Dr. J. Harrison

TROPHÉE G.R. COVEY
compte net — Maj M. Freedman

GROUPE "A"
compte total
Capt H.W. Garland
Adj. M D. Davies
M. T. Batton
Dr. B. Bradley
A/Maj G. Boulanger
Dr. A. Andrews
Sgt G. Anderson

compte net
Maj J. Marcil
Capt R. Leblanc
Dr. Y. Gagonon
Maj B. Yates
Maj E. Dalzell
Capt R. Smith
Col J. Wright

GROUPE "B"
compte total
Col L.R. Pierce
Adj P. Harkin
LCol N.H. Andrews
M. C. Loken
BGen(Ret) K.M. Baird
Sgt D. Morphett
M. C. Casterton

compte net
Col D. Protheroe
Col G. MacDougall
Capt B. Harper
Col L. Richardson
Adj D. Cormie
Maj R. Carver
LCol R. Fortier

GROUPE "C"
compte total
LCol J.H. Marion
BGen W.R. Thompson
Capt D. Cahoon
Dr. H. Chestnut
Capt L. Hatcher
Capt D. Grenier
Maj R. Thompson

compte net
Capt W. Dawson
Maj W. Fallon
M. G. Bradley
Capt R. Thomas
LCol M. Deyette
Capt R. Rawson
LCol B. Houde

LE PLUS PRÈS DU TROU — BGen(Ret) K.M. Baird
LE PLUS LONG COUP — Dr. B. Bradley
LE GOLFEUR LE PLUS HONNÊTE — Mlle F. Freemark



Le quatuor de départ G à D: BGen W.R. Thompson, Col(Ret) G.R. Covey, Col G. MacDougall, Col L.R. Pierce.

Trophée des Officiers du RCDC (R)
Présenté à la meilleure équipe (compte total) par le BGen W.R. Thompson
Equipe de l'Unité Dentaire no 1 G à D:
Maj J.A.G. Boulanger, Maj J.F.A. Marcil,
BGen W.R. Thompson, Maj M.W. Freedman

Trophée K.M. Baird Gagnant — Compte total. Présenté par le BG (Ret) K.M. Baird au Capt Erick Reid.

Trophée G.R. Covey Gagnant — Compte net. Présenté par le Col(Ret) G.R. Covey au Maj M. Freedman.

Prix des Anciens Membres



1er compte net M. Jack Harrison



1er compte total M. Blair Pollock

Présentés par le Col L.R. Pierce

