

LA SANTÉ
DANS VOTRE BOUCHE

Les dents gouvernent votre équilibre

Dr. DAVO KOUBI

LA SANTÉ
DANS VOTRE BOUCHE

Les dents gouvernent votre équilibre

JACQUES
GRANCHER
98 RUE DE VAUGIRARD
75006 – PARIS

Pour le sourire d'Hélène

À Agnès

Pour avoir préfacé ce livre, pour en avoir révisé le manuscrit. En aidant à les organiser, elle a participé aux idées essentielles de ce livre.

© 1991, by Jacques Grancher, Éditeur, Paris.

TABLE DES MATIÈRES

AVERTISSEMENT : LE MAL MASQUÉ	7
CHAPITRE I : REFLET DE LA BOUCHE-MIROIR	8
CHAPITRE II : QUARANTE SIÈCLES AVEC LA MALADIE D'ORIGINE DENTAIRE	11
CHAPITRE III : LE PROCÈS DU SUCRE.....	13
Processus carieux. — La maladie par le sucre. — Soins et responsabilité. — Prophylaxie. — Le psychoglucidisme. — Limite de la prévention contre la source d'un mal.	
CHAPITRE IV : LE DIAGNOSTIC DES FOYERS	17
Examen clinique. — Examen radiographique. — Limites du diagnostic. — L'enquête. — Conclusion. — Déficiences pouvant disparaître après stomatothérapie précoce.	
CHAPITRE V : LA DENT DÉGRADÉE.....	23
Dégradation de l'organe dentaire. — Dent morte et intoxication. — Intoxication et effet météorologique.	
CHAPITRE VI : LA VOIE DE LA MALADIE	27
Infection. — Irritation. — Effet traumatique. — Conclusion.	
CHAPITRE VII : FOYERS DENTAIRES ET FACTEURS DE RISQUES PRÉDISPOSANT À L'ÉVOLUTION DE LA MALADIE	32
Le terrain. — L'hérédité. — Le stress. — La psychosomatique. — Obésité. — Amaigrissement. — Le concept « psycho-neuro-immunologique ». — Dérèglement hormonal. — Rejet et allergie. — Dépression du système immunitaire. — Effet cancérigène. — Aperçu synthétique des effets à distance.	
CHAPITRE VIII : TESTS STOMATOLOGIQUES	44
Le langage du corps. — Les tests. — La neuralthérapie. — Technique. — Neuralthérapie et odontostomatologie. — Test au pouls (TP). — Test au métal (TM). — Test d'hygiène (TH). — Test dentinaire (TD). — Test d'ouverture (TO). — Test à l'essence médicinale (TE) ou avec un antiseptique. — Test d'isolation (TI). — Test au froid (TF). — Test au laser (TL). — Test de posture (TPO). — Pour une explication. — Conclusion.	
CHAPITRE IX : LIMITES ET ÉCHECS DE LA SOLUTION	52
Lacunes dans le diagnostic révélateur des foyers mis en cause. — Pérennité de l'irritation focale. — Seuil d'irréversibilité.	
CHAPITRE X : PROCÈS DE L'EXTRACTION	54
La solution. — Extraction et anesthésie. — Prévention contre l'extraction.	
CHAPITRE XI : PRISE DE CONSCIENCE.....	60
Chez la femme enceinte. — Chez le nourrisson. — Chez l'enfant et l'adolescent. — Chez l'adulte. — Propositions d'actions à court terme.	

CHAPITRE XII : ATTITUDES THÉRAPEUTIQUES	66
Dentisterie restauratrice : respect du dogme de la conservation de la vitalité pulpaire. — Rééquilibrage fonctionnel. — Endodontie. — Parodontologie : soins des gencives. — Orthodontie. — Chirurgie. — Nécessité de collaboration médecin-odontostomatologiste.	
APPENDICE : CES MALADIES GOUVERNÉES PAR LES DENTS	69
Évaluation de la santé générale. — Troubles de l'activité tonique posturale. — Considération médico-sociale. — Affections du cœur et des vaisseaux. — Disparité des déficiences et des maladies d'origine dentaire. — Affections oculaires. — Affections respiratoires, digestives, musculaires. — La goutte. — Troubles génitaux. — Foyers dentaires et hygiène de la grossesse. — Troubles nerveux et mentaux. — Discussion. — Conclusion.	
GLOSSAIRE	87
BIBLIOGRAPHIE	90

PRÉFACE

Durant quarante années d'expérience professionnelle, mon père s'est attaché au décodage des liaisons irritations dentaires/pathologie générale.

Depuis mon enfance, j'ai suivi avec passion les pérégrinations d'un « découvreur ». Les améliorations cliniques, voire les guérisons souvent spectaculaires qu'il obtenait, mettaient en évidence l'importance des foyers dentaires. La diversité des affections concernées — physiques, métaboliques, neuro-endocriniennes, psychiques... — démontrait, avant l'heure, l'interdépendance physiopathologique de tous les organes et de toutes les fonctions du corps humain.

Cependant, malgré des résultats probants, force est de constater que son discours n'a pas toujours été entendu ni même compris.

Mais les temps changent et la brèche dans le mur de la connaissance médicale s'élargit de jour en jour. Cette évolution s'explique par une approche pluridisciplinaire et non par une spécialisation excessive. On admet de plus en plus aisément que la santé est conditionnée par la régulation harmonieuse d'un équilibre au sein d'une unité de structure. Afin de mieux appréhender les différents mécanismes, il importe de conserver toujours présente à l'esprit l'interdépendance de tous les systèmes de l'organisme.

De multiples facteurs structuraux, chimiques, émotionnels, innés ou acquis, aigus ou chroniques, opèrent simultanément dans la chaîne de l'établissement d'un processus pathologique. Aussi, à l'aube de la psycho-neuro-immuno-endocrinologie se doit-on d'y intégrer un maillon incontournable : le phénomène lésionnel ou « stress » bucco-dentaire. C'est un facteur prédisposant, sensibilisant, localisant. Il modifie le terrain, affaiblit les défenses, facilite et entretient les perturbations. Mais son existence ne provoque pas nécessairement de symptômes. Pourquoi un patient présente-t-il des dégradations dentaires sévères sans aucune lésion à distance, alors qu'un autre patient avec des foyers identiques, voire moindres, souffre de troubles importants ? A chaque individu correspond un seuil de tolérance biologique aux agressions. Tant qu'il se maintient, la présence d'agents stressseurs, en l'occurrence bucco-dentaires, ne donne lieu à aucune manifestation. Il convient d'adopter une attitude préventive favorisant sa stabilité. Ce seuil franchi, on assiste au dysfonctionnement des mécanismes de régulation ; alors la maladie apparaît.

Averti du concept d'interdépendance, le médecin, en collaboration avec l'odontostomatologiste et le biologiste, définit les champs d'investigation prioritaires et les orientations thérapeutiques adaptées. Elles tendent à assurer le retour à la normale du seuil de tolérance.

La stomato-analyse cerne la probabilité perturbatrice des facteurs de risque bucco-dentaire dans la préparation, l'installation ou l'évolution d'un trouble à distance. Elle repose sur l'application de tests spécifiques de localisation. Ils permettent la différenciation des épines irritatives causales. L'équilibre de la santé dépend de leur neutralisation ou de leur élimination.

Ce livre intéressera tous ceux qui souhaitent disposer d'une vision d'ensemble des processus physiologiques, et du bien-être.

Dr Agnès KOUBI

AVERTISSEMENT LE MAL MASQUÉ

« S'il se trouve une chose dont on dise : Voyez, ceci est nouveau... cette chose existait déjà dans les siècles qui nous ont précédés »¹.

Le soulagement des douleurs et des maladies, à la suite de l'extinction de foyer dentaire dans le corps humain, a laissé des traces dans l'histoire de la médecine.

A ce sujet, on peut méditer sur l'étrange réflexion d'un rhumatologue, interne des Hôpitaux : *« Oui, il exagère... mais il a raison. »* Ce médecin continue à se référer à l'efficacité de cette « exagération » pour soulager ses patients.

Ce livre soulève le voile d'un monument biologique originel. Pour le « grand public », il ne se charge pas de précisions savantes, réservées aux spécialistes. Il banalise le geste odontostomatologique².

Il ne s'agit pas d'exposer ici des cas particuliers ou liés à des coïncidences. Les exemples contenus dans le fichier clinique concernent n'importe quelle douleur, déficience ou maladie de chaque femme, chaque homme, chaque enfant... chaque chien. Le constat des mêmes faits, en tous temps et tous lieux, est irréfutable.

La disparition, souvent immédiate, de toutes sortes de douleurs et la régression de déficiences physiques voire « mentales », grâce aux soins appropriés de certaines dents, parfois jusqu'à éviter précisément leur conservation, est une réalité.

¹ Ecclésiaste 1, 10-11.

² Odontostomatologique : relatif à la dégradation des dents et aux maladies de la bouche (Voir glossaire).

I

REFLET DE LA BOUCHE-MIROIR

« *Ce n'est pas la rareté de la santé qui importe, c'est l'invasion des déficiences.* »

VOLTAIRE, *Histoire de Charles XI.*

Je me souviens d'un des premiers enseignements à propos de la « *bouche-miroir* ». Des auteurs classiques, anciens ou contemporains, y ont découvert l'origine de toutes sortes de maladies générales. S'y reflètent les marques indélébiles de l'hérédosyphilis, le prélude de la rougeole, les stigmates de maladies infectieuses, de déficiences cardiaques, de rhumatismes, de troubles nerveux ou hormonaux et immunologiques.

« *La bouche ou la vie* », ironise-t-on. Mais, bien que l'on sache que les dégradations buccodentaires provoquent, tôt ou tard, l'éclosion d'affections souvent graves, le peu d'intérêt pour ces rapports de cause à effet est constant. Le « mal », avec la « *pathologie d'origine dentaire* », l'emportera-t-il toujours sur le « *bien* » de santé ?

En 1945, à mes débuts universitaires, il me semblait illusoire d'essayer de mettre en échec un désordre organique, avant d'en bien connaître la cause première. Le goût de la preuve expérimentale, reproductible en tout temps et lieu, sous-tendait mes interrogations.

Providence ! La luminosité relative de la sphère buccale confortait mes réflexions. Elle pouvait éclairer l'exploration du milieu intérieur dégradé. La bouche, aussi restreint qu'apparaissait l'arc dentaire, ne me semblait pas avoir de limites. S'y découvrait un modulateur d'inter-relations complexes entre les hormones, les nerfs, les enzymes et les combinaisons moléculaires que, de toute évidence, l'on ne perçoit pas de prime abord. Une compréhension plus acceptable de la pathologie générale se dégageait. Du même coup, un univers extraordinaire s'ouvrait.

Une inquiétude de l'adolescence m'avait sans doute sensibilisé. Car j'avais assisté ma mère désorientée par la douleur. Sans recours, dans sa 45^e année, elle mourait. La réminiscence de cette tristesse infinie a dû agir comme un catalyseur sur mes interrogations : « la haine de la maladie et de la mort »¹ m'avait imprégné.

Dans mes jeunes années, je fus donc confronté à l'absurdité de la dégradation de l'être qui m'était le plus cher au monde. Le déploiement des cocktails pharmacologiques des années 1930, un régime alimentaire draconien, à la mode « *macrobiotique* » actuelle, et les seringues de l'infirmière ponctuaient les maux de tête, la paralysie faciale, les vertiges, les élancements rhumatismaux, l'enflure de l'abdomen, la lourdeur des chevilles et les larmes de ma mère. Des vomissements incoercibles la laissaient le visage marqué, joues et paupières enflées, dans un état de torpeur. Sa tension artérielle atteignait 29.

Désespérée, elle avait même placé ses espérances en des rites religieux et des formules magiques. Un guérisseur lui plaçait une boucle d'or à l'oreille et un bracelet de cuivre au poignet. Elle n'en tira aucun profit, hormis l'évasion. Comme d'autres victimes, saturées de conseils, de tisanes et de préparations pharmaceutiques, elle vénérât ce « *détenteur* » des forces inexplicables...

J'entends encore sa plainte... sans révolte, elle réclamait une fin libératrice de la douleur. Pour ceux qui se savent condamnés à la souffrance, le néant devient la délivrance suprême.

Le sourire de ma mère découvrait des reflets métalliques, couvertures protectrices de dents dévitalisées par le sucre ou par les « *traitements conservateurs* ». Je ne savais pas y reconnaître leur charge productrice de lourdes épreuves et, en conséquence, leur arrêt de mort.

Si j'avais su...

« *Mais qu'auriez-vous fait ?* », demandez-vous. *Je lui aurais ôté une dent.* Oui, dans l'urgence, une certaine dent couronnée d'or.

¹ J. Hamburger in *La puissance et la fragilité*. Paris, 1972.

Car, plus d'une fois, dans mes jeunes années, je l'avais accompagnée chez le dentiste. Elle y subissait la « *dévitalisation dentaire* », promise aux consommateurs d'aliments sucrés qui ne faisaient jamais défaut sur notre table. A l'âge de 45 ans, un cataclysme cérébral la foudroyait. Apoplexie.

Un autre souvenir marqua ma démarche de praticien. Tout au long de cette déchéance, mon père prétendait percevoir une simulation ou une exagération de la malade. Infatigable et donc laborieux, généreux et bon vivant, il débordait d'une activité rabelaisienne. Comme les gens bien portants, il ne comprenait pas la maladie. L'époux autoritaire n'acceptait pas sa compagne malade, voire quelque peu simulatrice. Il participait d'une interprétation impressionniste, surréaliste, « *psycho-somatique* » avant la lettre.

Mais, quelques années plus tôt, en 1930, alors qu'il était âgé de 45 ans, inapte, amaigri, essoufflé, il avait dû subir le verdict de la Faculté : congestion pulmonaire (affection grave avant les antibiotiques). On pronostiqua sa fin prochaine. Nous étions ruinés...

Une enflure douloureuse du visage nécessita l'extraction de reliquats dentaires pyorrhéiques (gencives purulentes). L'intervention le rendit édenté, maxillaires délivrés de l'infection chronique, affaibli mais guéri. Des dents artificielles rajeunirent ses traits. Bientôt son mètre quatre-vingt-cinq porta fièrement ses cent six kilos. La bouche déchargée de niches putrides (tels les habitants de Vilcabamba², en Équateur, lesquels, à quatre-vingt-dix ans, sacrifient à Vénus), il ne connut plus jamais le sort des êtres malades ou déficients. Mon père affirmait et prouvait alors, à l'excès, qu'on vit pour manger, boire, faire l'amour et s'accomplir. Il en mourut à 77 ans.

Dans l'aura hospitalière du service de stomatologie de mes débuts, je fus marqué par une surprenante relation de cause à effet. Une femme souffrait d'une maladie de peau : pendant neuf années, croûtes suppurantes sur le visage et entre les omoplates.

Elle reçut l'injection sous-cutanée d'un principe pasteurien, d'un autovaccin préparé à partir de la flore microbienne prélevée dans sa gencive entartée.

Je fus séduit tout d'abord par cette recherche bactériologique et cette intervention. A l'époque (et encore aujourd'hui), on enseignait que la maladie des gencives résultait de l'affaiblissement du tube digestif, du foie, des intestins, des ovaires ou d'autres organes. Il nous fallait donc admettre que des réactions générales provoquent le saignement ou la suppuration des gencives, et aussi des effets dermatologiques. Quoi de plus rationnel !

Pour séduisant qu'il pouvait paraître, le raisonnement s'égarait dans des vérités bactériologiques discutables et des incertitudes immunologiques. Il n'y avait là aucune spécificité étiologique, c'est-à-dire relative à la recherche des causes. L'origine fondamentale du mal, susceptible d'élimination immédiate, ne se discernait pas. Pourtant, il fallait s'interroger au sujet de la disparition d'un facteur pathogène. En effet, au premier jour de ce traitement, j'avais pratiqué l'ouverture nauséabonde d'une molaire putride. L'extraction suivit. La maladie de peau disparut. L'autovaccin y était-il pour quelque chose ?

Cette même causalité réapparut quelques mois plus tard. Après extraction d'une dent de lait cariée, une autre maladie de peau, le nervosisme, les cauchemars, l'insuffisance respiratoire d'un jeune garçon, et une surprenante hyperglycémie, chez une fillette de onze ans, disparurent en quelques jours. Je remarquai aussi que le détartrage des dents provoquait l'amélioration de l'état général de certains patients.

Mais l'apparence simpliste de ces matières premières du diagnostic ne permettait pas de dépasser la réserve de l'apprenti. La perplexité du néophyte obligeait à un silence prudent. Néanmoins, l'approche du noyau dentaire de la maladie m'apparaissait plus étiologique, aussi nécessaire que le vaccin, l'auscultation, l'analyse du sang, des humeurs ou l'électrodiagramme.

La possibilité de neutraliser la source des dégradations de l'état général guidait mes observations, mes réflexions et mes lectures au cours des années suivantes. Mon avide curiosité ployait sous l'évidence de la disparition de douleurs et d'une multitude d'affections aiguës ou chroniques.

Comme pour apprécier avec plus de raffinement les joies que suscite « l'euréka », le sort m'offrit une étrange expérience. Depuis le traitement d'une de mes molaires supérieures, « morte » et

² Vilcabamba — Davies D., *Les Centenaires des Ages*, 1976.

couronnée à quinze ans, je présentais des états de fatigue dominés par les maux de tête, les vertiges et la tachycardie. Quinze années plus tard, des crises paroxystiques me transportaient dans un état de quasi invalidité. Les médicaments, la diète, le yoga, les massages n'eurent jamais raison de ces manifestations pathologiques. Des vomissements nocturnes me laissaient assommé, visage marqué, paupières gonflées. Diagnostic médical : déficience de la vésicule biliaire, aérophagie, appendicite chronique, sinusite et hypertension à 16.

Durant de longs mois, mes activités furent suspendues ou réduites. Je refusai la chirurgie de l'appendicite, et décidai d'assainir mon corps en extrayant la molaire supérieure indolore mais « *dévitalisée* ». La radiographie ne trahissait la présence d'aucune lésion gingivale ou osseuse. Au préalable, la reprise des soins spécialisés sacrifiait aux tentatives de la « *dentisterie conservatrice* ». Mais la thérapeutique renouvelée (ozone, traitement électrique, antibiotiques, agents chimiques), peut-être inadéquate ou mal dosée, entraîna de spectaculaires « réactions à distance ». La recrudescence de maux de tête, de douleurs dans la nuque, d'essoufflement, de vomissements me forçait à un absentéisme chronique.

L'extraction de la molaire, aussitôt libératrice, décidai avec acuité du sens que je devais continuer à donner à mes actes quotidiens et à la discipline de mes pensées. Chez des milliers d'exemples, après suppression de cette cause, chaque soulagement, guérison ou rémission de douleurs et de troubles généraux est devenu plus tard une pièce à conviction supplémentaire.

Un voile s'était déchiré. Le « miroir » virtuel s'était matérialisé et aidait à préciser quelques lignes directrices pour le mieux-être. Son éclat illuminait le sens clinique.

Dans les années 1950, une des informations de notre patron³ traitait du thème des dégradations générales d'origine dentaire. Cette évidence a eu, en Amérique surtout, « *un retentissement énorme, à un point tel que presque toute la pathologie en devint tributaire* », écrivait-il. Cela justifiait mes préoccupations. Je me sentis moins seul.

Le fonctionnement d'un hôpital, pour une grande part, se calque donc sur la pathogénie du système dentaire dégradé. L'expérience aidant, je dépassai le mutisme du témoin isolé, et fis une première communication en 1963.

Toute autre incidence par ailleurs mise à part, le système dentaire, depuis l'origine de l'homme, s'ancre au centre de gravité où se font et se défont les affaires de la vie. Il est, à notre insu, le modulateur de nos impulsions, de la manière d'être, de se situer, du fonctionnement de tous nos organes ; de subtiles combinaisons électro-chimiques bucco-dentaires originelles décident de l'équilibre corporel et de déficiences.

Le rempart biologique de la vie se construit sur une denture forte. Si l'homme est un apprenti (sorcier), le facteur dentaire est son maître et sa mesure.

³ Patron — Vilensky J., hôpital Lariboisière, Paris.

II

QUARANTE SIÈCLES AVEC LA MALADIE D'ORIGINE DENTAIRE

Nous ne connaissons pas tous les phénomènes biologiques qui président à l'équilibre physiologique ou à l'autodestruction. Cependant, en médecine, l'origine dentaire de certains maux est connue depuis la plus haute Antiquité. Des papyrus l'attestent ; il y a près de 4 000 ans, des médecins babyloniens connaissaient le rapport entre la dégradation dentaire et les maladies gynécologiques. Ils obtenaient la guérison en assainissant la mâchoire.

Deuxième référence significative gravée sur des tablettes d'argile (Ninive vers 650 av. J.-C.), le médecin Arad-Nassa persuada un prince d'Assyrie de la nécessité d'extractions dentaires, pour le soulager de maux de tête et de douleurs dans les articulations.

Cette décision thérapeutique révélait un art avancé car tout porte à penser qu'elle s'appuyait sur le message et l'expérience de plusieurs générations — les moyens qui accompagnaient les affres de l'extraction n'étant pas à cette époque particulièrement sophistiqués. A en juger par les textes babyloniens, une blessure inutile, infligée à un prince, pouvait conduire le chirurgien à la mort. Sans l'assurance que confère la connaissance, sans faille, du fondement de la maladie, comment Arad-Nassa aurait-il osé ?

A Paris, au XVII^e siècle, époque d'ignorance de la dentisterie technologique, Jean-Louis Petit, professeur de chirurgie, traitait des « *tumeurs qui sont produites par la carie des dents* ». Entre autres effets, il observait « *une migraine opiniâtre qui fut guérie par l'extraction de deux dents surnuméraires* ». Son « *Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent* » fit autorité jusqu'au début de notre siècle.

En 1816 à Philadelphie, on redécouvrait la relation dents-maladies générales.

En 1885 en Allemagne, on recherchait et supprimait les mêmes causes.

En 1892 et 1917, on publiait aux États-Unis des ouvrages sur « *l'infection focale* »¹ chronique, responsable de l'arthrite, de phlébites, d'altérations des voies urinaires et de symptômes généraux.

Au début de notre siècle, Pavlov et son collègue Spéranskii alertaient la conscience médicale, à propos de l'« *irritation focale* ».

Des praticiens ont mis en évidence ces effets dentaires. « *Ils contribuent à la dégradation de la santé d'une façon manifeste et pourtant insoupçonnée non seulement d'eux-mêmes (les dentistes), mais encore des médecins, sans en apercevoir l'origine... On a plus vite fait d'invoquer la grippe, la migraine, la colibacillose, l'aérophagie ou la neurasthénie pour masquer l'ignorance des causes réellement productrices de ces maladies* »².

Des dents, considérées à tort comme saines, puisque soignées, sont reconnues responsables de lésions et de « *maladies satellites* »³.

Dans les années 1950, en Allemagne, il fallait indemniser les rescapés des camps de concentration. Un certain texte d'expert médical objectivait la cause dentaire, presque toujours présente. La faim, le froid, la saleté, l'humidité, tant de contraintes connues dans les camps, ne suffisaient plus pour expliquer la persistance de symptômes généraux bien des années après la captivité. Des spécialistes trouvèrent des « *foyers* » dans l'arc dentaire, là où ils les soupçonnaient le moins. En les supprimant ils obtenaient la régression de symptômes « *à distance* ».

A défaut d'expliquer le mystère de la vie, certains hommes de science, de l'Antiquité à ce jour, ont donc élucidé en partie celui de la maladie.

Des médecins connaissent de nombreuses lésions causales : « *elles se trouvent à l'extrémité de la racine des dents mortes qui ne sont plus douloureuses puisqu'elles n'ont plus de nerf* »⁴.

¹ F. Billings — « Infection focale » ou « focal infection » des Anglo-Saxons. Déficience de l'organisme ou maladie infectieuse entretenue par un « foyer » dentaire indolore.

² P. Carton in Soins dentaires individualisés, Paris 1977 (réédition).

³ Maladies satellites : douleurs, troubles dysfonctionnels ou maladies évoluant à distance de la cause bucco-dentaire indolore. Grumberg M. Bibliographie.

La dent dégradée constitue un « réfectoire » pour toutes sortes de germes microbiens ; ils provoquent dans l'os sous-jacent une réaction immunitaire constante.

La lésion indolore de la dent vascularisée et innervée ou celle de la gencive constitue une « porte d'entrée » dans l'organisme pour une multitude de microfacteurs pathogènes. En illustrant le processus, il est aussi problématique de contrôler un torrent dont le barrage a cédé, que de s'opposer à des facteurs étrangers nocifs quand le barrage dent/gencive est détérioré.

La « *syntaxe* » de l'esprit peut donc soutenir que ce n'est pas la dent qui est détruite, c'est l'homme qui se dégrade à partir, et au travers, de la dent « brisée ». Le retentissement dommageable dans l'organisme le montre bien : être malade ou présenter une douleur ou un trouble irréversible d'origine dentaire, c'est commencer à mourir, même si c'est au ralenti. La dent, en quelque sorte, est un fusible ; sa dégradation se répercute sur la vie de tous les organes. Nous allons le constater.

⁴ « Lésions causales », Rager R., *L'infarctus ne tue pas*, Paris, 1968.

III

LE PROCÈS DU SUCRE

De toute évidence, le sucre cariogène participe aux causes de la pathologie générale. Cependant, son procès, sans cesse rebattu, n'est pas toujours compris. Pour démasquer les prémices de sa nocivité, « *celui-là verrait mieux les choses qui les verrait se développer depuis l'origine.* »¹

Processus carieux

En 1943, le Hollandais Joachim Eeyers faisait vivre des rats nouveau-nés dans un isolateur stérile. Nourris de sucre, ils gardaient leurs dents saines.

Chez l'homme, les microbes, toujours présents dans la bouche, avides de sucre, le putréfient, en produisant (en dix minutes) un acide. Une chimie corrosive stagne donc dans les lacunes de l'arc dentaire. La mince couche d'émail s'effrite, l'ivoire ne résiste pas. N'importe quel acide provoque la dissolution du calcium de la dent (citron, tomates, cidre, aspirine...).

Tous les glucides alimentaires, glucose, amidon, maltose, fructose, manitol, sorbitol, le lactose des granules homéopathiques, et pas seulement le « *sucrose* » (ou saccharose)², nourrissent les microbes producteurs d'acide.

De surcroît, la denture subit la nocivité du sucre, même si celui-ci n'entre pas systématiquement dans l'alimentation. La poussière de sucre voue par exemple les bouches des confiseurs et des chocolatiers à la même calamité.

Des experts résument la situation en ces termes : « *La carie est une maladie de la civilisation, en raison notamment de l'abus des hydrates de carbone à l'état pur comme le sucre.* » En fait, on consomme en moyenne, aux États-Unis et en Suède, plus de 60 kg de sucre industriel par an et par habitant ; en France, plus de 45 kg, alors qu'on n'en consommait que 7 kg en 1939, et moins de 1 kg au XVIII^e siècle.

La maladie par le sucre

Une bouche aux dents cariées distille nuit et jour des toxines bactériennes ; elles ne sont pas toutes neutralisées par l'acide chlorhydrique excrété, à l'état libre, par l'estomac. Ces dents constituent, pendant des années, des « niches » infectieuses intarissables.

L'expérience clinique, forte de données expérimentales, permet certes de conforter cette mise en accusation. En effet, la dent détruite par les sucres peut provoquer maladies cardio-vasculaires, diabète ou l'obésité. Mais l'assainissement bucco-dentaire précoce peut rééquilibrer les fonctions ou atténuer les troubles cardiaques et vasculaires ! L'amincissement progressif de certains obèses en résulte. L'hyperglycémie ou l'hypoglycémie, prise à son début, peut régresser.

L'Organisation Mondiale de la Santé en témoigne : « *Dans les pays évolués où la nourriture est plus riche en sucre et où l'on a tendance à manger mou, les hommes sont atteints de caries... Les yeux, les poumons, le cœur, les ganglions, les nerfs et les articulations risquent d'être affectés par la répercussion d'une carie pénétrante...* »

Le gaspillage actuel de la thérapeutique conventionnelle représente donc, pour une part à définir, une des conséquences de la dégradation des « organes dentaires », « brûlés » par l'alimentation sucrée artificiellement.

Jusqu'en 1989, des statistiques officielles situaient la carie en troisième place des fléaux de l'humanité, après le cancer et les cardiopathies³. La carie dentaire se maintient en tête du « peloton »

¹ Origine : aphorisme de la Grèce Antique (Aristote).

² Saccharose : de saccharum des anciens. Extrait de canne à sucre ramené des Indes après la conquête d'Alexandre le Grand vers 325 avant J.-C.

de course à la pathologie. Si on ne meurt pas de cette détérioration, on meurt de plus en plus des effets généraux qu'elle engendre : tumeurs, maladies de cœur et des vaisseaux, rhumatismes, troubles du métabolisme, faillite immunologique...

Soins et responsabilité

Pour lutter contre la dégradation dentaire, on se réfère à l'efficacité de la thérapeutique. Elle efface les caries et élimine la douleur. Mais l'art dentaire ne redonne pas aux dents cariées ou mortes les principes de la vie...

Évidence équivoque, la dentisterie conservatrice crée un besoin accru de dentisterie, et de médecine, puisque la déficience ou la maladie est, en général, la conséquence de dents dégradées ou « soignées ».

En particulier, la fragilité des dents de lait rend précaires certaines obturations ; la carie du collet constitue une lésion irréparable. Le curetage de la mince épaisseur d'ivoire ne permet pas de préparer une obturation sans conduire une dégradation du paquet vasculo-nerveux. Cette brèche, toujours septique, même chez l'adolescent aux dents en voie de calcification, voue l'organisme à toutes sortes de symptômes ou de réflexes pathologiques. La meilleure reconstitution est donc, à l'échelle cellulaire, un artifice à potentiel nocif.

« *L'ubiquité de la carie dentaire est telle que si la dentisterie persiste à se cramponner à ses concepts actuels et à son utilisation des ressources, elle sera incapable de répondre aux problèmes posés par la société dans le domaine des besoins d'amélioration de la Santé publique. Traiter la carie en posant des obturations équivaut à soigner la poliomyélite en fournissant des béquilles.*⁴ »

Prophylaxie

Tous les auteurs de panégyriques, à propos de la vertu prophylactique de certains oligo-éléments, n'omettent jamais de condamner le sucre. La « fluorisation » des eaux de boisson vise à fortifier la structure calcique des dents. Du même coup, on préconise une surveillance précoce du système dentaire, en prescrivant un régime alimentaire sans sucre industriel. Cette ambiguïté transparaît dans la publicité :

« IL N'Y A PAS DE CARIE DENTAIRE SANS SUCRE
IL N'Y A PAS DE PROPHYLAXIE SANS FLUOR »

Il suffit de respecter la première proposition. Avec ou sans médication, la consommation de sucre voue la dent à la destruction carieuse. « *Il n'y a pas de carie sans sucre* », voilà l'évidence expérimentale.

Par exemple, les Tahitiens mâchent le taro, plante riche en fluor ; ils perdent très tôt leurs dents. Elles sont détruites par la consommation de canne à sucre et de friandises achetées chez le Chinois ! Ce ne sont pas les missionnaires qui ont apporté la tuberculose. La dent détruite constitue un repaire bactérien, « niche » du bacille de la tuberculose, dans les îles comme dans le monde entier. Pour preuve, il suffit d'extraire à temps les dents coupables, chargées probablement de bacilles de Koch, pour assister à la disparition des premiers symptômes de la tuberculose.

La maladie par le sucre ne se juggle pas avec la prophylaxie. C'est en amont, avant la genèse de la « sucromanie », qu'il faut appliquer la solution.

³ Dans les années 60, on plaçait la carie en quatrième position après les rhumatismes. En 1990, d'après l'OMS, la voilà en deuxième place après le cancer. Arbitrage de course à suivre...

⁴ V. Lopez-Camara, in *Santé Publique et mesure individuelle de la carie*, Paris, 1973.

Le psychoglucidisme⁵

A l'âge de la scolarisation, presque tous les enfants connaissent l'impulsion du « psychoglucidisme » ; ils « aiment » le sucre. L'enfant, nourri sans cet artifice, refuserait sans contrainte l'offrande. Mais l'imitation et la compétition aidant, le gourmand contamine son entourage ; l'inverse est impensable. Les dentures s'incendent...

La dégradation de la dent de lait induit une légère sensibilité, mais la dent de six ans cariée, première molaire définitive, engendre une douleur qu'on qualifie souvent d'« exquise ». En particulier la rage de dent se ressent comme une violence intolérable contre le bien-être, contre « *l'instinct de plaisir* ». L'organe dentaire « *brisé* », omniprésent, rompt l'équilibre intérieur. L'insignifiante extrémité nerveuse de la dent, à l'insu du sujet, perturbe « *en profondeur* » la structure cérébrale, donc mentale. Déséquilibré, « *nerveux* », irritable et alors tyrannique, le « *psychoglucidique* »⁶ subit les « *souvenirs cachés* » depuis la goutte d'eau sucrée, cette première déviation alimentaire.

Ce potentiel pèse sur l'activité motrice et psychique. L'enfant, en proie à des réactions immunologiques constantes et, en outre, irrité par l'incompréhension des adultes, n'identifie pas l'origine du mal. Alors, l'insatisfaction foncière s'inscrit en corollaire d'altération de l'état général.

A douze ans, l'arc maxillo-dentaire et le système nerveux se stabilisent.

Après dix-huit ans, l'éruption logique des dents de sagesse va avec l'affermissement de la maturité globale. La volonté peut se mesurer aux influx réflexes ; elle tempère certaines singularités motrices et habitudes acquises.

Les conséquences de la destruction carieuse, même indolore, freinent ou dévient les étapes de cette régulation. L'organisme subit alors des réactions générales brutales, digestives, respiratoires et cérébrales, conférées aux jeunes cellules.

A l'origine d'inaptitudes du « *psychoglucidique* », l'influence de la nourriture sucrée s'exerce donc obligatoirement pendant toute l'existence. « *Une société se caractérise en fonction de la façon dont elle produit et consomme ses aliments* »⁷. Sans que l'on s'en rende compte, le sucre y introduit une puissance falsificatrice ; elle dévie la prise de conscience. « *De toutes les passions, la seule vraiment respectable me paraît être la gourmandise* » écrivait le « *sucromane* » Guy de Maupassant !... (En 1893, ce « réaliste », frappé par une paralysie générale, mourait à 43 ans). Le sociologue⁸ accuse le viol des foules par la propagande politique. A l'adresse de l'enfant, la publicité pour les produits alimentaires sucrés me paraît plus grave. Les magazines, les enseignes lumineuses et les moyens audiovisuels donnent force à des habitudes alimentaires perverses. Un dictionnaire apporte sa caution : « *Le sucre est un excellent aliment... les usages du sucre sont multiples, c'est en effet un aliment d'une valeur exceptionnelle pour l'énergie vitale.* »⁹

Dès la naissance, aucun grand événement de l'existence ne se conçoit sans sucre. La « *pièce montée* » du mariage, la « *jolie boîte de bonbons* », la grand-mère et la « *tante-gâteau* » ennoblissent l'objet. Dans certains établissements scolaires ou garderies, et parfois dans les pharmacies, l'enfant reçoit des « *sucettes* ». Au Mexique, des têtes miniatures de squelettes en sucre blanc s'achètent à la sortie des églises. Nous avons vu, en Asie Mineure, des revolvers en sucre glace rouge vendus à la sortie d'une école. Tout comme pour la « *bombe glacée* », la parabole se passe de commentaire... Mille couleurs et effluves sollicitent le palais : mêlé à la tradition, le sucre c'est la fête !

⁵ Psychoglucidisme : Imprégnation de la structure mentale par le goût du sucre, pendant les premiers moments de la vie. Thèse de doctorat « Causes et conséquences de la saccharidose » Paris 1975.

⁶ Psychoglucidique : Néologisme à partir de « psychoglucidisme ».

⁷ J. Trémolières : in « Où en est la science de la nutrition » Science et Recherche 1971.

⁸ Le sociologue : Moréno.

⁹ Dictionnaire Larousse.

Limite de la prévention contre la source d'un mal

L'art dentaire, à juste titre, s'oriente vers les soins conservateurs, restaurateurs et prothétiques beaucoup plus que vers la prévention. La carie et la plupart des autres dégradations bucco-dentaires ne sont pas associées aux maladies à « *haut risque* » qui inquiètent le monde.

Dans l'absolu, en supprimant le sucre, il est fort possible de supprimer la carie. Mais comment se défaire d'une « *dépendance* » cimentée dans l'opinion reçue des adultes ?

« *L'intoxiqué* » a le sentiment indéfinissable de « *manque* ». Une substance qu'il croit essentielle fait défaut à son désir, à son plaisir, à sa « *libido* ». Le sujet, au système nerveux programmé par la gustation, ressent le besoin de doses de plus en plus fortes. L'ambiguïté du vice nutritionnel l'enserme.

Incapable de mouvement autonome, le nourrisson ne choisit pas, il subit la manipulation des adultes et en reste marqué. L'important, ce n'est pas la dose, c'est l'amorce et la répétition d'une sensation puissante ; elle réduit l'espoir d'une rééducation, même à long terme. Les empreintes de la petite enfance, en particulier celles qui concernent la nutrition, sont les plus indissolubles. Supprimer le sucre, c'est plonger le « *drogué* » dans le déplaisir. Alors, « *la réalité de l'interdit s'oppose à la satisfaction* », dirait Freud.

Sans tenir compte le moins du monde de ce fondement et de ses conséquences sur tout l'organisme, des psychothérapeutes se perdent dans la psychogénie de quelques influences : l'influence des aléas de l'éducation avec les parents, la société et la culture...

Ce psychologisme évacue intégralement le vice alimentaire dento-destructeur primordial.

Des nouveau-nés, en particulier les prématurés, ne séjournent plus dans des couveuses artificielles. Les mères allaitent leurs enfants. Grâce à l'absence de biberon sucré et à la transmission de l'immunité maternelle, la mortalité postnatale diminue de 72 % !

Dans le milieu carcéral de Miami, des délinquants, adolescents et adultes, ont accepté de suivre un régime alimentaire sans sucre industriel. Ils ont perdu leur agressivité et se sont autodisciplinés. Par la suite, ces sujets et leurs gardiens ont réclamé une nourriture sans sucre raffiné.

Dans les prisons, tout comme dans n'importe quel complexe social, les dents cariées, parce que chargées de sucre et de microbes, donc de toxines, sont facteurs de déséquilibre organique et de pulsions illogiques.

$C_{10}H_{22}O_{11}$, formule chimique du sucre, se convertit sur la planète en énergie contraire à l'équilibre biologique. Cette « antimatière » déclenche, au ralenti, une « fission » cellulaire. Pour ne pas en dépendre, référons-nous à une prédiction de Pavlov :

« *Lorsque toutes les causes des maladies seront connues, la médecine d'aujourd'hui fera place à celle de demain, c'est-à-dire à l'hygiène au sens le plus large.* »

Dès lors, l'élimination d'un facteur déterminant donne au diagnostic et à la prévention des solutions simplifiées. La voix du nourrisson est faible ; mais il est des appels et des messages qu'il faut savoir entendre. Les enfants n'« *aiment* » pas le sucre, qu'ils ne connaissent pas. Les éduquer dans le sens du *sucré* provoque des dégâts psychologiques et, nous allons le voir, physiologiques.

IV

LE DIAGNOSTIC DES FOYERS

La bouche est un poste d'alerte et de contrôle permanent. Une affection organique ou fonctionnelle, une douleur, une tumeur naissante, une fièvre, une maladie, physique ou mentale exigent, sous surveillance médicale, la recherche précoce de foyers irritatifs bucco-maxillo-dentaires, responsables possibles de la déficience en question ou de sa dramatisation.

Quelle que soit l'affection « satellite », il est indispensable que le patient soit conscient de la présence de « facteurs de risques potentiels » bucco-dentaires.

La méconnaissance de ces facteurs de risques, a fortiori chez des sujets fragilisés dont la résistance est amoindrie par des « causes occasionnelles », peut représenter une imprudence lourde de conséquences. La nécessité d'identifier et de neutraliser des épines irritatives, susceptibles d'influer sur une pathologie fonctionnelle ou organique à distance, doit représenter une préoccupation constante.

L'examen direct de la bouche, les précisions du médecin traitant et du biologiste, le dialogue avec le patient contribuent à approcher au mieux la probabilité perturbatrice d'un foyer.

Examen clinique

Minutieux, il s'aide de l'interrogatoire pour découvrir des signes fonctionnels. La palpation, la percussion et différents tests évaluent la vitalité pulpaire, la toxicité des métaux, les troubles parodontaux¹ et les lacunes de l'occlusion.

Dressons la liste des différents aspects des « facteurs de risques » ; ils passent souvent inaperçus :

* A l'examen de la face :

- Assymétrie, relief anormal, tics.

* A l'examen de la bouche :

- Ulcération du tissu gingival ou grosseur
- Fistule perceptible à la loupe
- Tartre et corps étrangers blessant les tissus de soutien : se crée une « porte d'entrée »
- Compression marginale des reconstitutions dentaires
- Lacune de la sertissure gingivo-osseuse
- Racine dénudée, « déchaussée »
- Macération brunâtre de certaines dents mortes
- Insuffisance d'égression de la couronne : l'attache épithéliale² ne peut se faire sur l'émail.
- Perle d'émail au collet de la dent ; elle détermine un hyatus de la sertissure gingivale
- Implant
- Forces orthodontiques mal contrôlées
- Malpositions, disproportions dentaires et maxillaires innées ou acquises
- Abrasions dentinaires fonctionnelles ou provoquées par des meulages sélectifs intempestifs sur dent vivante
- Fêlure, fracture de l'émail
- Dentinite, carie
- Obturation sur dent vivante
- Tatouage de la gencive par les débris poussiéreux d'amalgame d'argent
- Bimétallisme
- Micro-traumatisme indolore, quelle qu'en soit l'étiologie

¹ Troubles parodontaux : dégradation des tissus de soutien dentaire.

² Épithélial : d'épithélium, couche superficielle du tissu gingival.

- Prothèse fixée ou amovible mal contrôlée
- Blessure indolore ou surcharge prothétique du tissu gingival
- Amygdales cryptiques

Examen radiographique

Dans les affections inexpliquées, avec ou sans fièvre, l'examen radiographique « panoramique » des maxillaires doit être effectué en priorité. C'est actuellement le procédé le plus révélateur pour mettre en évidence l'« avarie » dentaire, gingivale ou maxillo-osseuse. Cette radiographie aide à reconnaître des anomalies et modifications dento-osseuses, que l'examen direct du patient ne permet pas de déceler. Surtout, elle contribue à définir, avec une précision relative mais appréciable, les interventions nécessaires pour neutraliser ou extirper la cause probable des effets morbides généraux :

- Découverte d'anomalies et de « porte d'entrée » même dans les zones édentées
- Dent non évolutive sous la gencive ou bloquée dans l'épaisseur osseuse
- Débris de racine dans la mâchoire. Corps étrangers résiduels (tire-nerf, pâte obturatrice) avec ou sans trace de manifestation osseuse
- Raréfaction ou condensation calcique
- Granulome, kyste
- Élargissement ou disparition du fin ligament qui tient la dent suspendue dans l'alvéole osseux
- Caries et fêlures dentaires invisibles à l'examen direct
- Minuscule formation calcaire (pulpolithe) dans l'épaisseur du paquet vasculo-nerveux à l'intérieur de la « chambre pulpaire »
- Cheminement de canaux secondaires, dits « aberrants » ; ils traversent l'ivoire et peuvent s'ouvrir à la surface de la racine dénudée, déchaussée.
- Proximité des racines et des troncs nerveux de l'antre sinusal
- Lacune dans les sinus ou dans les fosses nasales
- « Fenestration » de l'os maxillo-alvéolaire ; l'apex, c'est-à-dire l'extrémité de certaines racines, pointe sous la gencive à l'extérieur de l'os. La palpation peut le confirmer.
- Corps étranger dans les tissus mous

L'information médicale ne manque pas de donner des exemples dans ce domaine. Après qu'un véritable périple ait été accompli, après l'essai de toute la gamme des traitements possibles, des douleurs, des déficiences musculaires, articulaires, organiques ou de l'état général et des troubles mentaux sont finalement résolus, après la découverte de leur origine dans une bouche soumise à une étude radiographique approfondie.

L'élimination du « foyer » responsable, ainsi localisé, devient possible, dans la mesure des moyens technologiques.

Limites du diagnostic

Mais au-delà de cette première approche subsistent des risques :

L'observation à l'œil nu de la sphère bucco-maxillo-dentaire ou l'examen de l'image radiographique s'effectue dans une dimension macroscopique approximative. Qu'en est-il des profils cellulaires microscopiques, moléculaires, et de l'exercice des réactions immunologiques, nerveuses, hormonales... autour de dislocations cellulaires invisibles ?

En effet, après traumatisme, après fraisage, meulage, incursion instrumentale et obturation d'une dent, même encore vivante, aucun critère ne permet d'affirmer l'existence d'une intégrité cellulaire naturelle. Des dégradations à distance peuvent résulter de l'« irritation focale » passée inaperçue. Il existe toutes sortes de lésions que le film ne laissera pas apparaître. Les praticiens savent que le contrôle radiographique ne permet pas toujours de déterminer, avec précision et à coup sûr, toutes les anomalies intra-dentaires, gingivales ou osseuses.

L'image radiographique d'un parfait traitement dentaire peut donner l'illusion de plénitude, là où se niche un « cloaque » microscopique non décelable. Dans l'absolu biologique, nul ne peut donc

affirmer que la restitution intégrale de la vie des tissus qui entourent ce genre de dent, en apparence saine puisqu'au mieux soignée, soit complète.

A la radiographie, l'absence de lacune ou d'un corps étranger ne doit pas être considérée comme une preuve absolue d'innocuité. Un bilan stomatologique, établi d'après l'étude clinique et radiographique, est par essence approximatif. Les meilleurs clichés sont toujours sujets à caution.

L'enquête

Les difficultés et les limites du diagnostic obligent à mener une véritable enquête. La perspicacité, la réflexion, l'expérience avec les tests d'appréciation doivent intervenir.

Le foyer représente un facteur de risque essentiel de « la maladie focale ». Il ne signifie pas cependant qu'elle va toujours lui faire suite, il s'agit de « foyer potentiel ».

La survenue des symptômes généraux dépend de certains paramètres :

A) locaux :

- moment de la première lésion dentaire
- anomalie du rangement des dents
- anomalie de forme et de structure
- séquelles d'extraction
- température et dureté des aliments

B) généraux :

- intoxication
- maladie antérieure, endémique ou épidémique
- traumatisme
- hérédité, structure singulière...

Ils induisent, favorisent ou modulent l'expression à distance du potentiel pathogène du ou des foyers.

C'est la résultante de leur interférence qui décidera de la date, la forme, l'évolution, de ou des « maladies satellites » et du pronostic.

La recherche systématique peut faire apparaître chez chaque patient plusieurs « foyers potentiels ». Ils ne sont pas tous actifs au même moment et de la même manière. Dans un symptôme à distance donné, l'action des différents foyers peut se juxtaposer.

Le réseau des facteurs nocifs se diversifie tout au long de l'existence. La pathologie focale se conçoit donc en caractères particuliers évolutifs.

— Un même foyer peut entretenir ou provoquer, à des moments différents, des symptômes multiformes ; il détermine la fragilisation ou le trouble des tissus nerveux, cérébraux, des os, des organes ou des articulations. Il dramatise la luxation, la tendinite, la fracture osseuse ou vasculaire. Il peut compliquer les séquelles d'un traumatisme, d'une maladie infectieuse ou d'une intervention chirurgicale.

Pour exemple : L'incisive centrale, mortifiée à dix-huit mois, entretient, jusqu'à trois ans, une « probable hépatite virale » et un œdème du genou (deux fois quinze jours dans un Centre Hospitalier). L'ouverture de la dent rééquilibre l'état général.

— A quatre ans, la même lésion dentaire provoque des troubles respiratoires ou digestifs.

— Chez l'enfant, une prémolaire de lait ou une première molaire supérieure gauche soignée peut déterminer une incontinence urinaire.

— Dépulpée à l'âge de 10 ans, la première molaire inférieure gauche peut sidérer la croissance statuaire, pondérale et testiculaire.

— A 15 ans, une première molaire supérieure obturée entretient des crises épileptiformes, à 20 ans un iritis, à 30 ans, un eczéma frontal ou une érythrose³ (joue douloureuse, congestionnée).

³ Acrocyanose. Aspect bleuté des extrémités insuffisamment irriguées par le sang.

— A 25 ans, entartrée ou dépulpée, cette dent peut être responsable de maux de tête, de pelade, d'ongle infecté, de stérilité ou de tumeur évolutive en n'importe quelle localisation.

— A 30 ou 50 ans, la même molaire, « bien soignée » ou déchaussée, peut déterminer un « mal aux reins », c'est-à-dire une lombalgie tenace mise sur le compte d'une chute.

— A 60 ans, la même cause indolore peut provoquer une paralysie douloureuse du bras, une stomatite herpétique cuisante depuis plusieurs mois, ou un syndrome viral sévère. (La dent lésée ou soignée est une porte d'entrée ; elle contient probablement les germes de la maladie chez le séropositif : son sang contient des anticorps ; l'agent pathogène spécifique ne s'y découvre pas.)

— A 65 ans, une dent « morte » ou la gencive irritée entretient une prostatite jusqu'à la « stomatothérapie ».⁴

— Ce même genre de foyer accompagne, chez d'autres sujets une sorte d'eczéma à la plante du pied, une douleur articulaire, sciatique... un vertige ou une névrose suicidaire.

Un foyer minime peut provoquer une pathologie grave à distance ; des foyers multiples peuvent rester silencieux.

Des foyers restés silencieux peuvent s'activer et prendre le relais d'autres déjà supprimés. Des effets pathologiques réitératifs à distance peuvent en dépendre.

Les mécanismes exacts de l'irritation du système dentaire et de ses conséquences générales ne s'appréhendent pas dans leur totalité ; en particulier lorsque plusieurs irritations buccodentaires se juxtaposent.

Tout n'est donc pas toujours très clair quand il s'agit d'aborder la décision opératoire. D'autres facteurs, étrangers aux données stomatologiques, sont susceptibles d'expliquer un symptôme douloureux ou fonctionnel. En effet, les praticiens, avertis du « syndrome d'irritation », dénoncent non seulement le foyer dentaire mais toute « épine irritative » indolore, en n'importe quelle localisation anatomique ou en regard d'une cicatrice, quelle que soit son origine.

L'altération des cellules retentit d'autant plus sur l'état général qu'elle irrite la superficie innervée des tissus. Il s'agit de la susceptibilité du « système périphérique » nerveux et vasculaire : ce peut être l'irritation indolore, constante, d'un orteil, d'un doigt, de la peau, d'une muqueuse, tout comme il en est du tissu gingival ou dentaire.

Pour ne pas être linéaire, la relation de cause locale à effet à distance s'inscrit dans une schématique à géométrie variable. Une dent ou une gencive dégradée, « foyer potentiel », ne provoque pas forcément un symptôme type ou une maladie spécifique. Mais, lors de n'importe quelle douleur ou pathologie, un foyer bucco-dentaire aggrave le processus du mal qui gagne en profondeur dans l'organisme.

Un labyrinthe complexe de parcours nerveux et vasculaires⁵, de processus organiques, physiques, chimiques, immunologiques règle, depuis le fœtus, la fabrication et la poussée des dents de lait, le moment de leur chute et de leur renouvellement par les dents définitives. Une lacune dans cette chronologie ou l'altération du système bucco-dentaire influence la dérégulation ou la dégradation de l'organisme.

La structure des mâchoires, en évolution constante, dépend de la fragilité relative ou, souvent, de l'alignement plus ou moins défectueux des vingt dents du jeune enfant et des trente-deux dents de l'adulte.

— A partir de la septième année, les dents de lait laissent place, jusqu'à 12 ou 14 ans, aux vingt-huit dents de l'adolescence.

— De 18 à 20 ans, une, deux, trois ou quatre dents de sagesse se rangent sur l'arc des mâchoires.

Sans qu'on en prenne conscience, une dent « barrée », incluse sous la gencive, la surcharge osseuse par des dents mal rangées, ou la lésion gingivale ou dentaire indolore, déterminent l'équation champ perturbateur — symptômes généraux, sans topologie absolue.

N'importe quelle dégradation du système bucco-dentaire peut conduire à des phénomènes infectieux ou irritatifs ; par contiguïté cellulaire, ils gagnent les tissus et les organes voisins : fosses

⁴ Stomatothérapie : Élimination d'une douleur ou d'une déficience de l'organisme par assainissement de la sphère bucco-dentaire.

⁵ Labyrinthe : estimé à 25 000 kilomètres pour les parcours nerveux et à 100 000 km pour les vaisseaux.

nasales, sinus, gorge, oreilles, yeux, langue, amygdales, glandes salivaires... Le cerveau se loge tout près de ces dégradations.

— Dans l'intrication de parcours vasculaires et nerveux, l'irritation de l'arc dentaire supérieur peut retentir sur la jambe, le genou, la cheville ou les orteils.

— Un foyer dans la mandibule peut provoquer une lésion ou un effet douloureux dans l'oreille, l'épaule, le coude ou la main.

— L'infection indolore de n'importe quelle dent concerne n'importe quelle partie du corps.

En général, les symptômes distants du foyer bucco-dentaire se répercutent du même côté. Quelquefois, le phénomène peut être controlatéral, en particulier avec une dent dégradée encore vivante.

— L'irritation d'une prémolaire supérieure droite peut provoquer un trouble de l'œil gauche.

— Un contact anormal d'une molaire droite entretient une douleur des muscles adducteurs de la jambe gauche.

— Une deuxième incisive inférieure gauche, abrasée ou « déchaussée » entretient une douleur dans l'épaule droite.

— Une molaire inférieure droite vivante mais granulomateuse pèse sur un symptôme cardio-vasculaire.

Apparemment simple, une schématisation cartographique de la pathologie générale, en fonction du paramètre dentaire, souffre d'innombrables inconnues. Sans donc avancer l'absolu d'une spécificité mathématique, un histogramme, même grossier, autorise une relative approximation. La mesure statistique, malgré une marge d'erreurs, cerne la cause dominante dans la pathologie générale. Nous pouvons en tirer, à grands traits, non pas une panacée ni une formule rigide, mais le sens d'une recherche ; elle aboutit à des interventions médicales élémentaires. Lors, l'odonto-stomatologie aide à éviter ou à évacuer une déficience ou une douleur irréductible en pratique conventionnelle.

Le tableau de la page suivante présente quelques affections dénombrées au hasard de milliers d'observations. La disparition des symptômes généraux, après suppression du foyer, a été effective.

La solution des problèmes physiques voire mentaux de chaque femme, chaque homme, chaque enfant, peut s'inscrire dans la sphère des mâchoires. Il n'existe pas d'affection dentaire type mais le plus souvent douleurs et maladies, sinon leurs complications, se lient à la présence d'un foyer.

Chaque dent a une signification ontogénique, c'est-à-dire qui décide de la structure du corps humain depuis la conception.

La dégradation des organes, dans la phase d'épuisement des défenses immunitaires (cancer des poumons, des reins, du tube digestif... des ganglions, de l'utérus, lésion des centres nerveux, de la moelle épinière — certaines cellules nerveuses ne se reproduisent pas — myopathies, maladies récessives ou congénitales, destruction du pancréas, l'hypertension artérielle ou des affections comme le vitiligo) ne peuvent pas ou plus relever de soins stomatologiques. Toutefois, la suppression de « foyers » infectieux renforce les défenses en soulageant le « terrain ».

Conclusion

« Dans nombre d'affections inexplicables, avec ou sans fièvre, le généraliste doit demander, par routine, un examen stomatologique, comme il pense systématiquement à réclamer :

- *une radio pulmonaire*
- *un culot urinaire*
- *un examen gynécologique, O.R.L.*
- *une analyse gastro-entérologique⁶.* »

⁶ Bastin et collaborateurs — Revue de stomatologie.

Déficiences pouvant disparaître après stomatothérapie précoce⁷

Allergie — Réaction des tissus qui met en cause des facteurs étrangers ou des bactéries.

Amaigrissement — inexplicable, perte d'appétit.

Cœur — Maladies acquises du cœur et des vaisseaux, angine, infarctus, endocardite, péricardite, myocardite, trouble du rythme.

Fatigue — Lassitude, jambes lourdes, pied : froid, « brûlure », orteils douloureux, cors.

Génital — Troubles de la menstruation, avortement spontané, dyspareunie (coït douloureux), salpingite, métrite, stérilité, impuissance, éjaculation prématurée, herpès, crête de coq, prurit, « brûlure »...

Symptômes psychiques — Névrose, psychonévrose récemment acquise, dépression, stress, trac, trouble de la personnalité, anorexie mentale, angoisse, délire, envie de suicide, agressivité inexplicable.

Métabolisme — Trouble des éléments du sang, anémie, manque de calcium, de potassium, de vitamines, hypercholestérolémie, hypoglycémie et début d'hyperglycémie.

Maux de tête — Migraine ou céphalée.

Névralgie — Toutes sortes de douleurs, y compris douleurs dites psychosomatiques.

Nez, gorge, oreilles — Rhinite, sinusite, certaines affections de la gorge et de l'oreille, aphonie, vertiges.

Obésité — Prise anormale de poids.

Œil — Conjonctivite, iritis, uvéite, blépharite, kératite, glocaume, larmoiement, assèchement, exophtalmie, herpès, certaines cécités, nystagmus.

Peau — Acné, eczéma, érythème, zona, œdème, dermatographisme, démangeaisons, « allergie », tumeur, mélanome, épithélioma.

Poumons — Trouble respiratoire, emphysème, asthme, bronchite.

Rhumatisme — Rhumatisme chronique, rhumatisme articulaire aigu, rhumatisme déformant, arthrose, douleurs dorsales, lombaires, cervicales, pectorales, articulaires, musculaires ou tendinites.

Tube digestif — Trouble de la déglutition, ulcère, aigreur, « brûlure », vomissement, « hernie hiatale », saignement, hépatite, pancréatite, trouble intestinal, douleur anale, fistule.

Tumeur — Tumeur du sein, tumeur des ganglions, tumeur de la peau ou dans l'organisme (avant biopsie, irradiation ou chimiothérapie).

Voies urinaires — Douleurs, formation de calcul, infection rénale, vessie, prostate.

⁷ Stomatothérapie — Acte médical dans le système bucco-maxillo-dentaire pour estomper une douleur dans le corps, ou favoriser la régression d'effets pathologiques généraux.

LA DENT DÉGRADÉE

Dégradation de l'organe dentaire

Après curetage de la dent « gâtée », la meilleure obturation est réalisée sur un organe vivant. Un matériau solide recouvre l'ivoire qui a perdu sa protection d'émail. Il peut donc sembler, à ceux qui négligent leurs dents, que le progrès technologique assure sans risque la conservation de la dent soignée. Trop souvent, il s'agit hélas d'une impression inexacte.

Sans émail, l'ivoire le mieux protégé constitue une « *porte d'entrée* ». Le curetage n'élimine pas, à coup sûr, les germes qui s'y sont installés ; ceux-ci se nourrissent de la substance organique contenue dans les milliers de micro-tubes du tissu dur. Les microbes peuvent s'avancer dans ces « *tubuli* » jusqu'au canal central vasculaire et nerveux, en produisant des toxines de putréfaction. La dent peut se nécroser.

Le réseau micrométrique de matière organique dans l'ivoire tient le tissu dentaire en relation avec les éléments du sang, de la lymphe et avec le système nerveux, hormonal et immunologique. Fait remarquable, des globules blancs, venus des vaisseaux intradentaires, avancent dans les canalicules de l'ivoire carié ou blessé, pour combattre l'intrus microbien. Quoique encore insuffisamment cerné, ce mécanisme concerne l'infinie complexité de réactions ultramicroscopiques contre un facteur antigénique.

La « *rage de dent* », l'infection de cet organe, expose au tire-nerf : extirpation de tissus mous logés dans la « chambre pulpaire » aux murs d'ivoire. Le minuscule paquet d'artériole, de veinule, de vaisseau lymphatique, de terminaison nerveuse est remplacé, jusqu'à la limite osseuse, par une matière pharmaceutique à base d'oxyde de zinc, de calcium ou de gutta-percha. La rigueur chirurgicale guide l'instrumentation à l'intérieur axial de l'ivoire, afin de garder l'organisme des dangers de l'infection. Aucune septicité ne semble donc pouvoir provoquer de drame local ou de dérangement général. Lorsque la radiographie ne met pas en évidence de lésion, on parle de « *perfection du traitement canalaire* ». L'organe dentaire sans nerf reste indolore.

La banalisation du « *traitement canalaire* », le « *root canal treatment* », tombé aux États-Unis dans le domaine public, permet, la vie durant, de malmener le système dentaire, puis de s'en remettre à la réparation et à la « *dévitalisation* » paradoxalement conservatrice. Bien souvent, cette pratique est conduite délibérément pour réaliser un apprêt technologique du sourire, ou modeler une meilleure mastication.

Certains considèrent que l'organe dépulpé n'est pas un cadavre « *momifié* », comme on le dit de la dent imprégnée de formol. On préfère, en science, parler de dent « fossilisée » après « *biopulpectomie* », de suppression biologique de la pulpe vivante.

Ce purisme ambigu rejette l'expression « *dent morte* » ou « *dévitalisée* », afin d'associer un principe biologique équivoque à la conservation d'un organe évidé de sa substance vitale.

Mais l'ivoire mort a perdu son système de défense. Les tubuli perméables représentent 30 % de sa masse. La substance organique, qui les comble, entre en décomposition. Il n'existe pas de barrière étanche entre le matériau thérapeutique, qui remplit le vide canalaire de la racine et les tissus de soutien. Nous ne distinguons pas une solution de continuité normalisatrice entre la dent morte et la réaction du vivant. De surcroît, l'ivoire perméable baigne son collet dans la salive toujours septique. L'humidification progresse le long du canal, entre le matériau de comblement et l'ivoire.

Aussi parfaite que soit l'obturation, la dent morte subit donc une macération bactérienne. Sans système d'irrigation défensive, elle expose les tissus de soutien à des réactions constantes. Il est évident que le corps n'est pas fait de compartiments étanches. Le réseau vasculaire irrigue toutes les parties ; tous les organes interfèrent tels des vases communicants. Rien ne fait qu'une cellule blessée, irritée ou infectée puisse conduire normalement la vie de celles qui la soutiennent. Le mal gagne en profondeur.

Les ingrédients pharmacodynamiques, les vaccins, les sérums, la chimiothérapie, les anti-inflammatoires, les antibiotiques les mieux dispensés, par voie orale ou injectés dans le sang, ne parviennent jamais à irriguer l'épaisseur d'une dent qui a perdu sa vascularisation. De là, tout conspire à épuiser les mécanismes de la défense. Des germes nocifs s'y reproduisent ; ils émettent dans l'organisme leurs productions. Les fibres nerveuses en absorbent les poisons ; elles en sont d'autant plus imprégnées que la lésion périodentaire sera ancienne ou étendue.

Dent morte et intoxication

La dent morte, putride sous son enveloppe métallique, non stérilisée à 120°, est plantée dans la mâchoire vivante. L'examen microscopique de son contenu, même si elle a subi un traitement purificateur, peut révéler la présence de streptocoques, staphylocoques, lacto-bacilles, pneumocoques ou entérocoques. Plus actifs et dangereux, les germes de la putréfaction se retranchent à l'abri de l'air dans les microcanaux de l'épaisseur de l'ivoire obturé ou « couronné ». Tout comme dans les boîtes de conserve insuffisamment stérilisées, les microbes, à l'abri de l'air, y excrètent des toxines qui passent dans l'organisme.

L'empoisonnement insidieux ne provoque pas de sensation douloureuse. La production bactérienne ou virale anesthésie ou détruit les filets nerveux sensitifs autour de la racine.

Après traitement antiseptique d'une dent évidée de son système vasculo-nerveux, suivi de la meilleure obturation possible, lors de son éventuelle réouverture, il s'en échappe une odeur de putréfaction. Dans le cas d'une absence de traitement ou d'une obturation mal conduite, le tissu infecté empest, bien des fois, une salle entière ; l'odeur rappelle celle se dégageant d'une boîte de conserve avariée.

Les viandes colonisées par des germes, tout comme n'importe quelle matière organique morte (quoique le mot mort convienne mal en biologie), tels les nerfs et vaisseaux nécrosés à l'intérieur des dents ou la substance molle putréfiée dans la masse d'ivoire, produisent un poison. La recherche expérimentale en a donné la preuve.

En 1870, en Italie, un procès retentissant à propos d'un empoisonnement criminel alerta le toxicologue Selmi. Il démontra qu'il était essentiel pour le médecin légiste de rechercher la présence de Ptomaïne dans les viscères soumis à l'analyse. L'expérience prouva que ce poison, contenu dans tout cadavre, provoquait les mêmes effets généraux morbides que ceux subis à la suite de l'ingestion d'un alcaloïde d'origine végétale. Par la suite, en France, de Laet, lors d'une expertise au sujet de graves accidents intestinaux, découvrit de la Ptomaïne dans un pâté de viande avariée.

La destruction de la Ptomaïne nécessite deux jours d'étuve. Les germes responsables de la putréfaction résistent sans dommage six heures à 100 °C. Ce poison résulte d'un processus enzymatique complexe au sein de matières organiques en voie de putréfaction. En quantité infinitésimale, cette substance a une très haute toxicité. La dose mortelle est de l'ordre de la fraction du millionième de gramme.

Certaines personnes, aux dents mortes ou aux gencives putréfiées, exhalent une odeur persistante ; elle trahit l'intoxication chronique. Aussi infime soit-elle, la quantité de Ptomaïne, représentative de toute autre toxine produite dans des dents indolores mais infectées, se renouvelle sans cesse par l'exercice microbien ou viral ; le poison se distribue dans l'organisme par les circuits vasculaires et nerveux. Alors que l'on dénonce les méfaits de l'infinitésimal poids de la substance toxique, contenue dans la fumée du haschich ou de l'opium qui dérègle l'activité cérébrale, l'empoisonnement constant, par auto-injection de Ptomaïne, paraît bien plus pesant !

La putréfaction des matières albuminoïdes dans l'épaisseur de la dent morte engendre la production de gaz toxique. La « *gangrène pulpaire* », celle du paquet vasculo-nerveux à l'intérieur de l'ivoire, concerne ce processus nécrotique.

Tous les gaz se dilatent. Lorsque cette expansion, de l'ordre de 40 %, se heurte à des parois rigides, elle entraîne une augmentation de pression de l'ordre de 200 mg. Les microgaz, piégés dans les dents infectées, se détendent dans les tissus de soutien vivants. Les voies nerveuses et vasculaires s'en imprègnent.

L'auto-injection transparait en comparant une dent obturée, dépulpée ou morte, à une miniseringue. L'extrémité de la racine poreuse constitue l'aiguille plantée dans l'os. Alors que les germes bactériens ne passent pas dans l'organisme, l'effet pneumatique, conduit par le changement de pression atmosphérique, déplace vers le milieu intérieur le contenu gazeux. L'os spongieux, vascularisé et innervé, se charge de poisons microbiens. On peut aussi craindre que, parfois, d'infimes résidus de magma intraradiculaire putride avancent par micropulsion dans les voies circulatoires ; ils se déplacent tous azimuts, et s'immobilisent à distance. Ces substances toxiques alertent les défenses de l'organisme. Des ganglions lymphatiques en hyperactivité gonflent. Des anticorps spécifiques se forment.

Intoxication et effet météorologique

L'imprégnation nocive, venue d'un foyer dentaire, peut gagner n'importe quel organe et jusqu'à l'aire cérébrale. Elle explique dans une certaine mesure le trouble où se trouvent plongés le rhumatisant, l'obèse, le cardiaque, le vasculaire, l'asthénique, le dépressif, le porteur d'affections respiratoires ou digestives, de tumeur ou de sang séropositif. Des crises aiguës débordent la chronicité du déséquilibre général. Des « *fatigués du printemps* » ou des sujets maladifs présentent des phases de déséquilibre. Le changement de saison ou l'approche d'un orage les perturbe. Ils sont dominés par des palpitations cardiaques, des crises d'essoufflement, des maux de tête, des poussées d'eczéma ou l'apparition de maladie de peau ; l'exaltation, la colère, l'abattement, l'angoisse, l'obsession, la dépression les caractérisent.

De brusques changements de pression atmosphérique se répercutent dans tout le corps : la « *dent seringue* » injecte des poisons dans des tissus affaiblis. Un grand nombre de malades succombent. Parle-t-on du « poids de la mort au moment des équinoxes » ?

La « *dent-seringue* » peut donc contribuer à l'explication des « *météosensibles* ». La chute de pression atmosphérique précède l'orage. L'humidité de l'air augmente quand la pression extérieure diminue et inversement. Il en résulte des processus vasculaires qui retentissent autour et à distance de la dent septique. En conséquence, le trouble cellulaire, sanguin, nerveux et endocrinien influe sur le caractère, sur la disponibilité physique et mentale au travail, au jeu et à l'école, sur la vie familiale, sur les vacances, sur les rendements, les performances... et le « *haut risque* ».

Un toxique contenu dans le poisson-lune, consommé en Chine, bloque l'influx nerveux en entraînant une paralysie totale. Par similarité, la ptomaïne (ou d'autres poisons sortis de la dent bactérienne) bloque les fonctions nerveuses et endocriniennes ; en quantité même infime, elle peut freiner ou rendre impossibles les échanges entre les cellules et les organes, dérégler jusqu'aux mécanismes de l'émotion et de l'action. La convergence de faits expérimentaux, de l'anatomie et des constats cliniques érode en fait le mythe de la « perfection du traitement canalaire ». Aucun critère réellement inattaquable ne l'assure. Les dents dépulpées, en apparence saines, constituent souvent des foyers toxiques silencieux, provocateurs de lésions progressives à distance et de « *douleurs projetées* ».

En médecine, il est admis, depuis longtemps, que l'exercice thérapeutique à l'intérieur de la dent morte puisse suractiver la vie de toutes sortes de bactéries, logées dans l'épaisseur de l'ivoire. Dès lors, des germes nocifs se diffusent dans l'organisme. Ce phénomène n'est pas mis en doute dans le cas de certaines atteintes cardio-vasculaires, de diabète ou d'affections rénales, sans qu'évidemment ces maux soient obligatoirement induits par le traitement dentaire !

Il faut cependant bien comprendre que le repaire dentaire de germes microbiens est plus déterminant, dans la pathologie générale, que toutes sortes de bactéries passées accidentellement dans le sang mais détruites et expulsées par les forces immunitaires. Au contraire, « *l'infection focale* » chronique épuise les défenses. Sortis de la « *niche* » dentaire, des poisons sécrétés par des germes inhibent le système immunitaire. Lorsque le « *seuil de résistance* » de l'organisme est franchi, les microbes l'envahissent... On parle « *d'infection opportuniste* ».

Il est donc aventureux de considérer la dent comme un organe que l'on peut impunément dévitaliser. La dent dépulpée contient un potentiel pathogène. Mais, en dépit de l'évidence, la conservation de cet organe sans vie a fondé la plus belle assise de la « *dentisterie conservatrice* ». Un

symbole singularise donc le facteur de risque le plus distribué dans le monde des malades, c'est *la dent morte*.

Certes, la dentisterie conservatrice, apparemment méritoire, n'incorpore pas la « *dent dévitalisée* » dans le destin nécrologique de l'individu. Le concept de « dent morte » ou « dévitalisée » — pour que le reste du corps vive mieux — devrait être banni de la pensée médicale, sous peine de la reconnaître coiffée d'une « *couronne mortuaire* ». C'est bien de cela qu'il s'agit, malheureusement.

VI

LA VOIE DE LA MALADIE

Infection

L'infection dentaire ou la suppuration des gencives empoisonne l'organisme. L'infime exsudat microbien ensemence le bol alimentaire qui devient hyper-acide. Il en résulte dans certains cas une ouverture du pylore¹. L'évacuation prématurée du contenu gastrique irrite alors tout le tube digestif. Le déséquilibre acido-basique de cette voie favorise le développement microbien.

L'hypersepticité du bol alimentaire, entretenue par des dents et des gencives putrides, peut déborder l'auto-défense, et gagner le milieu intérieur, au travers de la plus infime lésion de la membrane stomacale ou intestinale. L'intoxication chronique, les gastrites avec aigreurs, « brûlures » et douleurs, l'appendicite, la colite, l'hépatite et la lésion rénale sont autant de résultats possibles d'un tel dispositif. Je l'ai déjà dit, lorsqu'une dent indolore est cariée, infectée ou dépulpée, obturée et reconstituée, c'est-à-dire soignée, des germes nocifs peuvent s'y développer. Les tissus de soutien en souffrance, os, gencives, ligaments, provoquent des réflexes. Des « effets satellites »², toutes sortes de douleurs, de symptômes et de maladies ou l'intoxication de n'importe quelle partie du corps, déterminés par le système dentaire infecté, n'ont donc rien en soi de mystérieux.

Les dents et les gencives dégradées sont reconnues comme une importante « porte d'entrée » des plus graves atteintes infectieuses. Convaincu de cette finalité étendue à presque toutes les lésions de l'organisme, nous faisons nôtre une réflexion : « Si l'on voulait effacer l'infection focale de la pensée médicale, ce rapport de cause à effet devrait être réhabilité afin de combler les vides ainsi provoqués. »

Irritation

Certains auteurs stigmatisent le rôle déterminant des « irritations » dentaires sur tout l'organisme. Au début du siècle, Pétrovitch Pavlov³ le constata en laboratoire. Lors de ses fameuses expériences relatives au « réflexe conditionné » il blessa la gueule du chien pour obtenir des fistules salivaires. Il s'étonna de l'apparition de « phénomènes pathologiques généraux étranges ». Il vit « se développer des maladies de la peau, des crispations, un cas de paralysie à évolution aiguë (10 à 20 jours), ainsi qu'une affection cérébrale (forte induration), avec troubles du comportement ; puis, des phénomènes de choc conduisaient à une prostration temporaire simulant totalement la mort. »

Au cours d'une conférence magistrale, Pavlov parla des travaux de son collègue Alexei Dmitrievitch Speranskii sur certains segments de l'encéphale du chien.

L'œuvre de Speranskii occupe une place importante dans l'enrichissement de la pensée médicale et philosophique ; il convient ici d'en résumer brièvement la substance expérimentale.

L'inclusion d'un corps étranger dans un site innervé, central ou périphérique, tel le cerveau ou la dent du chien, provoquait une dégradation des tissus. Le processus se propageait dans tout l'organisme. L'irritation chimique ou physique, la blessure chirurgicale ou le traumatisme, provoqués par l'expérience, déterminaient à distance, une lésion viscérale ou un trouble fonctionnel irréversible. Ce résultat avait surpris Pavlov ; mais Speranskii l'explorait et l'analysait.

Fait caractéristique, l'autopsie du chien révélait, à partir du point d'impact irritatif, la présence de chapelets de lésions le long des nerfs, jusqu'au cerveau et, de là, aux organes.

¹ Orifice faisant communiquer l'estomac et le duodénum.

² « Effets satellites » Grumberg M. Voir bibliographie.

³ Pavlov P. Prix Nobel de physiologie 1923.

Expérience d'une importance primordiale pour le médecin et le biologiste, l'inclusion d'une bille de verre stérile dans la dent ou dans un tissu innervé, périphérique ou central, engendrait des dégradations dans tout l'organisme.

En laboratoire, l'incisive d'un rat est chargée de billes en plastique marquées au carbone 14 radioactif. Elles ne dépassent pas la grandeur d'un microbe (un millième de millimètre). Le carbone s'accumule dans le foie, les reins, la rate, les poumons et les glandes surrénales. Il se retrouve dans les glandes salivaires, dans les ganglions lymphatiques du même côté⁴.

L'oxyde de plomb, contenu dans la matière d'obturation du canal intraradiculaire, se retrouve dans le sang, le foie, les reins, la rate, les glandes surrénales et dans le cerveau.

Dans des spécificités non infectieuses de la pathologie générale se dessine donc une voie vasculaire. Des microsubstances antigéniques, contenues dans la dent dégradée, cariée ou soignée, peuvent passer dans le courant circulatoire...

On provoque chez l'animal, par irritation physique ou chimique des nerfs dentaires et périodontaires, des infarctus du myocarde, des accidents vasculaires brutaux, artérites et obstructions vasculaires, saignements du tube digestif, hépatites, cystites, troubles rénaux, maladies de peau, accidents pulmonaires, oculaires, articulaires...

Ces expériences mettent en évidence un riche complexe dento-sensoriel. Les dérangements ou les dégradations buccodentaires, les moindres informations reçues par les terminaisons nerveuses périphériques, se transmettent au système central. Le message dentaire a donc un pouvoir sur la décision cérébrale. A l'état normal, il existe une correspondance dent-cerveau mise en évidence sur les animaux de laboratoire, en particulier depuis les canines. L'irritation nerveuse, partie de la réception dentaire, engendre d'incessantes réponses centrifuges ; elles parasitent les organes et les fonctions. Cette dernière précision corrobore l'étonnement de Pavlov, et conforte l'autorité des faits expérimentaux de Speranskii. Depuis, des chercheurs attestent que l'établissement de certaines maladies générales dépend de lacunes neurologiques gingivo-dentaires. Ce que l'on pourrait appeler « l'effet Speranskii » affermit aujourd'hui le diagnostic stomatologique.

« *Le nerf trijumeau est le plus réflexogène de l'organisme* ». « *Nerf essentiel* », il électrifie l'œil, les os maxillaires, les dents, les gencives. Sa connection bulbaire, la plus volumineuse des troncs nerveux à la base du cerveau, répercute des pulsions parasites dans tout l'organisme, lorsque l'extrémité dentaire est irritée. Ses ramifications s'entrelacent avec les fibres d'autres réseaux nerveux profonds et périphériques.

La dégradation ou l'irritation indolore d'une fibre du nerf trijumeau retentit sur les organes des sens : peau, œil, oreille, nez, langue.

Au contraire, l'altération des cinq sens, en particulier de l'œil, sous la dépendance majeure du nerf trijumeau, n'influence en rien la structure ou la fonction du système dentaire. A ce titre, le nerf dentaire procède d'un « Super-Sens », d'une sorte de « Sixième Sens »...

N'importe quelle dégradation bucco-dentaire, traumatique ou inflammatoire, se reflète sur le système sympathique. De surcroît, aux signaux venus du système nerveux gingivodentaire, s'ajoutent ceux de la lymphe ; par le truchement des vaisseaux et des ganglions, elle gagne la conduction vertébrale, riche de tissus nerveux réflexe.

Le nerf sympathique, en rapport avec ses terminaisons périphériques avec le trijumeau, commande les organes. Il a son origine dans la moelle, sort par les vertèbres et, comme le circuit lymphatique, longe les vertèbres. La perturbation de son influx réflexe retentit sur toutes les fonctions.

Pour exemple, on connaît depuis toujours les cris, les fièvres, les troubles digestifs et les convulsions du nourrisson lors de la percée difficile des dents.

Chez l'enfant et l'adulte aux dents irritatives, la pulsion perturbatrice se propage le long des étages vertébraux ; elle détermine des manifestations pathologiques chroniques : articulations, vertèbres et côtes douloureuses, dorsalgie, lombalgie, vertige, migraine, rhinite, indigestion, constipation, trouble du rythme cardiaque... Des désordres neuro-végétatifs et des maladies générales se lient à un parasitisme buccodentaire latent.

⁴ Billes en plastique. Ferglin B. et Reade P.C., *The distribution of 14 C leave and 85 SM labeled microspheres from a rat incisor root canal*, Oral surf 47 277-281, 1978.

Ces quelques rapports rudimentaires, relatifs aux pulsions bioélectriques parasitées le long des nerfs, complètent des schémas anciens moins élaborés mais éloquentes. Au II^e siècle, Galien traitait le sophiste Pausanias souffrant d'une anesthésie des deux derniers doigts de la main droite. « *Quiconque désire savoir, écrivait-il, à quelle vertèbre ou à quel nerf attribuer l'origine d'une affection, doit bien étudier l'épine dorsale, sinon il est impossible de déterminer où se trouve cet état, à quelle vertèbre se situe la cause, et à quelle paire de nerfs remonte l'origine* ». Il recherchait une cause à distance d'un symptôme, en méconnaissant la primordiale « *origine* » dentaire ; elle peut déterminer la pulsion neuro-vertébrale défectueuse, et gêner la fonction d'un organe, d'un muscle ou d'une articulation.

A partir des maxillaires supérieurs, l'irritation du système nerveux sensibilise les trois premières vertèbres cervicales ; celle de la mandibule se répercute sur les autres étages vertébraux. A la palpation, ces segments deviennent douloureux. A la limite des conductions maxillaires et mandibulaires, l'enchevêtrement des liaisons et l'interférence d'autres parasites électro-nerveux semblent brouiller les messages, en particulier lorsque la lésion maxillo-dentaire est ancienne.

L'irritation bucco-dentaire chronique, constante, physique ou chimique, par tartre, débris dentaire ou substance étrangère, provoque des troubles généraux semblables : douleurs, vasodilatation, œdème, tumeur, rupture vasculaire, vieillissement prématuré des tissus ; les multiples fonctions hépatiques ou celles des autres organes essentiels peuvent se dérégler. La maladie se constitue secondairement. Le dramatique « *troisième acte* » (selon l'expression de Leriche) du trouble général irréversible se prépare. Lors, la lésion des organes, les suites de traumatisme ou d'intervention chirurgicale risquent de se dramatiser.

L'inflammation d'un disque entre les vertèbres peut influencer tout le système nerveux réflexe et même le cerveau. Les expériences montrent que, lorsque les fibres nerveuses, qui électrifient les fonctions végétatives des viscères, dégénèrent, il se crée un « *état de prédisposition du terrain vis-à-vis d'irritants de toutes sortes, sans spécificité du facteur nocif* ».

La cinquième vertèbre lombaire peut subir des flexions anormales ou forcées. La répétition de surcharges ou certaines déformations professionnelles progressives disloquent certaines cellules musculaires ou celles des tissus vertébro-articulaires. Les constantes émanations du foyer dentaire s'y fixent ; la douleur avec la hernie discale, la tendinite, la lombalgie peuvent en dépendre.

Dans les mâchoires, les fines fibres nerveuses « *périphériques* » intra et péri-dentaires jouent donc un rôle réflexe bien plus important dans les réactions générales que ne le soutient la pensée habituelle.

Nous avons vu que, depuis le « *foyer* », des lésions marquent le trajet nerveux jusqu'à la colonne vertébrale et le cerveau ; elles progressent vers les muscles, les articulations et les organes. Mais il est impossible pour l'instant de percevoir sur le vivant humain le cheminement de la dégradation cellulaire.

Toutefois, le constat stomatologique met en valeur le rapport foyer dentaire-inflammation discale : car la douleur vertébrale ou au crâne, l'essoufflement, le symptôme organique, musculaire ou articulaire peuvent disparaître lors du *test* gingivodentaire⁵, ou à la suite de l'évacuation de l'irritation buccodentaire. Cette relation de cause à effet s'accorde avec l'objectivité de la recherche expérimentale sur les animaux de laboratoire.

De toute évidence, l'extrémité dentaire irritée est donc déterminante ; cependant les effets généraux répondent de mécanismes dont nous ne connaissons qu'une partie de la complexité.

Depuis l'évolution des germes dentaires dans l'os et sous la gencive, depuis le phénomène de dentition, le circuit électrophysique de chaque dent et des tissus qui la soutiennent se schématise en un système terminal électronique ouvert, sensible aux moindres informations lacunaires.

Chaque cellule électrique du corps humain additionne les influences reçues des autres cellules nerveuses. Sans se contacter, elles se terminent dans une solution aqueuse. La pulsion électrophysique le long des fibres nerveuses se transmet, d'une terminaison nerveuse à la suivante, par échange chimique dans la solution intercellulaire. On parle de synapse (du grec, j'attache) pour désigner la transmission physico-chimique d'un neurone⁶ à l'autre. Le temps d'exercice de la synapse est de

⁵ Test : Voir chapitre IX.

⁶ Neurone-Cellule nerveuse. Chaque neurone peut porter 10 000 dendrites. Le cerveau peut contenir jusqu'à vingt milliards de neurones. On a comparé la fonction d'un seul dendrite à celle d'un ordinateur !

l'ordre du millième de seconde. Le long des trajets nerveux, la pulsion se transmet à la vitesse de 80 mètres à la seconde. Cette relative rapidité de la transmission du message, depuis le site dentaire jusqu'à la réception centrale, explique l'instantanéité de la disparition de la douleur à distance du foyer neutralisé (comme nous le verrons avec le *test* stomatologique).

Les échanges d'ions métalliques dans un bain électrolytique et le courant électrique dans les câbles en rappellent grossièrement le schéma simplifié. Mais, dans les tissus vivants, le processus se complexifie en présence d'hormones et d'enzymes, substances spécifiques de chaque type de cellule nerveuse. Les enzymes sont des médiateurs chimiques contenus dans des microvésicules ; elles se tiennent dans le milieu liquide au voisinage de chaque extrémité (dendrite) du neurone ; s'ajoute l'action du calcium organique ; il libère les enzymes et facilite l'action des hormones. L'adrénaline, la sérotonine ou l'histamine activent ou freinent les séquences synaptiques.

Les toxines venues de la dent ou des gencives infectées dénaturent le milieu liquide ; elles gênent ou rendent impossibles les mécanismes enzymatiques et hormonaux. De ce fait, elles constituent un facteur de dérégulation de la pulsion nerveuse. Lors, le trouble gagne le système vertébral et cérébral ; de là, il retentit sur la dynamique réflexe, immunitaire, végétative, métabolique et psychique⁷.

Indice complémentaire : tout comme les productions bactériennes, certains produits chimiques de la thérapeutique intradentaire se diffusent dans le tissu nerveux comme l'eau dans une éponge. Il peut exister une perturbation tissulaire indélébile, occasionnée par la diffusion de produits nocifs. Les substances toxiques, appliquées pour certaines « *dévitalisations* » imprègnent les tissus environnants ; au cours des années suivantes, leurs traces entretiennent une nécrose diffuse ; elle se poursuit même après extraction de la dent traitée.

Forte de la dynamique physico-chimique, la pharmacopée, dans le domaine de la neuropsychologie, utilise de nouveaux produits excitateurs ou inhibiteurs des pulsions électrochimiques dans les cellules cérébrales. Tout le monde connaît les neuroleptiques, les anxiolytiques, les tranquillisants et les euphorisants. Dans le droit fil de leur influence, la pharmacodynamie supplée les déficiences du calcium, du potassium et du sodium dans la conduction neuroélectrique. A l'instar de cette dysfonction biochimique, les toxines bactériennes, sorties de certaines dents dégradées ou *soignées*, imprègnent le tissu nerveux ; elles dérèglent le mécanisme des récepteurs du potassium, du calcium et du sodium ; elles compromettent donc l'harmonie des relations cellulaires. Tout se passe, en quelque sorte, comme pour des électrons qui gravitent autour d'un noyau atomique. Des particules déséquilibrantes se déplacent à distance par des voies vasculaires, lymphatiques et nerveuses, en conservant leur dépendance vis-à-vis de l'épicentre bucco-dentaire perturbateur.

Effet traumatique

Un traumatisme ou même une blessure chirurgicale peut inhiber les défenses de l'organisme. On observe bien un drame fonctionnel lors de « l'état de choc », après certaines blessures.

Les tissus péri-dentaires, les plus exposés de l'organisme, constituent le site préférentiel de *blessures* et meurtrissures indolores. L'os de la mâchoire, les gencives et les dents, riches de terminaisons nerveuses réflexes, sont « *traumatisés* » par les percées dentaires difficiles, par la mastication avec des dents mal rangées, par la blessure tartrique, par les caries qui sont la rançon des bouches sucrées ou sales, par le brossage mal conduit, par la section thérapeutique du nerf, par le forage de l'ivoire vivant, par l'inclusion de corps étrangers dans les maxillaires ou de débris de plombage, de pâte thérapeutique ou d'implant, ou encore par la compression ulcérate de prothèses fixes ou mobiles mal contrôlées.

Il ne faut pas beaucoup d'imagination pour comprendre les contraintes cellulaires, vasculaires et nerveuses que subissent les os courts des mâchoires. La mastication d'aliments durs peut nécessiter des pressions musculaires de 60 kg au cm² de surface dentaire triturante. Les os de soutien, travaillant en force, peuvent présenter des détériorations de leurs articulations avec certaines dents devenues nocives sous toutes formes d'influences physiques ou chimiques.

⁷ Métabolisme—Qui concerne les échanges chimiques dans l'organisme.

Conclusion

Les altérations du système vasculo-nerveux de la sphère bucco-maxillo-dentaire et l'ampleur des réactions physiobiologiques, immunologiques réajustent les explications à propos de l'ordre habituel de la pathologie générale. Quand on traite de l'altération du système dentaire, responsable de troubles à distance, on ne doit pas stigmatiser la seule « *infection focale* ». Des corps étrangers et des dents indolores apparemment saines et stériles mais dénaturées dans leur structure, leur forme ou leur implantation constituent des « *épines irritatives* » responsables de l'établissement de « *champs perturbateurs* ».

L'évidence expérimentale de « *l'irritation focale* », approchée par le chercheur ou le praticien, apparaît donc comme un véritable manifeste.

Dans les chapitres qui suivent, ceux qui s'intéressent aux règles biologiques, c'est-à-dire aux principes essentiels du bien-être, garderont à l'esprit le constat de Pavlov et la démonstration de Speranskii ; voilà liées, d'une façon fondamentale, diverses déficiences et maladies à « *l'irritation* » de la denture. La préoccupation primordiale cerne la « *maladie d'origine dentaire* ».

VII

FOYERS DENTAIRES ET FACTEURS DE RISQUES PRÉDISPOSANT A L'ÉVOLUTION DE LA MALADIE

« Le temps n'est plus où les scientifiques pouvaient rester dans leur tour d'ivoire, ils ont besoin que tous soient informés des métamorphoses de notre image, de ce qu'est la vie, de ce que représente un homme. »

Jean HAMBURGER

Tout le monde a des « foyers », mais tous les organismes ne présentent pas des lésions d'origine bucco-dentaires. On parle de « foyers potentiels ». Ce concept s'inscrit dans une équation complète à paramètres multiples et variables, locaux et généraux. La résultante de leur interférence décide du moment, de la forme, de l'évolution et du pronostic au sujet de la douleur à distance ou de la « maladie satellite ».

Le seuil de tolérance biologique à l'action combinée de ces variantes est différent selon les individus ; il évolue pour chacun au cours des singularités de chaque vie. L'organisme est le siège de conflits changeants entre les organes altérés ou vieilliss.

Le terrain

La résistance à la maladie privilégie une constitution, c'est-à-dire un « terrain » exceptionnel ; il singularise des mécanismes bio-physiologiques à un moment donné. Des facteurs hasardeux ou spécifiques peuvent le modifier.

Pasteur, à la fin de sa vie, influencé par les travaux de Claude Bernard affirmait : « *Le terrain c'est tout, le microbe n'est rien.* » L'observation de ses mâchoires l'aurait amené à relativiser son jugement. Il y aurait découvert la « *porte d'entrée* » de certains microbes, les fuso-spirilles. Au travers de la gencive irritée par la percée dentaire difficile, détériorée par le tartre ou par un corps étranger, ces germes passent dans le sang. Dès l'apparition de la première dent, cette intrusion détermine une apparente « *spécificité du terrain* ».

En dépit des théories microbiologiques, au sujet de la présence nocive de microbes et de virus dans le corps vivant (10 minutes suffisent pour qu'ils soient neutralisés et évacués par les émonctoires¹), le système gingivo-dentaire, transformé en « *niche* » bactérienne ou virale, constitue la substance fondamentale d'un empoisonnement chronique sur laquelle le microscope biaise.

Extirper ce genre de réservoir toxigène peut évacuer la maladie en question. Le soulagement immédiat simplifie l'explication d'un fait cohérent : « *la maladie d'origine dentaire* » ; elle perturbe n'importe quel terrain.

Hahnemann, le père de l'homéopathie, sans s'en rendre compte, occultait un facteur intérieur non « occasionnel » : le système dentaire dégradé ; il entretient la maladie infectieuse ou gêne l'auto-régulation de l'organisme. L'échec d'un remède peut s'expliquer par l'activité d'un foyer dentaire oublié ; il donne naissance au dérangement chronique, déséquilibre n'importe quel terrain, tout en conférant un caractère spécifique aux effets de la maladie.

Dépassant la cause externe « occasionnelle » chère aux homéopathes, tout au long de certains états pathologiques, la mise en évidence des irritations gingivo-dentaires constitue donc un préalable d'importance vitale. Un sujet dont les diffusions toxico-infectieuses dentaires se répandent dans le sang, les nerfs et les glandes endocrines, les articulations, le foie, les intestins, les reins, le cœur, les organes génitaux, le cerveau... peut être considéré comme un « *terrain à haut risque* ».

Chaque organisme possède une aptitude particulière pour réagir à l'inclusion d'une infime quantité de poison ou parcelle de corps étranger nommée « *antigène* ». Pour faire échec à ce dernier,

¹ Émonctoires : par la transpiration, la respiration, les urines et la défécation.

l'organisme élabore des « anticorps » spécifiques. Dans cette sauvegarde, les globules blancs sont aidés par certains enzymes pour détruire et évacuer l'antigène.

La niche dentaire, indestructible mais occultée, excrète des poisons, ce qui donne libre cours à de multiples interprétations concernant les « réactions du terrain ».

Quel que soit le terrain, la brèche bucco-dentaire ouvre la voie à des affections comme l'intoxication, l'infection, les furoncles, l'acné, la méningite, la bronchite chronique, la péritonite, l'hépatite et la jaunisse, l'entéocolite, la colibacillose... Cette évolution se surajoute aux déficiences qui n'en dépendent pas.

Pour l'essentiel, l'efficacité du test stomatologique et surtout de la levée du « foyer », que nous verrons par la suite, met en valeur le déterminisme bucco-dentaire dans la pathologie générale.

L'hérédité

Plus de 90 % des lésions articulaires montrent à l'analyse, chez des rhumatisants, certains « marqueurs » (HLA)² ; des structures cellulaires, transmises par les ascendants, prédisposent l'organisme aux mêmes affections « diathésiques ».

On met donc souvent sur le compte exclusif de l'hérédité certaines déficiences. Cette négation relative du facteur bucco-maxillo-dentaire fausse l'analyse.

Car, de génération en génération, la transmission de dysharmonies maxillo-dentaires, résultat du croisement des morphologies, détermine l'inclusion irritative des dents de sagesse. L'encombrement dentaire favorise l'accumulation du tartre et la maladie des gencives. S'ajoute la persistance d'un type d'alimentation et de manœuvres dento-destructrices. Ces processus impliquent une dégradation progressive du système des mâchoires. En conséquence, les mêmes foyers dentaires provoquent des maladies similaires. Tous les organismes, tous les tempéraments, toutes les constitutions, tous les embryons et les fœtus, tous les caractères héréditaires s'y prêtent. La conjonction hérédité du terrain-environnement, parfois déstabilisatrice de l'existence, se dramatise sous l'effet constant de troubles généraux réflexes, infectieux ou fonctionnels d'origine bucco-dentaire.

A chaque conception, une combinaison singulière de facteurs moléculaires, de gènes, de chromosomes, se transmet par l'ovule et le spermatozoïde. Se constitue un complexe unique, les singularités physiques et certaines aptitudes en dépendent. Les capacités scolaires, sportives, artistiques ou professionnelles y trouvent appui. Or, toutes les substances biologiques, responsables du message de l'hérédité, baignent dans la pollution sanguine et humorale venue du foyer périodentaire acquis. La dispersion constante dans l'organisme, même infime, de ce facteur nocif peut hypothéquer la formation de l'embryon et aussi la fabrication du fœtus jusqu'au terme.

En effet corollaire, après suppression de l'irritation focale acquise (traitement des maxillaires et des gencives irritées, soins bucco-dentaires conservateurs ou, en cas d'inefficacité, extraction), disparaissent toutes sortes de perturbations génitales, susceptibles d'altérer les tissus embryonnaires et le fœtus. L'hérédité n'est donc pas toujours responsable de certains états pathologiques.

Les tissus vivants peuvent subir l'inexorable « dégradation focale ». La mise à jour de cet événement brise souvent le mythe de l'hérédité du pathologique, et met en valeur le meilleur dispositif d'alerte contre la maladie acquise.

Avant qu'il ne soit trop tard, quand la cause du mal est neutralisée, le pouvoir régénérateur des cellules répond du retour au mieux possible. Le corps se régule en se relevant de ses blessures.

Le stress

D'innombrables facteurs fragilisent certains tissus :

- Pathologie cardiaque, rénale congénitale ou acquise.
- Déformation articulaire, osseuse, musculaire congénitale ou acquise.
- Fragilité des tissus exposés à des accidents, traumatismes répétés, tension supportée par le système ostéo-ligamentaire.

² HLA : Human lymphocyte Antigen.

— Tabac, alcool.

Le foyer dentaire agit en dramatisant ces surcharges ou ces séquelles. Sans oublier l'influence de ces facteurs sur l'organisme, le déséquilibre du biologique dépend, tout au long de la vie, d'une multitude d'agents perturbateurs dits « stressors ». Leur action et leurs combinaisons induisent le phénomène de « Stress ».

« *Le stress se développe en un ensemble d'épiphénomènes biologiques non spécifiques qui marquent la réaction de l'organisme à une action pathogène, ou mieux, à une attaque quelconque* »³.

Par exemple, une brûlure, une contrariété ou la peur pourraient déterminer une maladie identique.

Lorsque la disparition du « stress » semble résulter du « rééquilibre de facteurs internes », on parle de « réhabilitation spontanée » ou de « compatibilité médicamenteuse ».

Mais la confusion des causes fausse le diagnostic et, surtout, rend illusoire l'efficacité des traitements. Les réactions physiques et psychiques, mises à tort sur le seul compte du stress, dépendent de la perturbation globale chronique d'origine dentaire.

En effet, la fin d'évolution difficile d'une dent de lait ou de sagesse ou, sans que le sujet ne s'en rende compte, l'évacuation d'un foyer (extraction, soins gingivaux ou dentaires) ou le hasard d'une fêlure de l'émail (qui libère les microgaz contenus dans l'ivoire carié ou mortifié), donne force au soulagement et à l'autorégulation de l'organisme. L'ignorance de cette finalité entretient la confusion du diagnostic et l'acharnement thérapeutique conventionnel.

La psychosomatique⁴

L'écorce cérébrale, sans cesse mise à l'épreuve par les heurts de l'environnement, répond par des interactions avec les centres nerveux situés à la base du cerveau. La répercussion sur le système nerveux réflexe conduit le trouble des combinaisons chimiques, moléculaires, des viscères et des fonctions. L'harmonie des relations cellulaires et organiques est donc dérangée.

Un agacement ou une joie, une irritation, un traumatisme, le froid, la chaleur, le bruit, un chagrin, une passion refoulée, des désordres écologiques de toutes sortes, « non enregistrés par la conscience », influencent des mécanismes internes.

Des biologistes se réfèrent à ces subtilités « psychosomatiques » pour expliquer les troubles physiques ou fonctionnels. Ils décrivent le rôle des surrénales et de la thyroïde, des glandes hormonales, de l'hypophyse et de l'hypothalamus... Ils stigmatisent l'abaissement ou l'augmentation du taux de cholestérol et de magnésium ou la diminution du nombre de certains globules blancs ; ces anomalies sont-elles vraiment toujours et seulement la conséquence d'un choc émotif que l'organisme « n'oublie pas » ?

Pour exemples :

— Claire, 20 ans. Dents détruites par la sucromanie. Fatiguée, angines à répétition. « *Elle ne tient plus debout* », sa mère s'inquiète. Diagnostic : « *Elle somatise* » !

La jeune fille ne « somatise » plus après : extraction de dents de sagesse mal implantées, d'une molaire inférieure dépulpée et traitement de dents cariées.

— Philippe, 5 ans. Hospitalisé pour cause de déshydratation : « enfant malade depuis la naissance de sa sœur ». Il étouffe. Vomissements répétitifs, diarrhée. Cortisone : amélioration fugace. Arrêt de cortisone (voir dessin p. 67).

Extraction de deux dents dépulpées. Disparition immédiate de tous les symptômes. Retourne à l'école (promesse de ne plus consommer de sucreries et de se brosser les dents).

Le raisonnement psychosomatique associe l'émotion au trouble de certaines fonctions et lésions organiques. Cette finalité concerne les effets les plus divers de la pathologie générale.

Prenons pour modèle certaines pathologies dites psychosomatiques :

³ « Le stress », H. Selye, « *Le stress et la vie* », Paris, 1962.

⁴ Psychosomatique — de psychisme ; les émotions retentissent sur le soma : ensemble des cellules vivantes.

Obésité

Le cortex cérébral, clé de voûte de la régulation nerveuse, règle le comportement alimentaire. Son excitation, déterminée par la contrainte que l'on nomme « stressor », retentit sur des facteurs endocriniens réglant la formation du tissu adipeux. D'après certains diagnostics, ce mécanisme décide de la boulimie qui compense « une angoisse non maîtrisée »⁵. Cependant, le processus de cette affection est loin d'être complètement éclairci. Car, si la plupart des obèses ont un gros appétit, le trouble des fonctions nerveuses et hormonales peut déterminer un surpoids sans excès alimentaire.

La prise anormale de poids a été étudiée par des biologistes respectueux de règles psychosomatiques. En laboratoire, un rat essaie, en vain, de se dégager d'une pince légère qui lui étire la queue. Mis en présence de lait sucré, il s'en nourrit pendant plusieurs jours au point de devenir obèse, alors que des rats libres en consomment sans excès.

Deuxième temps de l'expérience : la pince est desserrée jusqu'à une pression non perçue. Le rat ne tente plus de s'en défaire, et continue à absorber le lait avec la même démesure. On en déduit que le pincement ou « *stressor non appréhendé* » fonde un appétit démesuré compensateur.

La toxicité imparable des productions bactériennes ou virales, et aussi celle des enzymes, sorties de la dégradation du tissu dentaire, gingival ou osseux, se déverse dans l'organisme. Cette diffusion provoque l'inflammation chronique du milieu intérieur, des glandes endocrines et des cellules nerveuses.

L'envahissement hydrique des tissus semble être une défense pour diluer, en quelque sorte, les toxines sorties du foyer dentaire. L'évacuation précoce de cette cause peut entraîner l'amincissement et un rétablissement rapides ; tardive, elle implique une rééquilibration progressive.

Si l'on occulte les expériences de Pavlov et de Spéranskii, nous pouvons admettre, dans le contexte de la psychosomatique, que la suppression de « stressor » buccal, de l'épine irritative bucco-dentaire indolore, provoque l'amincissement de certains obèses. Elle peut les soulager, du même coup, de l'angoisse, de l'anxiété, de lourdeurs, de somnolences, d'herpès douloureux, de l'hyperacidité stomacale et de la fermentation intestinale qui accompagnent les états de fatigue.

La survenue de complications, telles que l'asthme, l'urticaire, la goutte, l'épilepsie, chez l'obèse, doit attirer l'attention des médecins pour la recherche d'un éventuel foyer dentaire responsable.

— Patient de 30 ans, 1,80 m. 90 kg. Lombalgie, troubles digestifs douloureux, acné dorsale. Il a abandonné depuis un an le « coupe-faim » et les extraits glandulaires.

L'extraction de trois dents de sagesse, en malposition, permet d'aborder avec plus d'assurance le traitement des gencives irritées par le tartre. Un an plus tard, il a oublié ses symptômes. Sans régime alimentaire, il pèse 78 kg.

— Patient de 62 ans, 1,60 m, 83 kg. Essoufflé, insomnie, tension artérielle à 18, glycémie, 1,8 g, arthrose du pied gauche et sciatique sévère.

Extraction de deux prémolaires inférieures dépulpées. Quatre mois plus tard, apaisé, il pèse 68 kg. Glycémie 1,2, tension à 16. Subsiste une lombalgie atténuée qui disparaît plus tard.

— On a établi que le dysfonctionnement de la thyroïde participe à la prise ou à la perte anormale de poids. Quoi qu'il en soit, des tumeurs de la thyroïde disparaissent après assainissement du système bucco-dentaire.

Amaigrissement

« L'oligophagie psychosomatique », comme disent les savants à propos du manque d'appétit, est liée à des émotions. Il s'agit d'une « situation angoissante non surmontée ». On connaît l'anorexie mentale de certaines jeunes filles caractérisée par l'absence de règles, le refus de nourriture et l'amaigrissement jusqu'à l'épuisement.

⁵ Angoisse. Dérot. M. et Courty, Laffont, *Les maladies de la nutrition*, Paris, 1967.

Lors de maigreur chronique, un foyer dentaire irritatif, bactérien ou viral, peut déterminer la perte de l'odorat, de la gustation, l'absence de salive et d'appétit ; lors, il provoque le dérèglement organique qui entretient l'angoisse.

De surcroît, les bouches incendiées par les sucres, par la méconnaissance, le manque ou l'insuffisance d'hygiène ne permettent pas un broyage alimentaire correct.

En diététique, on parle d'inefficacité de toutes les médications si toute « cause organique » d'amaigrissement n'a pas au préalable été éliminée ou traitée.

L'inappétence, l'hypersécrétion du suc gastrique, la fistule gastrique éventuelle et l'anxiété peuvent disparaître après assainissement de l'arc dentaire.

Votre silhouette peut dépendre de vos dents. Une seule d'entre elles dégradée ou mal plantée, en particulier la dent de sagesse, une seule coiffée métallique irritant la gencive, ou un implant vissé dans la mâchoire peuvent rendre le juste poids impossible.

— Patiente de 72 ans. Amaigrissement, régime végétarien. Insomnie avec syndrome respiratoire, « bronches dilatées » depuis six ans. Angoisse, lassitude.

La dépose d'une dent postiche, qui comprime la gencive, la soulage des symptômes. Revue, brillante, à 80 ans. Surveillance sa prise de poids.

Le concept « psycho-neuro-immunologique »

A l'heure actuelle le concept psycho-neuro-immunologique prend son essor. Il infiltre la pensée médicale dans les Universités.

On étudie des vibrations et des interactions ioniques, moléculaires dans tout l'organisme. Des substances et des influx sortis de terminaisons nerveuses et des glandes endocrines s'entrecroisent. Des combinaisons physico-chimiques interfèrent avec les micro-substances contenues dans le plasma. Tous les phénomènes physiques et psychiques dépendent de la complexité de cette « machinerie », surchargée par l'« irritation » ou l'« infection focale ».

Dérèglement hormonal

On parle de *stimulation déséquilibrante* des glandes hormonales. Mais la suppression de certains obstacles bucco-dentaires peut donner suite à la disparition des symptômes liés au diagnostic de « *dérèglements des glandes endocrines* » : déficit ovarien, testiculaire, thyroïdien, hépatique ou cérébral.

— Madame Michèle B., 37 ans, assistante sociale suivie par le docteur G. endocrinologue.

En septembre 1982, un bilan thyroïdien est effectué en raison des symptômes suivants : tachycardie, anxiété, nervosité, gêne à la déglutition. A la scintigraphie, nombreux nodules. Une intervention chirurgicale est préconisée par le docteur G., (traitement d'attente).

« *En février 1984, compte tenu de la persistance du syndrome cité ci-dessus, je consulte pour des tests dentaires en relation avec la glande thyroïde. Dans les minutes qui ont suivi, j'ai ressenti un relâchement de tout mon organisme, une sensation de détente et de décontraction très importante.*

Devant ces premiers résultats, aussi spectaculaires que rapides, je n'ai eu aucune réticence pour accepter des interventions sur mes dents, malgré les contraintes matérielles que cela impliquait (nécessité de porter un appareil dentaire, éloignement de mon domicile : 3 heures de transport en commun pour chaque consultation).

Ces tests et le traitement sans médication qui a suivi ont eu une incidence considérable sur mon état de santé : transformation physique (particulièrement, modification du teint, assombri depuis l'enfance), soulagement du cou, et surtout transformation sur le plan psychologique : j'ai retrouvé un équilibre que je n'avais plus depuis de nombreuses années. Amincie sans aucun régime alimentaire, je me suis épanouie pleinement tant sur le plan personnel que familial et professionnel.

Actuellement, des soins dentaires me sont dispensés pour essayer d'assécher un écoulement mammaire bilatéral (staphylocoque blanc en place depuis 1982). »

— Depuis l'âge de onze ans, un garçon ne grandit pas plus qu'il ne prend de poids. A treize ans, on diagnostique une insuffisance du développement testiculaire. Les vertèbres cervicales douloureuses dramatisent l'asthénie.

— Sa sœur, âgée de quinze ans, souffre d'aménorrhée (absence de règles). Elle présente une inflammation du conduit auditif, se plaint d'angine, de nausées, d'angoisse et d'insomnie.

L'extraction de molaires inférieures gauches, dépulpées depuis trois ans, les libère de tous les symptômes. (Vers dix-huit ans, l'égression de la dent de sagesse compense la perte de la molaire).

— F., 18 ans, alopecie⁶ généralisée (chute des poils et des cheveux) depuis l'âge de 12 ans. Les tests dermatologiques, glandulaires et des traitements immunologiques, des vitamines et du calcium, il suit, sans résultat pendant un an, une cure psychanalytique (il est vrai que pour le moins, Freud préconisait cinq ans de cure psychanalytique !). Les troubles intestinaux, l'incontinence, les rhumatismes, la rhinite accompagnent une insatisfaction et un état dépressif.

Le « *soin canalair*e » de l'incisive centrale supérieure gauche mortifiée donne suite à une faible repousse unilatérale gauche et à l'atténuation de la rhinite. L'extraction de la dent le soulage de tous les symptômes. Repousse complète des cils, sourcils, des poils. Faible repousse en plaques des cheveux (altération trop ancienne).

Rejet et allergie

Comme précédemment résumé, l'organisme détecte et lutte contre toutes sortes de germes et de substances nuisibles. Un arsenal physique et chimique, toujours prêt, attaque et élimine l'intrus. Mieux, qu'une ou plusieurs cellules du corps se dégradent, et des énergies biologiques, physiques, chimiques, interfèrent pour évacuer la fraction lésée, pourtant intégrante du tissu organique. Très souvent, la dent soignée porte les traces de cette réaction. On dit qu'il y a « *rhizalyse* », du grec : racine-destruction. L'ivoire radiculaire se résorbe. L'os de soutien peut aussi disparaître. Il arrive que ce remue-ménage s'étende à distance en « *tempête humorale* » ; elle peut terrasser le malade.

Est-il primordial d'essayer de déjouer et de détruire un processus de « *rejet* » naturel, ou plus logique, plus biologique, plus vital d'éliminer la cause première, provocatrice d'un mécanisme autodestructeur ? Faut-il encore attendre que l'infection puerpérale, après accouchement, s'installe pour parler de l'asepsie ? La réponse, de toute évidence, c'est qu'il y a toujours, en médecine, plus d'opportunité à agir vis-à-vis de la cause nocive (que l'on doit tout d'abord éliminer), que d'efficacité des traitements qui la contournent.

On considère que certains organismes sont « allergiques » à de singuliers microbes, arrivés là on ne sait comment. Lors parle-t-on d'« *allergie bactérienne* ».

La rhinite, le prurit, des vertiges, des troubles digestifs, vasculaires, des marques sur la peau... proviendraient de l'allergie qui résiste au traitement. Mais ces symptômes résultent, le plus souvent, de réactions immunitaires, de tentatives constantes de « rejet » déterminées par des corps étrangers dans les maxillaires, par le chimisme de la thérapeutique intradentaire, par toutes sortes de microbes et leurs productions toxiques passées dans les mâchoires.

— « Allergique aux colorants », une patiente de 55 ans ne se teint plus les cheveux. Le détartrage des incisives et des canines inférieures la « *désensibilise* ».

Mieux encore, le « *foyer dentaire* », maintenu en place, entretient la complexité de la pathogénie. « *Toucher* » (test) une « *épine irritative* » plantée dans la mâchoire, et les symptômes de l'« allergie » peuvent disparaître...

S'il existe dans l'organisme un seul facteur irritatif ou en perpétuelle explosion toxique ou autrement parasite, même s'il ne représente pas le premier fondement de la maladie, il est élémentaire de l'éliminer, avant que ne s'installe la consommation générale imparable. Le plus souvent, on le supprime par hasard, c'est-à-dire sans le savoir ou trop tard, ou même on ne le supprime pas du tout.

En pratique, il n'est pas démontré de façon formelle que l'élimination de la carie ou du nerf altéré, de la dent bactérienne et aussi du tartre soit toujours complète. La moindre particule oubliée, chargée

⁶ *Alopecie*, Communication faite au Congrès International d'Odontologie, Athènes, 1976.

de germes, continue à émettre des productions et « vibrations » nocives ; elle entretient le branlebas de toute la mécanique de la défense pour la rejeter. Le malaise général résulte des travaux forcés imposés à ce système. Il arrive qu'il s'épuise. A cette usure en profondeur des tissus s'ajoute l'action des productions de l'organisme (précédemment abordée, à propos de la fonte radiculaire de certaines dents). Des enzymes, *protéolysantes* en terme de métier, sorties des cellules mortes, désagrègent des cellules vivantes. L'organisme se détruit.

En corollaire, les sujets exempts de lacune gingivo-dentaire éliminent sans histoire par les excréments, les urines et la transpiration, les micro-organismes, germes bactériens, virus et les poisons alimentaires ou respiratoires prétendus responsables de l'allergie en question. La primauté des agressions extérieures déséquilibrantes peut donc être fictive.

Afin de dépassionner le débat au sujet de la toxicité « allergisante » du mercure contenu dans les amalgames (plombages), réajustons la réaction équilibrante après leur dépose.

En ne touchant pas à un amalgame incrusté dans une dent, le forage minime de l'ivoire peut donner suite à la disparition de l'allergie, de l'intoxication ou des symptômes mis sur le compte du bimétallisme ou du mercure.

Le moindre fraisage de la dent, lors de la dépose d'un amalgame, libère des micro-gaz de putréfaction. Des symptômes disparaissent. En cette conjoncture, l'alliage au mercure n'est donc pour rien dans les effets à distance.

Quelques édentés semblent allergiques à un facteur supposé ; ils subissent, à leur insu, la présence d'une infime particule dentaire ou d'un ancien débris thérapeutique intra-osseux occulté.

— Un corps étranger, plus petit qu'une tête d'épingle, bloqué dans l'épaisseur maxillaire de la zone prémolaire, entretient une prostatite, de l'insomnie et une douleur dorsale tenace accompagnée de fatigue et de taches rougeâtres sur le bras. Le curetage rééquilibre l'organisme.

— Une rhinite chronique et une suppuration nauséabonde d'un doigt correspondent à une molaire vivante plombée.

Pour l'essentiel, la dépose du corps étranger peut calmer le remous immunitaire ; les symptômes se dissipent. Un « test » stomatologique peut suffire.

Jean-Pierre M., 45 ans, spéléologue :

« En 1970, je participe à une expérience dite "hors du temps" (organisée par Michel Siffre sous le contrôle de la NASA) et séjourne six mois, seul, sous terre.

Au terme de cette claustration, je me trouve, une fois revenu à l'air libre, affligé d'une "allergie". Je me suis hypersensibilisé sous terre, donc je suis très sensible aux pollens, poussières, etc., me dit-on.

Durant les deux années suivantes, les injections hebdomadaires d'extrait de pollen, poussière, etc., s'avèrent radicalement sans effets.

En 1974, j'apprends que la cause de mon mal réside dans la racine d'une incisive, qui supporte une prothèse. Mon choix fut rapide. Une dent artificielle se remplace aisément. Depuis, plus rien. Il y a dix ans que je ne sais plus ce qu'éternuer, pleurer, ou se moucher, veut dire. »

Dépression du système immunitaire

Le thème de l'infection de l'organisme, produite par une dent ou par une gencive septique, peut élucider un problème d'actualité.

A la question « *Comment expliquer que certains sujets sains portent dans le sang les traces (anticorps spécifiques⁷) de virus du SIDA* », un médecin américain répondait en 1987 « *il doit exister un repaire dans l'organisme* ». En 1988, en France, on supputait à propos d'une « niche »⁸ à virus.

Selon une opinion généralement admise, « *le virus du SIDA ne peut se transmettre que par le sperme, le sang, les sécrétions vaginales et, au travers du placenta, de la mère à l'enfant* »⁹.

⁷ Anticorps dans le sang séropositif. « Résultat de dépistage révélant la présence d'anticorps dans le sang : un individu séropositif n'est pas forcément malade. »

⁸ « Niche ». Information télévisée. Docteur Montagnier de l'Institut Pasteur.

⁹ Transmission du SIDA : Bulletin Officiel O.N.C.O., 1^{er} trimestre 1989.

On ne peut donc écarter le risque de transmission du virus lorsque, autour de dents entartrées, des poches gingivales saignent. Un même processus de contamination résulte d'infimes lésions de la muqueuse gingivale autour de certaines dents mortes. La fistule indolore, plus ou moins purulente et saignante, peut émettre toutes sortes de germes. Elle constitue une porte d'entrée et de sortie pour les virus.

Nous pouvons donc mieux situer le facteur de risque conduit par certains baisers et, en particulier par le contact buccogénital lorsqu'un des partenaires est séropositif ou a le SIDA.

« On doit maintenant pouvoir reconnaître un certain nombre de manifestations buccales qui sont, ou très caractéristiques de l'infection VIH2, ou spécifiques de cette infection au VIH¹⁰... Il s'agit de gingivites, gingivostomatites, papillomes, herpès et aphtes » ou crêtes de coq. Si bien que, d'après certain spécialiste, ce genre de dégradation, occasionnée par le virus du SIDA ou banalement par d'autres virus, « résulte de la libération des mœurs »¹¹.

D'après certaines informations, venues des USA, un sang séropositif n'implique pas forcément toujours la présence du Virus du SIDA¹².

Or, chez certains patients « séro-positifs », le gonflement des ganglions disparaît après assainissement de leur système dentaire (observation en service hospitalier universitaire et en cabinet médical).

La douleur à la pression, ressentie dans un site de la peau ou muqueux enflammé, s'estompe lors du test stomatologique. L'état général s'améliore.

Certaines bouches dégradées (en particulier chez le séropositif et toxicomane aux dents détruites par la sucromanie, négligées ou même soignées, et aux gencives entartrées) gardent dans la sphère aux gencives entartrées toutes sortes de microbes et de virus. Il en résulte une production de substances toxiques filtrant au travers des gencives et des microcanaux de l'ivoire ; elle se répand dans l'organisme. Comme nous l'avons précédemment approché, des « anticorps » se forment pour lutter contre l'infestation. Producteurs de poisons, les microbes et les virus inexpugnables se maintiennent dans des « niches » dentaires non vascularisées. Il arrive que le système de la défense s'épuise. La « défaillance immunitaire » devient irréversible. L'organisme ne peut plus se défendre contre n'importe quelle sorte de germe pathogène. Une disparité de symptômes marque le corps : victoire de la « maladie opportuniste »...

En toute opportunité médicale, « la mise en état de la bouche par la suppression de tous les foyers infectieux pouvant exister au niveau de la muqueuse (gingivite) et des dents elles-mêmes (carie, infection périapicale chronique, abcès, etc.) doit être réalisée précocement. Elle vise à éviter des complications par infection focale, d'autant plus que beaucoup de ces complications peuvent apparaître à l'occasion de la chute des défenses immunitaires »¹³.

La « niche » gingivale ou dentaire expliquerait-elle en partie la transmission du SIDA ? « Pourquoi se poser la question ?... Pourquoi penser, pourquoi ne pas tenter l'expérience ? » Par anticipation, au XVIII^e siècle, cette fameuse réponse du grand chirurgien John Hunter reflète une philosophie moderne allant dans le sens de la science expérimentale. L'efficacité relative de la stomatologie s'y renforce. Pour le moins, aucun médecin ne conseille le maintien d'une « niche » bactérienne dans un organisme qui risque de perdre ou a perdu ses défenses immunitaires, car la maladie infectieuse « opportuniste » y puise sa force.

Effet cancérigène

Sans que l'on en prenne conscience, les dégradations indolores de la sphère bucco-dentaire déterminent de constantes réactions de la défense réflexe. Les énergies physiques et chimiques du système immunologique s'adaptent à une vie « en catastrophe ». Les fluctuations de ce mécanisme

¹⁰ Virus d'Immunodéficience Humaine.

¹¹ Libération des mœurs : Professeur Mathé, Information télévisée 1988.

¹² Disparition spontanée des anticorps : Docteur Montagnier. Information télévisée 29-12-1987. Cet effet inattendu peut résulter de l'élimination, non notifiée, d'un quelconque foyer bucco-dentaire.

¹³ Mise en état. Bulletin officiel O.N.C.O., p. 27.

entretiennent des remous aussi longtemps que l'attaquant reste en place. Il arrive que le désordre intérieur grandissant atteigne la phase aiguë, anarchique, irréversible.

Il y a des questions à poser et à se poser. Pourquoi les Hunzas ont-ils la réputation par exemple de ne pas contracter de cancer, et pourquoi les Mormons, dans l'Utah, en souffrent sensiblement moins que les autres Américains ?

L'accessibilité difficile des plateaux de l'Himalaya préserve les Hunzas¹⁴ du commerce avec l'extérieur. Le sucre n'y arrive pas ; ils se nourrissent de yaourt et de céréales. Sans sucre industriel, pas de carie, pas d'infection gingivo-dentaire, pas d'irritation chronique, pas de « réactions à distance » ni de naissance de tumeurs.

Que nous enseigne la vulnérabilité au cancer des Mormons, de 22 % inférieure à celle des Blancs de l'Utah, alors que cette communauté représente plus de 72 % de la population de cet État ? La réponse est contenue dans le respect de la vie ; il leur interdit de maintenir dans les maxillaires des dents mortes ou dépulpées. Certains profanes font retraite chez des Mormons. Aussitôt, confiés au gardien des choses de l'autorégulation du corps humain, pour la meilleure harmonie possible de l'univers intérieur, le dentiste leur conseille l'extraction des dents mortes.

Les Centenaires des Andes¹⁵, édentés depuis l'âge de vingt ans, ignorent le cancer, et, comme les Hunzas, peuvent vivre plus d'un siècle.

Lorsque les biologistes essaient d'expliquer l'évolution des tumeurs, ils sont enclins à stigmatiser le rôle primordial du microbe. Ils estiment que « toute infection chronique peut faire le lit du cancer »¹⁶. Il est donc prudent de soulager les maxillaires de la présence d'un nid bactérien ou chargé de virus.

Le virus « *herpès simplex n° 2* », responsable de lésions génitales, entraîne, selon les cancérologues, l'évolution possible du cancer du col de l'utérus. Un faisceau de troubles physiques et psychiques précède et accompagne la tumeur maligne ; il conduit les spécialistes à mentionner que « *dépression et cancer ont partie liée*¹⁷ ».

Chez certains sujets, on découvre, à l'analyse, des « substances » cancérigènes que l'organisme ne peut plus dégrader. L'évacuation de la « substance » spécifique : la dent altérée ou soignée, peut donner suite à la régression de l'enflure du foie, de troubles rénaux et de tumeurs.

En cancérologie, on renforce les défenses naturelles de l'organisme afin de parer aux multiplications cellulaires anarchiques. Tous les agents extérieurs, susceptibles de provoquer cette prolifération cellulaire, sont mis en cause. Aux radiations ionisantes, aux virus, aux substances chimiques, au tabac, s'ajoutent les troubles hormonaux ; ils seraient responsables de reproductions désordonnées, de mutations ou de déviations malignes des cellules vivantes.

Mais, sans « renforcer les défenses « naturelles », la suppression d'agents toxiques et de corps étrangers ou « causes favorisantes », inclus dans la dent, dans la mâchoire ou dans la gencive, peut évacuer le mal.

En science expérimentale, Selye, le père de la théorie du stress (explication précédente), incruste des morceaux de verre sous la peau des rats. Dans l'année qui suit, il observe dans ces sites l'apparition de cancers dont la fréquence dépasse 7 %. On peut comparer ce phénomène à la naissance de tumeurs en des parties du corps qui subissent des blessures renouvelées ou constantes.

Dans la genèse du cancer de la bouche, avec ou sans mesure d'accompagnement du tabac ou de l'alcool, certains cancérologues reconnaissent la nécessité de l'irritation bucco-dentaire. Des cliniciens ont observé que le cancer de la gencive ou de la langue survient en présence de ce facteur. Admettre ce processus c'est, du même coup, avaliser la diffusion dans tout l'organisme de cellules cancéreuses depuis l'épicentre bucco-dentaire.

Des parcelles de microcaillot, de thrombus, autour des foyers bucco-dentaires indolores ou de cellules sorties du granulome ou d'un kyste, « décollées » par les productions bactériennes et par des

¹⁴ Hunza : depuis 1981, des routes modernisent le pays. Le sucre est arrivé ; le « foyer dentaire » va se distribuer : le progrès est en marche.

¹⁵ *Les centenaires des Andes*, Davies D., Paris 1976.

¹⁶ *Le cancer*, Mathé.

¹⁷ *Le cancer*, Mathé.

enzymes, peuvent passer dans le courant sanguin ou lymphatique. Ces substances, particules ou « *cellules libres* » émigrent ; elles constituent des métastases (changement de site de la lésion ou de la maladie) dans n'importe quel tissu. Une colonie satellite, multiplication géométrique de cellules anarchiques, se développe à plus ou moins grande distance du centre émetteur.

Si l'on réfute cette explication, il faudra prouver que la lésion buccale, au regard de la loge périodentaire, ne s'insère pas dans le système vasculaire et nerveux. A moins de trouver une autre explication pour comprendre un phénomène répétitif : disparition, après assainissement des mâchoires, de nodules et de tumeurs du sein, du cerveau, ou à l'aîne, à l'aisselle, au cou, dans la peau, aux orteils, aux ovaires ou au vagin et à d'autres localisations superficielles ou profondes, même si le diagnostic de cancer n'est pas encore porté.

La conduite stomatologique se réfère à une relative opportunité, car, lors de l'analyse biologique, la frontière entre la notion de tumeur bénigne ou maligne n'est pas toujours très nette. Quoique les analyses de laboratoire montrent, lorsqu'il est encore temps, les *nodules* peuvent perdre de leur consistance, lors du « *test stomatologique* » ; la palpation est rendue indolore ; l'anxiété et l'oppression s'estompent. L'assainissement des mâchoires peut harmoniser l'état général.

— Femme de 35 ans. Tumeur du sein. Induration volumineuse évolutive depuis deux ans. Le test sur la molaire supérieure vivante, incrustée d'or (inlay), donne suite au soulagement du sein. Résorption en deux mois après extraction de la dent, en apparence saine. Persiste un léger empâtement du sein au moment des règles. Revue, vingt-cinq années plus tard, sans aucun symptôme.

— Femme de 27 ans. Angoissée, elle présente une tumeur volumineuse du sein gauche avec engorgement ganglionnaire à l'aisselle. L'extraction de l'incisive centrale dévitalisée, suivie du curetage du fond osseux, de résection de l'extrémité radiculaire et de réimplantation donne suite, dans les trois semaines, à l'atténuation progressive de l'engorgement des ganglions et de la tumeur. L'angoisse disparaît lors de l'extraction. (La réimplantation d'une dent déchargée, au mieux possible, de son contenu bactérien, est sujette à caution. Ce genre de dent aboutit, tôt ou tard, à une réactivation du foyer perturbateur. L'extraction est prévisible. Importance de la surveillance médicale. Cette dent a dû être extraite dix années plus tard).

— Femme de 67 ans, édentée depuis plus de vingt années. Elle a subi l'ablation du sein gauche. Irradiation à la bombe au cobalt, cinquante séances, quatre mois de rééducation. Traitement, hormones mâles et cortisone. Quatre années plus tard, prostrée, elle perd l'appétit et présente une tumeur au ventre, au sein et sous le bras droit. Elle refuse l'intervention chirurgicale.

L'année suivante, hémorragie vaginale et rectale, « hernie hiatale », humeur fétide du nombril, enflure du ventre douloureux. Angine de poitrine, vertiges, évanouissement, amaigrissement. Ne se nourrit presque plus.

En urgence, sous surveillance du médecin traitant, dépose chirurgicale d'un débris radiculaire, (visible sur la radiographie, deux millimètres) de prémolaire supérieure gauche. *Ipsa facto*, à l'instant même, impression de soulagement général. (Puisque édentée, la patiente ne comprenait pas l'utilité de l'acte). Le lendemain, elle s'alimente, se déplace. Dans les huit jours, résorption des nodules au sein et du gonflement des ganglions sous le bras, disparition des pertes de sang et des douleurs. Suppression de deux gaines. Marche et se nourrit à son gré. Cinq ans plus tard, très alerte, radieuse. Elle se dit « rajeunie ». Les photographies en témoignent.

— Homme de 45 ans, l'irritation tartrique de la gencive dans le site molaire supérieur entretient le saignement, sur une surface de 25 cm², d'une tumeur brunâtre fronto-pariétale (mélanome probable). L'évolution progressait depuis la naissance d'une petite verrue. Elle régresse en deux semaines après détartrage des deux dernières molaires supérieures gauches.

— Patient âgé de 69 ans. En six années, il a subi six curetages de la vessie et l'ablation de la prostate.

En 1963, récurrence de polype dans la vessie. Il saigne malgré la pose d'aiguilles de radium, la radiothérapie et les irradiations par la bombe au cobalt. « *Il n'y a plus rien à faire* », lui dit-on. Les

suites des irradiations interdisent l'ablation de la vessie. S'ajoutent des symptômes chroniques, douleur à l'œil droit, eczéma au cou, sinusite, rhumatisme, constipation.

En urgence, détartrage, extraction des « *dents pyorrhéiques* » (suppuration des tissus de soutien dentaire) et des dents dégradées par la carie dentaire, ou « *soignées* ».

Malgré la phase d'épuisement du système immunitaire, remontée des forces spectaculaire. Arrêt des saignements. A l'examen endoscopique, vessie saine.

En 1977, très actif, aucun symptôme.

Mai 1978, sang dans les urines. A l'examen endoscopique, vessie « racornie » (les rayons X et la bombe au cobalt y sont peut-être pour quelque chose). Décédé à l'âge de 84 ans, c'est-à-dire seize ans après la suppression des foyers dentaires.

— Patient de 48 ans, 1,90 m, 68 kg, international de basket, végétarien. Nodule au cou, « Épithélioma-baso-cellulaire », site de la thyroïde.

Gorge douloureuse, aphonie, « avitaminose », aigreur d'estomac, érythème (plaques rouges sur l'abdomen) si bain froid. Colibacillose. Vertèbres cervicales, épaule droite, cinquième vertèbre lombaire et genoux douloureux. Désire un enfant, mais paresse sexuelle depuis six mois.

28 mai 1975 : Compte rendu du Centre Lacassagne : « *En bonne règle, il aurait fallu procéder à une thyroïdectomie totale et probablement, dans son cas, à une radiothérapie, voire isothérapie, selon les découvertes éventuelles après thyroïdectomie* ».

Le patient refuse l'intervention chirurgicale au regard du nodule cancéreux. L'assainissement bucco-dentaire efface la fatigue générale. Sa femme est enceinte...

Quatre années plus tard, à la scintigraphie de la thyroïde apparaît un « *nodule séquellaire* ». A nouveau, le patient refuse la proposition chirurgicale. Persistance de douleurs lombaires et aux genoux, souffrance sciatique.

Traitement de la deuxième molaire supérieure droite « *plombée* » en voie de mortification. Disparition des douleurs. L'année suivante, il atteint 80 kg.

En mai 1988, récurrence d'Épithélioma (grosseur d'un pouce) au-dessus de la clavicule droite. (Analyse de laboratoire :) Asthénie, douleur dans les articulations, découragement (stress si l'on s'en remet au fameux concept psychosomatique de Selye).

Le curetage autour d'une molaire inférieure et l'extraction d'une incisive inférieure mobile donnent suite à la régression du cancer et à l'apaisement.

En 1989, on annonce 50 % de guérisons de toutes sortes de cancers, après traitement conventionnel : chimiothérapie, radiothérapie, immunothérapie¹⁸... Combien de ces améliorations sont dues à l'assainissement des mâchoires, par un acte stomatologique que personne n'a remarqué ou songé à relier à la régression du mal ?

On est fondé à considérer que des phénomènes biologiques complexes, provoqués dans l'organisme par la cause occultée, donnent prise à une remise en question des analyses habituelles concernant l'usure des défenses de l'organisme et la multiplication de cellules anarchiques. L'évolution et les récurrences de tumeurs peuvent régresser après stomatothérapie.

Aperçu synthétique des effets à distance

La prédisposition du terrain, l'hérédité de certains maux, les troubles psychosomatiques et immunologiques, le « rejet », l'allergie et le stress, les infections, les troubles endocriniens ou les traumatismes et leurs suites, favorisent tous la formation possible du cancer.

Si la grande chirurgie élimine les lésions ou métastases à distance du foyer, si les rayons X brûlent les conséquences ganglionnaires, et si la pharmacochimie renforce les réactions de la défense, il n'est dans tous ces cas aucunement tenu compte des foyers dentaires.

On installe ainsi sous perfusion certains malades dans une chambre stérile, en oubliant ce « *facteur de risque* » ; l'organisme subit « *l'empoisonnement focal* » dont la constance rend

¹⁸ Guérison du cancer. A 2, le 5 déc. 89.

insuffisantes les plus subtiles protections et interventions. L'action des bactéries ou des virus dans la gencive, dans l'os maxillaire, dans ou autour de la dent, celle de leurs productions toxiques, ou de n'importe quelle compression ou dislocation des fines terminaisons nerveuses périphériques, quand ce n'est pas toutes ces dégradations à la fois, entretient les effets complexes de la perturbation générale.

A un certain moment de la défaite des forces immunitaires, l'intensité et la rapidité des réactions déséquilibrantes dépendent du temps accordé à la dégradation cellulaire. Les tissus réagissent avec d'autant plus de violence qu'ils sont jeunes. Il est clair que n'importe quelle agression bactérienne ou chimique, n'importe quelle « épine irritative », même stérile, use et affaiblit les réactions immunitaires, hormonales et nerveuses de l'autorégulation. L'harmonie équilibrante des ions, des molécules et des cellules devient de plus en plus difficile. En résulte une « *adaptation à la catastrophe* » progressive ; le désordre intérieur arrive à dépasser l'action du foyer initial.

L'irritation bucco-dentaire chronique peut constituer un « *facteur déclenchant* ». En outre, elle peut compromettre ou inhiber toute thérapeutique. Des paramètres tissulaires hasardeux : intoxication, traumatisme, surcharges fonctionnelles... se compliquent, à leur tour, d'interactions à distance. Une trop longue « *adaptation* » au trouble infectieux, nerveux central, sanguin, hormonal, immunologique aboutit à une « *tempête humorale* »¹⁹ *qui détruit certains malades.*

Sans préjuger de l'influence d'autres facteurs nuisibles, la précocité de l'intervention dans le fondement bucco-dentaire de la maladie soulage incontestablement l'organisme. Prenons-en acte ; un organisme débarrassé de ce « combat intérieur » stérile et vain pourra réquisitionner la totalité de ses forces contre la maladie.

¹⁹ Tempête humorale, Leupold.

VIII

TESTS STOMATOLOGIQUES

« On ne peut se prévaloir d'un esprit scientifique tant qu'on n'est pas assuré, à tous les moments de sa vie pensive, de reconstruire tout son savoir. »

Gaston BACHELARD

L'enquête stomatologique cerne le rapport éventuel entre un facteur de risques bucco-maxillo-dentaires et l'installation ou l'évolution d'un trouble à distance.

Mais les dessous du « *syndrome d'irritation* » et ses conséquences ne se perçoivent pas en totalité car les « foyers » sont en majeure partie silencieux. Les interférences de tous les facteurs pathogènes variables se compliquent avec leur nombre croissant. Lorsque plusieurs foyers se juxtaposent à plusieurs réactions à distance, la compréhension de leurs relations devient impossible.

Les *tests odontostomatologiques* contribuent à mieux approcher la probabilité perturbatrice de chaque foyer, et à poser l'indication de la prévention ou de la thérapeutique. Celle-ci sera fonction de la nature, de la gravité et de l'évolution des « *manifestations à distance* ». Ce qui demeure le plus surprenant, c'est que dans certains cas non isolés, ces tests obtiennent des soulagements précaires ou durables.

Le langage du corps

La réponse providentielle du corps soumis à certains *tests* nous éclaire. Ils objectivent des corrélations entre la singularité d'un foyer et la disparité des symptômes à distance.

— Ils ne font pas intervenir la volonté du patient ou la subjectivité du praticien.

— De réalisation simple, ils ne réclament aucun matériel onéreux ou sophistiqué.

— La réponse du corps est instantanée. Elle s'inscrit dès l'application du test. En informant du potentiel réactionnel d'un foyer spécifique, elle l'identifie.

Les tests revêtent donc une grande importance diagnostique dans la mise en évidence du ou des épines irritatives causales, surtout en présence de nombreux « *foyers potentiels* », comme c'est le cas le plus fréquent. Ils aident à différencier les « *champs perturbateurs* » responsables de l'induction ou de la modulation d'un mal.

Les tests

Sans intervention radicale, certaines techniques nous informent, au préalable, du déterminisme de certains foyers en regard de symptômes généraux :

La neuralthérapie

Entre 1925 et 1941, Ferdinand Huneque¹ pratiquait l'infiltration de procaïne dans le site d'une cicatrice ou d'un tissu irrité pour faire disparaître des troubles locaux ou à distance. Il obtenait la disparition de migraines après injection intraveineuse et périverneuse de procaïne, ainsi que la rétrocession d'une périarthrite scapulo-humérale ankylosante, après infiltration d'une cicatrice ancienne.

Huneque concluait que la rapidité de l'action thérapeutique excluait le rôle direct d'éléments toxiques ou hormonaux. Il incriminait la seule action du système nerveux dans ce phénomène instantané. De là, il établissait trois postulats :

¹ Ferdinand Huneque, Bibliographie.

- Toute affection chronique peut être sous la dépendance d'un « *champ perturbateur* » (*épine irritative*).
- Tout endroit de l'organisme peut devenir le siège d'un « *champ perturbateur* ».
- L'injection d'anesthésique local au voisinage du « *champ perturbateur* » peut supprimer instantanément des troubles à distance.

Technique

En se gardant de toute contre-indication, pratiquer sur un patient allongé l'infiltration de procaïne (1 cm³ de soluté à 2 %) dans une cicatrice, dans un tissu irrité, blessé, peut faire disparaître, « *à la seconde même* » (« *Sekunden Phänomen*² »), un symptôme douloureux articulaire, musculaire, organique, superficiel ou profond.

La procaïne, en injection locale, se fixe dans le tissu neural sans anesthésier le centre nerveux. Elle possède une vertu anti-inflammatoire facilitant la microcirculation dans les tissus. Certaines études instruisent d'une recharge micro-électrique, d'une repolarisation du tissu innervé déficient.

Les trajets vasculaires et nerveux irrités par un corps étranger, par une blessure ou par une cicatrice, en n'importe quelle localisation, produisent des troubles déterminants dans la pathologie générale.

Une pièce orthopédique, vissée dans un os ou un grain de talc (tombé d'un gant chirurgical) peut provoquer un symptôme douloureux à distance. Anesthésier ce genre de « *champ perturbateur* » freine ou gomme, à distance, des troubles fonctionnels souvent douloureux.

Une enflure douloureuse de la jambe se résorbe après quelques infiltrations locales périartérielles.

Neuralthérapie et odontostomatologie³

La carie, le curetage et l'obturation « blessent » le tissu dentaire. Une « *cicatrice* » se forme ; un relief calcique se perçoit à la radiographie. Cette néo-formation d'ivoire se situe sur la paroi de la chambre pulpaire, innervée et irriguée.

Lors de la dépulpage par le tire-nerf, la rupture du mini câblage vasculo-nerveux donne forme à une « *cicatrice* » indélébile dans le fond de l'os alvéolaire.

Certaines substances pharmaceutiques, placées dans la dent, intoxiquent les tissus sous-jacents.

Des dislocations cellulaires incontrôlées se constituent lors de la « *blessure* » du ligament, de l'os de soutien, du cément ou de la gencive.

Le tartre chargé de bactéries, les corps étrangers (implants ou débris d'amalgame ou de pâte thérapeutique), plantés dans les gencives ou inclus et oubliés dans le tissu osseux de certains édentés, « *blessent* » les cellules vivantes et leurs terminaisons nerveuses. Résultat : « *cicatrices* » vicieuses invisibles à la radiographie ; elles retentissent à distance, en symptômes souvent douloureux ou fonctionnels.

En se conformant à la *procaïnothérapie*, on obtient certains soulagements immédiats dans l'organisme malade. Pour ce faire, on injecte de la procaïne autour des « *blessures* » ou des « *cicatrices* » bucco-dentaires.

Exemples :

- Une oppression avec insuffisance respiratoire et douleur au genou s'estompent au moment de l'injection de procaïne dans la gencive d'une prémolaire inférieure dépulpée.
- Une douleur dorsale, « *en poignard* », régresse lors du même procédé dans le site gingival d'une incisive supérieure « *plombée* ».
- La même infiltration calme la douleur ressentie dans une vertèbre cervicale, au plexus solaire ou au gros orteil.

² Sekunden Phänomen de Huneké. A ne pas confondre avec le « *second phénomène* » transitoire qui se manifeste après la suppression de l'« *épine irritative* ». Nous le verrons plus loin.

³ Odontostomatologie : spécialité médicale pour les maladies de la bouche et des dents.

— L'anesthésie de la gencive — incisive latérale supérieure cariée — pallie une « *morsure* » à l'aine.

— Dans la zone prémolaire supérieure, la même infiltration jugule un vertige.

On obtient des soulagements similaires en intervenant sur les « *irritations* » du maxillaire inférieur.

— « *Il est à noter que, par des injections locales de procaïne, on peut isoler les foyers d'excitation pendant la période post-opératoire*⁴. »

Pour exemple :

— Après extraction d'une canine supérieure, immobilisée dans l'épaisseur de l'os, ou d'une prémolaire dégradée, une lésion oculaire (kératite), une vision double (diplopie) ou un mal au genou (gonalgie) peuvent se dramatiser pendant quelques jours avant de se dissiper (on parle d' « *effet second* »). L'injection de procaïne près de la plaie opératoire, saine et indolore, peut juguler ces suites séquellaires.

La procaïnothérapie pare, passagèrement et parfois définitivement, à certaines douleurs. Mais des affections (ulcère d'estomac, asthme, syndrome dit allergique, viral, la goutte, la douleur sciatique ou le stress, l'anxiété, certains symptômes psychiques) ne disparaissent définitivement qu'après l'assainissement de la sphère buccale.

Sans seringue, sans procaïne, des procédés stomatologiques peuvent faire disparaître toutes sortes de douleurs et de troubles physiologiques. Comme l'injection de procaïne, ils revêtent une grande importance diagnostique dans la différenciation des épines irritatives causales, surtout en présence de nombreux « *foyers potentiels* ». Il s'agit de tests.

Test au pouls (TP)

Afin de découvrir une ou plusieurs « *épines irritatives* », prendre le pouls radial (pulsation vasculaire au poignet). L'extrémité d'un instrument (crayon, stylo par exemple), tenu de l'autre main, effleure rapidement la dent ou la zone gingivale douteuse. Une brusque pulsation se ressent lors du passage près d'un « *champ perturbateur* ».

Ce test au pouls ne dévoile pas la correspondance entre chaque foyer et chaque symptôme à distance ; il objective l'anomalie de mécanismes dans l'organisme. Il est exceptionnel de ne localiser qu'une seule « *épine irritative* ».

Test au métal (TM)

Le patient est assis ou allongé pour prévenir un éventuel vertige passager. Une main du praticien s'applique sur la partie douloureuse du corps. Un objet métallique (clef en acier, anneau d'argent ou d'or) porté par l'autre main effleure la gencive du patient en regard des zones douteuses. Ce contact se déplace lentement pour s'immobiliser sur un point sensible. Le patient doit le supporter pendant quinze secondes... Quand le test est positif, la douleur à distance ou le trouble fonctionnel s'amenuise *dans l'instant*, pour une durée indéterminée (quelques minutes, un jour, un mois et quelquefois indéfiniment).

Exemples :

— Disparition instantanée d'une aphonie douloureuse depuis 10 jours, ou de la gêne cuisante de la lèvre (gros herpès saignant), en touchant les zones douloureuses (le cou ou la lèvre à la limite de l'herpès).

L'autre main porte un objet en or contre la gencive *irritée* par du tartre, par un corps étranger, par une dent indolore dégradée, « *soignée* », obturée ou coiffée.

— Régression d'une douleur aiguë : tendon adducteur de la cuisse (pubalgie), en procédant sur la gencive d'une incisive supérieure dévitalisée.

⁴ Post-opératoire, Lepoivre M. et Coll.

— Soulagement d'une épaule douloureuse et de l'insomnie qu'elle entraîne, en agissant au-dessus d'une molaire cariée.

— Décrispation d'une main et soulagement d'un bras douloureux en rapport avec une molaire inférieure vivante aux racines dénudées.

— La claudication, pour éviter l'appui douloureux du pied, disparaît à la suite du contact métal sur la gencive d'une molaire supérieure déchaussée. (On l'avait attribuée à un « ostéophyte » de la voûte plantaire, excroissance osseuse épineuse visible à la radiographie.)

— Après une chute dans un ravin à l'âge de 15 ans, un motocycliste est opéré du genou. Jusqu'à 20 ans, il ne plie que partiellement l'articulation douloureuse. Il est question de nouvelle intervention chirurgicale.

Il s'agenouille sans douleur, dans l'instant qui suit le test à l'or au regard d'une incisive supérieure dévitalisée.

Parfois, le bronze, l'argent ou le métal inoxydable agissent sur la dent dégradée mais vivante, en particulier chez l'adolescent. Le contact de l'or conduit un plus grand nombre de réussites.

Certains patients appliquent sur eux-mêmes ce genre de test. Ils saisissent d'une main la partie douloureuse du corps ; l'autre main déplace le contact de l'objet métallique sur la gencive, pour l'immobiliser sur le point sensible⁵.

Test d'hygiène (TH)

Le détartrage, même porté sur une seule dent, peut être efficace pour faire disparaître un phénomène pathologique dans l'organisme.

Exemples :

— Au moment de l'assainissement de la gencive d'une molaire entartée, une « brûlure » d'estomac disparaît.

— Le détartrage de deux prémolaires supérieures assèche une rhinite. La respiration nasale devient possible. Le mal de gorge s'évanouit.

Test dentinaire (TD)

Excavation millimétrique de l'ivoire d'une dent morte ou vivante, cariée ou obturée. On utilise une curette, un excavateur ou une fraise d'acier montée sur un tour électrique.

Exemples :

— Astrologue âgé de 70 ans ; végétarien pendant 40 années. Immobilisation du genou déformé douloureux. Suite de fracture ayant nécessité une intervention chirurgicale, il y a trois ans.

Le test dentinaire est associé au TM et au TE (pages suivantes) sur le site de la deuxième molaire et de la canine supérieures gauches. Contact de la gencive dans la projection des apex⁶.

Le docteur B. témoigne le 23 avril 1988 :

« Nous avons vu ce jour M.L. Jean qui se plaint de douleurs et gonflement du genou droit, de douleur colitique gauche, douleurs de nuque (première cervicale). Il porte une molaire supérieure dépulpée.

En quelques minutes, disparition des douleurs au genou (le patient peut s'agenouiller). Disparition des douleurs du ventre et des douleurs cervicales.

Dans la même séance, disparition d'une douleur et rougeur de la jambe gauche atteinte d'ulcère il y a un mois, et qui présentait des séquelles circulatoires et douloureuses. Test sur la canine supérieure gauche : amélioration immédiate. »

— Le poignet douloureux d'un pianiste est soulagé au moment du léger fraisage d'une molaire inférieure cariée.

⁵ Soulagement inconstant et moins effectif.

⁶ Apex : partie terminale de la racine.

— La douleur de l'entorse (cheville plâtrée, béquilles) disparaît au moment de la percée de l'ivoire : molaire inférieure dépulpée. Le lendemain, l'œdème de la cheville n'existe plus. Le sujet marche sans soutien plâtré de la cheville.

— Une douleur précordiale, accompagnée d'oppression se dissipe en agissant sur une molaire supérieure gauche dépulpée.

— Un « Monsieur Univers » est soulagé d'une lombalgie chronique (mise sur le compte d'un ancien traumatisme), en forant une molaire inférieure aux canaux « bien traités ».

— Une « brûlure » au fond de l'œil — diagnostic : migraine ophtalmique — s'estompe au moment du curetage d'une première molaire inférieure plombée vivante.

— Même relation de cause à effet pour un iritis et pour une exophtalmie (globe oculaire douloureux, légèrement proéminent).

Test d'ouverture (TO)

Ouverture de la chambre pulpaire nécrosée ou des canaux radiculaires obturés, quel que soit la qualité du traitement préétabli et de l'image radiographique.

Exemples :

— L'ouverture des canaux d'une molaire dépulpée et « *bien obturée* » entraîne, dans les jours qui suivent, la régression d'une hypercholestérolémie.

— Même geste pour un début d'hyperglycémie (depuis quarante jours chez une fille de onze ans).

— L'ouverture d'une prémolaire inférieure « granulomateuse » soulage d'une tendinite de la cheville.

— Une patiente aveugle d'un œil depuis plusieurs mois (épouse d'un professeur de médecine) s'écrie « *je vois* » lors de l'ouverture d'une prémolaire supérieure dévitalisée.

Test à l'essence médicinale (TE) ou avec un antiseptique

Un mélange de thym et d'essence de girofle à 20 % ou une trace de teinture d'iode, appliqué sur une dent vivante, déchaussée, fêlée ou obturée par une matière métallique ou plastique, peut donner un effet équilibrant à distance⁷.

— Une douleur dans la jambe régresse lors de l'attouchement de la gencive — dent de sagesse inférieure — avec un coton chargé de trace de teinture d'iode.

— Une main « glacée » (port nuit et jour d'un gant en été) se réchauffe au moment de l'application d'essence médicinale sur une molaire inférieure vivante, obturée par un amalgame et déchaussée.

— Une épicondylite (tennis elbow) nécessite l'extraction d'une dent de sagesse inférieure. Quelques jours plus tard, le mal au coude reprend force. L'attouchement du tissu gingival, en cicatrisation indolore, avec TH-TE fait disparaître, dans l'immédiat, la douleur au coude.

Le test aux essences médicinales est un adjuvant aux autres tests.

Test d'isolation (TI)

Un vernis pharmaceutique, appliqué sur une dent vivante, déchaussée, fêlée ou obturée par une matière métallique ou plastique, peut donner un effet équilibrant à distance.

— Un pied insensible se vivifie en vernissant une molaire supérieure aux racines dénudées.

⁷ Mélange irritant si on l'applique dans une dent dégradée en profondeur mais vivante ; l'essence de girofle est indiquée pour le soulagement de la douleur dentaire ou gingivale et alvéolaire.

Test au froid (TF)

L'hibernation passagère du tissu gingival, par un jet de chlorure d'éthyle sur la zone perturbatrice, permet quelquefois d'affirmer la relation de cause à effet.

Test au laser (TL)

Pendant 30 à 60 secondes, projeter sur la dent ou sur la gencive causale un rayon laser non chirurgical (*soft laser*). Le soulagement à distance, pour être fugace, enrichit le diagnostic étiologique.

(Un autre rayon laser au gaz carbonique laisse entrevoir une mutation de la « *dentisterie conservatrice* » de dents dégradées mais vivantes. Une relative purification de l'ivoire infecté en résulte. Utilisé avec une puissance de 10 watts, ce rayon laser assèche instantanément la carie. Il est question de « *vitrification et de stérilisation de la dentine* ».)

Test de posture (TPO)

Une mauvaise relation entre deux ou plusieurs dents de la mâchoire supérieure et celles de l'inférieure peut provoquer toutes sortes de troubles douloureux ou fonctionnels.

L'interposition entre les dents antagonistes d'un rouleau de coton, de papier ou de matière souple (épaisseur d'une cigarette) ou d'une gouttière plastique soulage l'organisme.

Ce procédé s'oppose au contact dysfonctionnel de dents antagonistes ; il libère les énergies nerveuses centrales, et des interactions endocriniennes, enzymatiques, moléculaires, immunologiques.

Un reconditionnement de la fonction masticatrice devient nécessaire. La rééquilibration des contacts dentaires fonctionnels se répercute à distance. Des « douleurs projetées » et des troubles de la personnalité, stress, angoisse, insatisfaction, se dissipent.

Toutefois, ce n'est pas toujours le rééquilibrage de la fonction masticatrice, par « *meulage sélectif* », qui établit, à distance le mieux-être. Sans que l'on s'en rende compte, l'abrasion du tissu dentaire ouvre la vraie voie au soulagement : expulsion de microgaz toxiques contenus dans la dent bactérienne, en apparence dysfonctionnelle. Le meulage de la dent, en cette zone dysfonctionnelle, peut donner le même résultat.

Pour une explication

Les chapitres précédents ont mis en valeur les effets buccodentaires infectieux, toxiques et irritatifs qui gagnent l'organisme. Un programme chimico-électro-physiologique se concocte dans une dent ou dans la gencive dégradée mais indolore. De là, de subtiles forces nocives traversent l'univers cellulaire, et détraquent ou rendent impossible le mécanisme harmonieux de la vie des tissus.

Chaque cellule, tissu ou organe, envoie et reçoit des messages électro-magnétiques. Et s'y référant, on comprend mieux l'efficacité de l'acupuncture ou de la pression d'un doigt⁸ sur certaines parties de la peau, ou d'une plaque magnétique appliquée en une localisation spécifique du corps. Certaines douleurs et postures anormales disparaissent⁹.

Ces techniques médicales agissent sur les parcours de parasites électro-chimiques dans la matière vivante mais le test stomatologique neutralise leur source.

D'après les données actuelles de la biophysologie, le contact d'un métal ou son mouvement (tout corps qui se déplace crée de l'électricité) ou l'énergie transportée par un rayon laser conduit des microforces électromagnétiques (induction galvanique utilisée pour l'électrodiagramme du cœur, du cerveau...).

⁸ Dalet R. — Supprimez vous-même vos douleurs par simple pression d'un doigt. Éd. Trévise.

⁹ Baron J.B. maître de recherches au C.N.R.S., instruit des médecins du monde entier (hôpital Sainte-Anne, Paris). Des plaques magnétiques, scotchées sur la peau des malades, redressent d'impalpables « champs perturbateurs ».

Des « *prises d'information* » centrales sont dispersées dans l'arc dentaire ; il suffit de s'y brancher. En ce sens, le contact de l'or et de certains métaux y influence la différence de potentiel d'un « *champ perturbateur* », en connexion avec celle des cellules dysfonctionnelles à distance. Les tissus déficients « *galvanisés* » reprennent de l'énergie. La cellule vivante se trouve renforcée¹⁰. « *Toute mesure, qui apporte une énergie quelconque dans le système de base, est susceptible de mobiliser les fonctions végétatives...* »¹¹ dans tout l'organisme.

Le forage d'une dent bactérienne, aperçu précédemment, aussi minime soit-il, ouvre des microcanaux. Les gaz de putréfaction, contenus dans l'épaisseur de l'ivoire colonisée par des germes, s'échappent.

Comme avec la procaine, ou avec l'attouchement métallique, l'essence appliquée sur la gencive déclenche un réflexe (de salivation par exemple). Un flux électrique mime les phénomènes de dépolarisation de la membrane des muqueuses¹². Des différences de potentiel retentissent à distance.

Dans des laboratoires, on étudie l'affinité d'essences médicinales sur le système nerveux. Ces substances agissent sur la polarisation des tissus innervés. Des molécules transportent des ions (ordre du milliardième de millimètre). Dans une large variation d'un sujet à l'autre, l'application d'essence sur une muqueuse détermine des « *mouvements ioniques* » dans la profondeur des tissus.

Le rééquilibrage fonctionnel du système de la mastication retentit sur des récepteurs cérébraux, et donc sur la personnalité physique et psychique. L'influx nerveux interfère avec les sécrétions des glandes endocrines, les processus immunologiques. La composition des molécules nécessaire au bien-être (homéostasie) en dépend.

En provoquant un symptôme à distance, une « *épine irritative* » peut se juxtaposer à celle de plusieurs autres « *champs perturbateurs* » ; ces foyers septiques ou stériles ne sont pas tous actifs au même moment et de la même manière (explication précédente). La diversité et la combinaison des tests stomatologiques aident à décoder, au mieux possible, la relation de cause à effet.

Quelle que soit la relativité du test stomatologique, rien n'est plus éloquent, pour le médecin et pour la compréhension du patient, que la disparition de la douleur ou de la dysfonction. Le lumbago, même après effort ou traumatisme, l'entorse ou le mal au crâne, au cou, aux mains, aux pieds, dans les articulations, à l'aisselle ou à l'aîne, dans le ventre, au foie ou à l'estomac... autour du cœur ou certaines « allergies », paralysies ou insensibilités se dissipent. Lorsque le test est positif, il n'est pas jusqu'à la lourde gêne de la fameuse « hernie hiatale », de certaines hernies inguinales ou l'angoisse, l'inquiétude et la crise de larmes avec le « *stress* », le trac ou quelque hallucination qui ne puissent disparaître instantanément.

S'il est concluant, le test opportuniste la décision opératoire au regard de l'origine du mal. Il objective un potentiel buccomaxillo-dentaire plus important et complexe que l'on ne sait le préjuger. Mais la révélation de la cause première d'un mal fait reculer les limites tracées par l'échec des thérapeutiques habituelles.

Cette application, fréquemment spectaculaire car suivie d'un soulagement immédiat, laisse le foyer du mal en place. Les rémissions ainsi obtenues sont, comme avec la procaine, de durée indéterminée, quelques minutes, quelques semaines, voire plusieurs mois.

Alors qu'un « champ perturbateur » perdure, il existe donc une période au cours de laquelle le corps humain malade peut se réadapter à un fonctionnement normal. C'est en délimitant ce processus que l'on peut, pour un temps, maintenir des dents que l'on condamne à l'extraction. Mais seul, l'assainissement radical des mâchoires pourra garantir la pérennité de ces améliorations. En cas de pronostic vital, le soulagement palliatif ne doit donc pas se substituer à la suppression radicale de la cause pathogène : tentative de dentisterie conservatrice, rééquilibration fonctionnelle, curetage gingivo-osseux ou extraction.

L'épine irritative évacuée, il peut se produire le fameux « *phénomène second* ». Se manifeste, quelques jours ou un mois plus tard, une recrudescence de la souffrance que l'on essaie de faire

¹⁰ Cellule renforcée — F. Poppe et V.C. Strauss. So Könnte Krebsanstehen. Deutsche Verlagstalt, Stuttgart, 1977. Publié dans « Bild der Wissenschaft ». Août 1977.

¹¹ Observation fondamentale en 1968 de Pinshinger A. « *Physikalische Medizin und Rehabilitations* »,

¹² Dépolarisation — Tonus, n° 24 et 29, juin 1988.

disparaître. On peut juguler ces phénomènes par infiltrations de procaïne dans les sites de la « défocalisation » ou par d'autres tests.

Conclusion

Les douleurs et les dysfonctions liées à la pathologie générale peuvent relever de l'intrication complexe de facteurs physicochimiques bucco-dentaires. La méconnaissance de ce mécanisme aboutit bien souvent à une déviation de la recherche étiologique et de l'application thérapeutique.

Quand une « niche » bactérienne, virale, toxique ou autrement irritative, demeure plantée dans le tissu vivant, le test stomatologique doit s'appliquer dans l'immédiat. Il peut juguler, à distance, un phénomène pathologique. Il sous-tend, plus d'une fois, la réponse essentielle attendue par le médecin traitant. Il soulève le voile des opinions reçues ; la cause première de la douleur ou de la dysfonction des organes est démasquée.

La radiographie panoramique aidant, l'efficacité de cette « *stomatoanalyse* »¹³ contraste avec le manque d'informations relatives aux processus d'action. Car le « *fait têtue* » du soulagement confronte le patient et le praticien à un mécanisme étranger aux théories admises.

La grande leçon à tirer est que la douleur ou la maladie d'origine dentaire élargit la voie médicale dans « *une physique fine, presque corpusculaire* »¹⁴. Elle aide à mieux interpréter les infimes lésions ou surcharges pathogéniques et les réponses de l'univers cellulaire.

Une douleur ou une déficience, une maladie ou son aggravation peuvent être révélatrices d'une cause cachée dans le système des mâchoires. La mise en évidence, par le test stomatologique, de ce déterminisme, « *incite à un nouveau comportement en imposant le réflexe de la communication entre l'éducateur, le médecin et le chirurgien-dentiste... La portée du message odontologique dépassera largement le strict aspect dentaire pour considérer l'interdépendance entre l'organe dentaire et l'ensemble de l'économie du corps humain* »¹⁵.

La susceptibilité du système vasculaire et nerveux périphérique élève donc la stomatologie dans le sens de l'étiologie (science de la recherche des causes), autrement dit, science du pourquoi.

¹³ Stomatoanalyse : voir glossaire.

¹⁴ Docteur Loison, homéopathe. G. Picard — L'enfer de la santé, 1988.

¹⁵ Lettre d'Octobre 1989. ONCD : complément au Bulletin Officiel, page 4.

IX

LIMITES ET ÉCHECS DE LA SOLUTION

Lacunes dans le diagnostic révélateur des foyers mis en cause

Ceux qui mettent en cause l'absence de succès de l'assainissement bucco-dentaire passent à côté de facteurs irritatifs. Ils ne savent pas stigmatiser certaines dents indolores, en apparence saines, certaines dents vivantes ou mortes, traitées, obturées, déchaussées ou mal implantées, fêlées ou abrasées. Il peut s'agir de séquelles après certaines extractions ou curetage des mâchoires ; elles constituent des « foyers » indolores, en passant inaperçues.

Lors de l'extraction, les mors de la pince (le davier) peuvent mobiliser d'infimes débris de tartre, d'émail, de plombage, de ciment ou d'ivoire. Des particules de matières, toujours septiques, peuvent se détacher et s'immobiliser dans la plaie alvéolaire. Après cicatrisation apparente, il en résulte un « foyer » silencieux responsable d' « irritation latente » ; il se retrouve chez certains édentés qui consultent leur médecin pour toutes sortes d'affections.

Un débris chimico-thérapeutique, radiculaire ou nerveux peut persister dans l'épaisseur des maxillaires. Même infime, il ne se résorbe jamais, et constitue un site microbien ou autrement irritatif. Cette lacune dérange les cohésions naturelles, nécessaires à la régénéscence des cellules osseuses environnantes ; elle gêne la cicatrisation de la fibre nerveuse sectionnée, dilacérée par le traitement conservateur. Longtemps après extraction, des plages de résorption, de porosité ou de condensation osseuse, des zones transparentes ou opaques peuvent apparaître à la radiographie des maxillaires. En cet endroit, l'examen direct de la bouche peut découvrir une fistule purulente ou une gencive plus rouge, sensible à la palpation. Aussi exiguës soient-elles, ces lésions anciennes perpétuent, en profondeur, le trouble immunitaire, nerveux, vasculaire ou hormonal. Ces indices invitent au curetage minutieux de l'os.

Mais un autre problème pèse sur le pronostic. Après extraction ou curetage, l'os se régénère d'autant moins bien qu'il est âgé. Un infarctus osseux ou une lésion (comparable à un morceau de sucre mouillé) peut constituer un réceptacle bactérien que l'on doit à nouveau cureter.

Pérennité de l'irritation focale

Il peut exister une perturbation cellulaire indélébile dans la mâchoire (comme le montre l'« irritation » dans le chapitre V) ; elle est occasionnée par la diffusion de certains produits de la thérapeutique intracanaulaire. Les traces de ces produits entretiennent une nécrose diffuse des tissus osseux. Cette nocivité se poursuit même après extraction de la dent dépulpée. La muqueuse dans les sinus, les vaisseaux et les nerfs dans l'épaisseur osseuse en subissent les effets constants.

Seuil d'irréversibilité

Un adolescent vit sous perfusion. Sa « pénible » maladie le conduit à l'ablation d'un testicule. Il doit connaître la radiothérapie et la chimiothérapie.

Dans l'impossibilité d'avaler, il présente des gencives blessées, putrides, irritées par de nombreux foyers dentaires et péri-dentaires. Le médecin traitant, informé de la mise en évidence de cette « infection latente », nous instruit de conséquences normales à la suite de la chimiothérapie.

Après neutralisation des irritations gingivales par la solution de bicarbonate de soude, la suppression de dents incluses et de dents dépulpées le soulage, et donne l'impression d'une guérison spectaculaire. Le patient refuse la perfusion, s'alimente, se lève, grandit, grossit. Brusquement, quinze mois plus tard, en milieu hospitalier, une complication rénale l'emporte.

Lorsqu'un seuil d'irritation est dépassé, le processus pathologique à distance devient autonome et continue d'évoluer indépendamment de l'atteinte focale. Leriche l'avait surnommé le problème du « troisième acte ». Il y a pérennité de la lésion à distance, quel que soit l'attitude adoptée en regard du foyer causal. Lors, l'évacuation tardive d'un foyer peut ne pas entraîner la disparition de la déficience. La « *tempête humorale* » a dépassé le seuil de résistance spécifique. Le rétablissement semble impossible. L'échec nous surprend.

L'organisme malade, libéré trop tard des foyers, n'a plus le temps de neutraliser en entier les « champs perturbateurs ». La reconstitution cellulaire, pour combler les brèches opératoires, elles-mêmes transitoirement perturbatrices, peut évoluer moins vite que la lésion à distance ou le dérèglement général.

Dans l'ensemble, ce bref aperçu ne se borne pas à la définition d'une technique qui souffre d'imperfections. Nous essayons de déjouer, par avance, mille et un pièges ; ils gênent le dépistage et sont cause d'erreurs et d'échecs.

X

PROCÈS DE L'EXTRACTION

Après soins dentaires inefficaces pour éliminer un symptôme douloureux à distance ou la maladie infectieuse ou fonctionnelle, la chirurgie, autrement dit l'extraction de la dent coupable ou le curetage du « *champ perturbateur* » gingivo-osseux peut raccommode les blessures du terrain.

Mais la solution extractionniste porte en elle une forte charge d'interdits, car l'extraction d'une dent bien traitée remet en cause, a priori avec démesure, les dogmes de la thérapeutique et des traditions.

Le dommage irréversible, provoqué par la perte d'une seule dent, ne témoigne-t-il pas d'une inadéquation ? La probabilité du mieux-être justifie-t-elle le sacrifice qu'on lui consent ?

Le procès de l'extraction résulte d'un faux problème. La solution ne se situe pas dans la querelle du pour ou du contre. La maladie peut-elle dépendre de la présence d'une dent « *parfaitement traitée* » ? A défaut de sa conservation non irritative, son extraction peut-elle délivrer du trouble qui nous inquiète ? Voilà la grande question.

Il ne s'agit pas d'inféoder l'homme à la pratique de l'arrachage, pas plus que de le « *dévitaliser* » au travers de ses dents. Nul n'a jamais cultivé l'extraction pour l'extraction, ni la « *dépulpation* » dentaire pour la dépulpation.

Certes, l'arrachage d'une dent est dommageable, mais que dire de l'extirpation d'un nerf dentaire ? Elle disloque les cellules du tissu sous-jacent ! Cela ne veut pas dire qu'il ne faille pas réprimer les outrances et les erreurs de la « *stomatothérapie* ». Cependant, il sera toujours moins dangereux, pour l'état général, de subir l'excès de l'extraction que celui de la dépulpation. La première laisse une cicatrice, là où la seconde incruste dans le vivant une irritation chronique, responsable de la diffusion d'énergies pathogènes.

Plus que le sacrifice de la dent coupable, ce sont les circonstances dento-destructrices qui doivent soulever la révolte. Elles livrent le patient au « *facteur de risque* » ou au choix de l'édentation plus ou moins étendue. Ne serait-il pas plus raisonnable d'en prendre conscience pour commencer à éviter les désastres généraux et aussi celui de l'extraction incriminée ?

Dans l'éthique médicale se pose la question suivante : extraire la racine du mal pour assurer l'organisme hors du pathologique, n'est-ce pas le premier critère de l'efficacité d'une thérapeutique ? L'extraction de la dent coupable est-elle louable ou condamnable ? Quelle que soit la contrainte, « *elle ajoute de la vie aux années et des années à la vie* ».

Cependant, même dans cette dernière perspective, après avoir traité et retraité, avec maîtrise, la dent toujours indolore, le patient et le praticien s'insurgent à la pensée de l'extraire. Cette dernière proposition place souvent l'« *arracheur* » en situation de culpabilité.

L'extraction, de toute évidence dommageable, effraie ; elle peut prendre des dimensions catastrophiques. A juste titre cette image provoque un recul. L'édentation ou la perte d'une dent n'est pas inscrite sur les tables de la loi biologique. Il est clair que la plénitude de l'arcade dentaire fortifie l'idée que chacun se fait de sa dignité. Lier les désagréments et les contre-indications de l'absence d'une seule dent serait stupide. Tout le monde sait que la bouche est un organe primordial, garant de la nutrition, facteur de charme et de sensualité. Après extraction, une dent postiche la mieux ajustée n'offre pas le confort connu avec une dent naturelle. Si bien qu'en dépit du rappel, « *il n'y a rien que les hommes ne soient disposés à tenter, il n'y a rien qu'ils n'aient tenté dans le passé pour rétablir leur santé et sauver leur vie* »¹, l'opportunité d'une extraction probablement salvatrice ne recueille pas tous les suffrages. En effet, on ne peut soutenir le bien-fondé de certaines extractions d'une manière idéale. Cette solution dérange les habitudes de pensée ; ne rentrant pas dans les schémas préétablis, elle heurte le patient.

Pour rejeter l'extraction, peu satisfaisante, plus d'un praticien reconnaît avoir sur la conscience certaines mutilations sous prétexte d'améliorer la santé, et cela même sans obtenir d'amélioration. De

¹ W. Durant, in Histoire de la civilisation, t. 1. Genève.

surcroît, en 1951, l'American Dental Association stigmatisait l'extraction inutile. Elle statuait sur l'innocuité de dents « *granulomateuses* », celles que nous découvrons, entre autres « *foyers* », responsables de maladies et de symptômes généraux.

Qu'en est-il de l'importance granulomateuse ? Autour de « l'apex », c'est-à-dire de la terminaison radiculaire de la dent, quelquefois vivante mais le plus souvent morte, il arrive que le tissu osseux disparaisse. La racine peut aussi subir une fonte progressive. D'autres cellules, tissu mou de granulation, s'y attachent en formant un « *granulome* ». Si cet embryon de tumeur bénigne se développe, il se constitue une poche kystique évolutive, non adhérente à l'os.

Les membres de l'A.D.A. prouvèrent que le granulome ne contient pas de germe. Ils en minimisèrent donc les conséquences sur l'état général. Pour eux, cette petite tumeur, appendue à la racine, constitue un obstacle naturel ; ce barrage s'opposerait à l'envahissement microbien venu du corps d'ivoire. Les microbes y seraient détruits. (Ils reconnaissaient donc que la dent morte contient des microbes !)

Refuser le soulagement par l'extraction cultive dans l'incohérence la ruine de la chair. Car les conclusions de l'American Dental Association, au sujet des dents « *granulomateuses* », nous confrontent à un fait fondamental. Les productions bactériennes toxique, de certaine dent dépulpée et soignée, traversent la racine et le granulome ; elles empoisonnent l'organisme. La « *niche* » d'ivoire fournit des antigènes.

Stigmate d'un « *champ perturbateur* », le *granulome* détermine le trouble de la pulsion nerveuse. Les médecins savent que de « *petites tumeurs périphériques* », passées inaperçues (tout comme le *granulome*) dérèglent en profondeur la vie des tissus et des organes.

A en juger par certains acharnements de la dentisterie conservatrice, tout se passe comme si les dents dégradées n'appartenaient pas à l'organisme. Elles n'agiraient pas plus sur le corps humain qu'une moulinette pour broyer les aliments ou qu'un bijou attaché à la personnalité du client.

Pendant ce temps-là, en un remarquable crescendo, des dents au mieux traitées mais irritatives, chargées de germes et de substances nuisibles, donnent force à toutes sortes de douleurs et de maladies.

En revanche, l'extraction, de prime abord dommageable, peut raffermir les tissus en évacuant le pathologique. Ne pas intervenir, comme en grande chirurgie, c'est courir le risque d'ouvrir la porte à un facteur incontrôlé de dommages chroniques...

La solution

« *Tout foyer infectieux doit être considéré, de prime abord, comme une écharde et celle-ci ne voudrait être laissée en place par aucun chirurgien.* »² Nous retrouvons là « *l'assistance à personne en danger* » ; en particulier pour le patient à « *haut risque* », chez qui les défenses immunologiques finissent par subir la faillite.

La connaissance du déterminisme bucco-dentaire permet donc au spécialiste et au patient de poser un nouveau regard sur le « *miroir buccal* » ; s'y reflètent les dérèglements du passé, du présent et de l'avenir. Mais la négation arbitraire de la « *maladie d'origine dentaire* » entretient la pléthore des services hospitaliers.

A une telle schématisation parcellaire, le doute s'oppose. « *La suggestion passionnelle, le hasard ou l'inconsistance métaphysique du raisonnement font bien les choses* » dit-on, comme au sujet du miracle.

Il ne s'agit ni de passion, ni de hasard, ni de miracle, ni même d'hypnose. L'analyse systématique des résultats quotidiens le prouve. Les traitements ne relèvent pas toujours du même praticien. Ils peuvent suivre l'étude de l'image radiographique des maxillaires, en l'absence du patient. Cet examen permet de préciser les recherches complémentaires et les interventions nécessaires. Dès lors n'importe quel opérateur intervient, et les maux peuvent disparaître... dans n'importe quel service hospitalier. Cela confirme bien le rapport du foyer avec la maladie et les symptômes généraux. Ce résultat

² Freudenstätter G., 1971-1972. Karl F. Hang Verlag Hedelberg.

(présenté précédemment) peut s'observer chez le tout jeune enfant ou chez l'animal, et donc indépendamment de toute subjectivité ou suggestion.

L'interprétation peut sembler tendancieuse en induisant le sacrifice de l'organe dentaire. « *Le bilan général établi, quelle solution proposer ? Une seule, l'extraction.* » Ce principe, en urgence médicale, est sous-tendu par l'avertissement, dans certains cas : risque de « *perpétuité lésionnelle* ». Les énergies destructrices, trop anciennes, venues du foyer dentaire, peuvent établir des troubles irréductibles.

La dent est un organe. Pourquoi témoignons-nous de plus d'exigence pour ouvrir un crâne ou un sein, afin d'extirper une tumeur, que pour éteindre un foyer dentaire, éventuel responsable de la naissance ou de la surcharge d'une évolution pathologique dans un sein, dans le cerveau ou dans n'importe quelle partie de l'organisme ?

Peut-être ne se donne-t-on pas la peine de consulter, même quand on a, à portée de la main, des documents dans les bibliothèques universitaires. Le médecin, qui conseille et obtient l'extraction de dents de sagesse incluses sous la gencive, assiste à la disparition d'effets morbides de toutes sortes³.

Restriction d'importance, il ne semble pas opportun ni même justifiable de supprimer toute dent suspecte, susceptible de provoquer, plus tard, la perturbation à distance. La singularité du terrain et le caractère particulier de la lésion dentaire sous-tendent des résistances, des particularités encore mal connues, et conduisent à une *prudente expectative*. La surveillance médicale prévient le sujet d'un éventuel trouble sanguin, articulaire, digestif, hépatique, respiratoire, cérébral, cardiaque ou tumoral. Par exemple, l'impression visuelle de « mouches », la douleur à l'épaule et au bras, accompagnée de lourdeur au maxillaire, d'essoufflement et de tachycardie peuvent coder le prélude au spasme ou à la lésion des artères nourricières du muscle cardiaque. Ces signes, tout comme une arthrose de la hanche, une tumeur naissante, douloureuse ou non, un début de cécité, des cauchemars, le somnambulisme, des troubles de la mémoire, la naissance d'une hyperglycémie ou une analyse séropositive conduisent à l'opportunité de l'extraction d'une « niche » bactérienne ou peut-être chargée de virus.

Il est contraire aux règles élémentaires de l'hygiène et de l'asepsie de pratiquer une intervention chirurgicale du cœur, du rein, de l'œil ou de tout autre organe, là où les maxillaires portent un quelconque « *champ perturbateur* ». L'infection ou l'irritation indolore de la mâchoire risque de compliquer, à distance, les suites opératoires.

En se prévalant de la nécessité médicale primordiale, en ce qui concerne l'extirpation d'une « *épine irritative* » ou d'une « *niche* » chargée de germes nocifs, l'extraction banale d'une dent, d'un débris radiculaire, de tartre ou de corps étranger s'auréole de l'aura offerte par la grande chirurgie.

De toute évidence, nul ne s'installe, la joie au cœur, sur l'autel du sacrifice. On ne se réjouit pas de la perte ne serait-ce que d'une seule dent. Toutefois, plus d'un adhère volontiers à cet impératif de sauvegarde individuelle.

En grande chirurgie, il est impensable d'opérer sans masque et en milieu septique ; tout autant, il ne semble pas acceptable de maintenir dans la bouche de l'opéré, des réceptacles septiques, gingivo-dentaires ou prothétiques. Par la voie sanguine, ils ensemencent les plaies et peuvent rendre caduques les précautions de l'asepsie, même en chambre stérile. De surcroît, lors de la cicatrisation, l'incessante production du nid bactérien gagne en profondeur ; elle surcharge la défense ou la déborde. Et lorsque ce processus accompagne l'évolution d'affections endémiques, épidémiques, aiguës, chroniques ou même de « *suites accidentelles* », il assombrit le pronostic.

En lourde chirurgie, la suppression de tumeurs ou d'organes malades n'évacue pas le malaise bucco-dentaire. Au contraire, l'évacuation de ce dernier peut assurer la disparition d'effets généraux, cicatrisation imparfaite, décalcification, amaigrissement ou prise anormale de poids, malaise, ... maladies ou troubles de n'importe quel organe ou fonction.

Avant toute intervention sur l'appareil locomoteur, respiratoire ou cardio-vasculaire, sur la sphère gastro-intestinale, cérébrale, rénale, glandulaire ou génitale, la « *stomatoanalyse* » conduit une recherche minutieuse des foyers d'irritation. Leur élimination peut rendre inopportunes certaines

³ M. Grumberg.

pratiques thérapeutiques et chirurgicales, ou favoriser la meilleure évolution de leurs suites. La proposition d'extraction se prévaut donc de préceptes médicaux évidents.

Extraction et anesthésie

Au fil des siècles, l'homme a subi le barbier-chirurgien, condamné à des statuts moyenâgeux sinon préhistoriques. La pince extirpait la dent douloureuse ; la racine se détachait, souvent fracturée. Soulagée de la rage de dent, la victime pouvait, par la suite, subir les plus graves maladies déterminées par la présence de reliquats radiculaires indolores.

Un écho persistant résonne encore. C'est celui du tambour de l'arracheur de dents. Hier, pour étouffer les cris du supplicié, le pénible vacarme des battements de grosse caisse accompagnait le mordant tenace de la tenaille ; il retentit jusqu'à nous : « *Attention, ne brisez pas vos dents !* » L'inquiétude ancestrale se perpétue. Le seul mot d' « *extraction* » évoque une joue enflée. Un pansement caricatural transforme une tête en œuf de Pâques, et fait rire.

Pourtant, l'horrible décision, qui contraignait Louis XIV ou Voltaire aux affres de l'extraction, n'a plus cours. Le patient subit une « *douce intervention* » sur le fauteuil moelleux du spécialiste. Par un juste retour des choses buccales, l'homme, vainqueur de la douleur, contre laquelle il a toujours lutté, doit à la chirurgie dentaire l'application de l'anesthésie. Elle ouvrit la voie à une certaine désaliénation, et fit mentir Velpeau (en 1839, ce dernier affirmait : « *opérer sans douleur est une chimère que l'esprit humain ne saurait poursuivre* »).

En 1844, le dentiste américain Riggs appliquait l'*analgesie* au protoxyde d'azote (insensibilité sans perte totale de conscience) à son confrère Horace Wells⁴, pour l'extraction d'une dent. Ils se heurtèrent jusqu'en 1848 au refus et à la sottise hargneuse de certains chirurgiens. Deux années plus tard, le dentiste Norton offrait à l'humanité l'anesthésie à l'éther.

Depuis un lointain passé, les indigènes des Andes mâchent des feuilles de coca pour masquer la fatigue. En 1860, on découvrit aux États-Unis que ces feuilles contenaient un anesthésiant local injectable, un alcaloïde nommé Cocaïne. L'application médicale l'a remplacé par un corps de synthèse plus maniable en thérapeutique, la Procaine, moins toxique et sans parenté chimique avec la Cocaïne.

Depuis les années 1940, l'antibiothérapie (les sulfamides ayant été au préalable découverts) autorise les prouesses opératoires en milieu septique. La radiographie, les exercices de réanimation, de survie, la transfusion et la perfusion ont adouci le climat opératoire. Ces procédés banalisent l'extraction dentaire, et la rendent supportable.

Mais on reçoit chez soi l'image télévisée de dents travesties d'un splendide éclat ; il masque la vérité. Trop souvent, la superbe du sourire artificiel, faustien, fait mariage d'amour avec la déficience et le péril. La bouche reconstituée sur dents mortes est, en quelque sorte, sans prise de conscience, une tunique de Nessus que l'extraction jette aux orties.

Un peu de bon sens permet de comprendre que « *l'arracheur* » ne souhaite pas l'édentation du monde, pas plus que le tourment dans le corps. Il propose un acte essentiel pour une meilleure existence. La compréhension, la responsabilité, l'accord, l'aménité préparent cette finalité, dans un consentement mutuel. « *UNE INFORMATION SIMPLE, APPROXIMATIVE ET LOYALE PERMET AU PATIENT DE PRENDRE LA DÉCISION QUI PARAÎT DEVOIR S'IMPOSER* »⁵.

On n'extrait pas sans explication une dent ou une parcelle de racine oubliée dans les maxillaires. Le médecin et le malade demandent, avant qu'il ne soit trop tard, de désamorcer l'autoconsomption. Le praticien sollicite la compréhension de l'éducateur ou du patient plutôt que sa confiance habituelle. C'est une question de libre choix au sujet de la vie qui passe entre les dents.

Si la possibilité de guérir est cachée à une seule femme, un seul homme, c'est la collectivité qui est menacée.

⁴ Horace Wells, monument place des États-Unis (Paris XVI^e). Buste sculpté par Paul Bert, « à la gloire de l'initiateur de l'anesthésie chirurgicale ».

⁵ Texte juridique.

Prévention contre l'extraction

De fait, les preuves les plus convaincantes du rôle déterminant joué par un foyer dentaire sont celles qu'apporte l'extraction. Pour des lendemains qui chantent, ce protocole médical porte, en exergue et avec force, la nécessité d'une prévention rigoureuse. Gardons-nous donc avec plus de rigueur et d'hygiène contre cette mésaventure.

La *présence du gendarme* fait qu'on ne vole pas ; tout autant la sanction extractionniste fait prendre conscience, avec plus d'âpreté, du risque encouru. On peut contourner le gendarme mais hélas on n'échappe pas au verdict de la stomatoanalyse et aux effets de la « *loi dentaire* ».

Liquidons un exaspérant malentendu. Qu'il faille respecter la santé en sauvegardant ses dents ou, à défaut, qu'il faille la conquérir par l'extraction est une idée mal reçue, car elle implique une option contraire aux habitudes alimentaires et, surtout, un tribut d'hygiène astreignant, orienté vers la « *responsabilité individuelle* » et celle de l'éducateur. Un libre consentement accompagne la prise de conscience et le choix. « *Bayard ne croyait pas en l'efficacité de l'arquebuse. Il en est mort !* »⁶.

Tout comme si le prestige de la douleur ou de la maladie apportait une épice piquante à l'existence naguère si fade dans la platitude de la santé, des êtres dégradés refusent l'extraction salulaire.

Une espèce de convention plane entre le malade, certaines décisions médicales et la mort. Aussi équivoque que cela puisse paraître, beaucoup choisissent la liberté de souffrir... et de mourir, plutôt que la contrainte : vivre sans douleur après extraction d'une dent.

Confrontés à la relation irréfutable du « *foyer* » avec la décrépitude de l'organisme, des malades et leur entourage se bloquent donc dans une attitude réprobatrice. Refusant une transition contraignante mais bénéfique, ils dépendent, dans une certaine mesure, de l'odeur du pathologique à laquelle ils se sont habitués... à croire qu'ils se repaissent de ce qui les détruit, en considérant le bien-être comme une trahison.

Et pourtant, des informations magistrales « *concernent les affections générales et locales apparaissant à distance, secondairement à l'accumulation de la plaque dentaire ou à la formation d'autres dépôts microbiens pathogènes dans la cavité buccale. La liaison entre l'infection buccale et l'affection secondaire peut se faire par au moins trois voies, à savoir : infection métastatique due à une bactériémie transitoire, lésion immunologique métastatique et lésion toxique métastatique. Les preuves existantes sont présentées avec des exemples à l'appui. Il s'agit, entre autres, d'affection aussi différentes que : myocardite microbienne aiguë, endocardite infectieuse, abcès du cerveau, uvéite et irridocyclite, névralgie faciale, trigéminal et atypique, paralysie faciale unilatérale, fièvre d'origine "inconnue", dysfonction des neutrophiles* »⁷.

Pour les maladies : « *rhumatisme articulaire aigu, érythème noueux, infection rénale, certaines dégradations du tissu nerveux* »... des médecins se réfèrent aux impératifs de la Faculté, relatifs à l'efficacité des extractions : « *A LONG TERME, CES GESTES SONT HABITUELLEMENT INDISPENSABLES POUR APPORTER LA GUÉRISON* »⁸.

La conservation de certaines dents cariées ou au mieux, traitées, et de corps étrangers dans la mâchoire attache officiellement l'homme à la pathologie générale, prise en charge par la collectivité. Appréhender la relativité de ces conséquences, c'est aussi en déceler les limites afin de mieux isoler les incidences étrangères à ce déterminisme. Plus l'étude de la sphère dentaire et la solution qui s'y applique progresseront, plus apparaîtront d'autres corrélations ordonnées dans le pathologique. Alors, sans faire appel à des forces mystérieuses ou inaccessibles, l'art médical, sans cesse enrichi, pourra mieux les circonscrire et les évacuer.

L'extraction ne se résume pas au problème du tout ou rien. En l'état actuel de la connaissance, en une tentative de « *dernière chance* », elle vise à préserver l'identité du vivant. L'extraction opportune contient un message primordial : faute de juste prévention, la loi biologique soutient mieux la vie sans certaines dents dégradées.

⁶ Bayard. Pauwells L.

⁷ S. Thoden van Elzen, L. Abraham-Inpijn, W. Moorer, *Plaque and systemic disease*.

⁸ *Guérison*, Jean Hamburger, Traité de médecine, Paris 1981, p. 1384.

Tout ce qui a été dit à propos de l'extraction salvatrice changera. Viendra un jour où l'intelligence aura supprimé la cause de la carie dentaire, et ses conséquences.

D'autres gestes, sortis du *génie médical*, neutraliseront le haut risque lié à la conservation de certaines dents dénaturées.

XI

PRISE DE CONSCIENCE

« La santé doit devenir partie intégrante du bien-être général de la population du globe. »

OMS

Il serait grave et faux de prétendre que toute la pathologie se ramène à la seule cause bucco-maxillo-dentaire. Mais quand cette dernière se trouve ignorée ou exclue du champ de recherche, le diagnostic s'occulte d'une donnée essentielle.

« La pathologie dentaire fait partie intégrante de la clinique comme le système dentaire du milieu ambiant qui lui a donné naissance : il s'ensuit toutes sortes de vicissitudes pendant toute l'existence, et on doit en tenir compte pour toutes les décisions médicales¹. »

Sans en faire une panacée, les manifestations pathologiques, à distance de la source du mal, commandent donc l'intégration systématique de la « *stomatoanalyse* » dans le système de santé.

Un programme simple et indispensable schématiserait les orientations préventives et thérapeutiques à adopter :

Chez la femme enceinte

L'hygiène de la grossesse nécessite un état dentaire immaculé. Contrôle systématique. Suppression de tout aliment toxique, en particulier des aliments sucrés artificiellement (chapitre IV).

Chez le nourrisson

1. Application de la loi contre le sucre dans les maternités. Pas de goutte d'eau sucrée pour le nouveau-né. L'investissement de la gustation marque les sens pour la vie entière. Il peut donner force, par transfert gustatif, à la consommation d'alcool, de tabac ou de drogue...

2. Allaitement au sein. A défaut, biberon de lait non sucré, en particulier pour le nouveau-né prématuré.

3. Lors de la percée dentaire difficile, responsable de fièvre, de vomissements, troubles digestifs, respiratoires ou convulsions, le massage ou l'incision localisée de la gencive enflammée, sous réserve du contrôle pédiatrique, décongestionne le tissu sous lequel se présente la nouvelle dent. La disparition des effets généraux inflammatoires ou réflexes peut être immédiate (certains égratignent la gencive enflammée avec l'arête d'un carré de sucre !).

4. Hygiène quotidienne des premières dents en s'aidant d'un coton-tige imbibé d'eau claire.

Chez l'enfant et l'adolescent

En sollicitant la volonté naissante, dans la quatrième année, s'opposer sans heurt aux habitudes vicieuses déformantes : sucer le pouce... ronger les ongles (éventuellement, l'entourage doit donner l'exemple).

1. Habituer l'enfant à la mastication d'aliments crus, durs : carottes, pommes. Le frottement nettoie les dents et durcit la gencive.

¹ Lepoivre M. et coll. (bibliographie).

2. Au début de la scolarité, examen du système dentaire. Cours de brossage. Les textes scolaires, les bandes dessinées à propos de déficience, de tares et maladies d'origine dentaire, peuvent structurer le « *se bien connaître* ». Jusqu'à l'âge d'orientation, éducation progressive sur la relation dents-état général.

3. Traitement précoce des lacunes et des suites d'accident bucco-dentaire. Les dents de lait atteintes mais encore vivantes peuvent être obturées à l'amalgame de cuivre bactéricide (il noircit en bouche). Éviter le contact de l'obturation avec la gencive. De nouveaux procédés (résines chargées) consolideraient le tissu dentaire au début de sa dégradation. La vitalité de la dent doit être préservée.

4. Lors d'affection infectieuse ou fonctionnelle, de colite, de symptôme d'appendicite ou de méningite, de péritonite spontanée, d'asthme, de troubles respiratoires ou digestifs, de rhumatisme, de douleur articulaire, de début de tumeur ou de gibosité, de scoliose, de furonculose ou de tics, de retard physique ou mental, de troubles de la mémoire, d'énurésie (pipi au lit), de somnambulisme, de dyslexie, d'épilepsie, d'anorexie mentale..., rechercher une éventuelle irritation bucco-dentaire responsable. Son élimination peut entraîner l'amélioration rapide de l'état général.

Extraction des dents de lait dont la dégradation bactérienne est irréversible. Pas de dévitalisation car l'« *effet à distance* » peut dramatiser la chronologie de la croissance des tissus ou les marquer.

5. L'insuffisance respiratoire ne favorise pas la plénitude du travail musculaire et cérébral.

Le développement restreint ou la déformation de l'arc osseux des maxillaires, assise des fosses nasales, peut provoquer une réduction de la capacité respiratoire. La cage thoracique s'adapte aux proportions de cette insuffisance ; elle se modèle en fonction de l'ampleur du souffle dont la diminution retentit sur la forme du thorax et sur la tonicité des muscles. L'anatomie s'adapte à la déformation compensatrice de la colonne vertébrale (cyphose, lordose, scoliose). L'articulation de la hanche, des genoux et la position des pieds n'assurent plus le meilleur équilibre. Il peut en résulter un relatif affaissement de la voûte plantaire.

Sans présumer de l'esthétique du sourire, de proportions dysharmonieuses, du « *tempérament dentaire* », de dents plus ou moins volumineuses, l'orthodontie remodèle le profil osseux relativement mal ou insuffisamment développé ou dévié.

Par exception, pour aider les forces orthodontiques, le maintien provisoire d'une dent de lait, qui a perdu sa vitalité, implique une surveillance de l'état général. L'extraction sauvegarde l'organisme. La perte prématurée d'une dent de lait peut impliquer la pose d'un « *mainteneur d'espace* », porté jusqu'au moment du rangement de la dent définitive.

6. Préférer, en général, un alignement dentaire quelque peu déficient à la présence de dent morte.

Le spécialiste met en évidence les anomalies maxillo-faciales pour des mensurations et des examens radiographiques. En agissant sur la plasticité de la jeune cellule osseuse, il assure de meilleurs lendemains maxillo-dentaires, respiratoires, musculaires et mentaux.

7. L'éducation doit d'autant plus se prolonger que l'éruption des dents définitive est retardée. Il y a là une valeur-clé.

8. De quatorze ans à seize ans, contrôle radiographique des maxillaires. En cas d'évolution impossible ou contrariée des germes de dents de sagesse, intervention chirurgicale : germectomie. Le « stress », certains retards de croissance disparaissent. L'horloge biologique reprend son cours.

Il arrive qu'une carie expose une grosse molaire à la perte de sa vitalité. Après contrôle radiographique, son extraction favorise la désinclusion progressive de la dent de sagesse ; elle avance dans l'espace de la dent manquante. Au besoin, on peut parfaire ultérieurement le rangement compensateur de la dent de sagesse.

9. *Age d'orientation.*

Compte tenu des particularités de l'éducation, « *l'orientation* » de l'adolescent, sa maturation, intellectuelle, physique, sexuelle, dépendent de l'harmonie de sa sphère buccale. Car des freins ou des

retards de croissance, des troubles génitaux, des insatisfactions prennent source dans des foyers buccodentaires.

Lorsque des symptômes pathologiques gagnent le corps, les enfants et les adolescents se sentent « *mal dans leur peau* », se réfugient éventuellement dans le « *paradis artificiel* » des drogues de plus en plus dures.

Au moment de « *l'orientation scolaire* », les enfants retardés sont confrontés à de « nouvelles décisions ministérielles ». Il est question de « *cycle de rattrapage pour les élèves qui ne sont pas au niveau* ».²

Toute force hostile par ailleurs mise à part, (en particulier celle de l'éducation), les problèmes de « *l'orientation* » peuvent se réajuster dans l'axe biologique. Le plus souvent, le sujet « *mal dans sa peau* » doit sacrifier quelque chose de lui-même. Pour ce faire, la *stomatothérapie* peut redonner force à l'existence.

« 25 % de 968 adolescents de onze à dix neuf ans ont avoué avoir envie de mourir. Un sentiment et une fascination qui deviennent permanents pour 4 % des cas d'entre eux. A cet âge, on "s'éclate" ou on "déprime". On peut craquer en tous cas »³.

Doit-on faire de l'adolescence l'objet d'un débat au sein d'une nouvelle spécialité médicale ? Les maux de tête, les crises de cafard, l'acné, la fatigue, les lacunes génitales (le plus souvent non avouées) font que certains adolescents se sentent mal dans leur peau, jusqu'à l'« envie de mourir ».

Assainir la mâchoire, en particulier celle qui porte des dents de sagesse « *vicieuses* », peut stabiliser l'adolescence.

Une dégradation physique ou « *une tête mal faite* » n'est pas toujours, et uniquement, liée à la responsabilité de forces étrangères agressives (l'interdit des parents, des maîtres, des lois et de la Société.)

Sans orientation biologique, aucun changement ne peut augurer d'un juste équilibre pour un « savoir minimum garanti ». La cervelle, le cœur, les nerfs, entravés par la « malchance dentaire » indolore mais irritative, infectieuse et occultée, s'opposent à cette formule.

Chez l'adulte

1. De la même façon que chez l'enfant, lors d'affections générales, en particulier pour les maladies cardio-vasculaires, rénales, le diabète ou les affections à « haut risque », les soins gingivo-dentaires, les extractions de dents irritatives et la dépose de corps étrangers sont dispensés, en urgence, après analyses.

2. Comme pour l'enfant, le sauvetage des dents cariées est illusoire ou trop précaire dans une bouche sucrée, acidifiée ou sans hygiène. L'insuffisance ou l'absence de brossage transparaît comme dans un miroir.

3. Bilan général. Examen radiographique des maxillaires. Prise d'empreinte pour l'étude de modèle en plâtre. Proposition de soins ou de pratique orthodontique.

4. Traitement des dents cariées pour conserver leur vitalité. Ces dents inscrivent un « *facteur de risque* » moins retentissant que la dent dépulpée.

5. Traitement de l'irritation ou de la maladie des gencives, la « *parodontose* » (hier, on disait pyorrhée, de suppuration).

La muqueuse buccale présente des signes permettant le diagnostic, le dépistage de maladies et la compréhension de certains syndromes. Elle a donc des particularités, celle de refléter la condition de l'état général.

² Paru dans la presse quotidienne en 1990.

³ Anne Kouchner, in « L'adolescence est-elle une maladie ? » *L'Express*, 21 septembre 1984.

Une couche de « *cément* » recouvre la racine. La gencive s'attache au collet radiculaire bordé d'émail. Ce bouchon fibromuqueux garde le milieu intérieur contre l'intrusion de germes microscopiques nocifs, contenus dans la salive et le bol alimentaire. Pour un organisme équilibré, l'herméticité de ce barrage cellulaire est absolue. Les éventuelles reconstitutions prophétiques, fixes ou mobiles, doivent donc respecter l'intégrité de cette sertissure. Lorsque celle-ci subit la blessure par le tartre ou par des corps étrangers, toutes les méthodes opératoires convergent vers un acte d'assainissement. La curette et le bistouri suppriment les irritations ou « *foyers* » marginaux ; ils aplanissent les poches formées entre la dent, l'os et la gencive mais l'état normal de la gencive ne se retrouve jamais plus. L'os et le ligament d'attache à la racine, résorbés sous la gencive, ne se régènèrent pas. La racine est dénudée, la dent est déchaussée. Des germes nocifs colonisent l'épaisseur de l'ivoire.

A un stade trop avancé de destruction du soutien ligamentaire et osseux et de mobilité dentaire irréversible, l'« *extraction stratégique* » vise à assurer la conservation des dents voisines, sur une assise osseuse et gingivale déchargée de réceptacle bactérien qu'on ne peut réduire autrement.

La compression indolore du tissu gingival par une dent de sagesse antagoniste, par un « *implant* » métallique ou par une surcharge prothétique, peut provoquer une inflammation de la muqueuse nasale, un herpès (peut-être d'origine virale) de la lèvre ou sur les parties génitales, une irritation de la gorge ou des maux d'estomac accompagnés d'angoisse. L'assainissement de la gencive soulage le patient dans l'immédiat.

Une carie peut enflammer le bord gingival. Le traitement local vise à juguler la meurtrissure indolore du tissu osseux sous-jacent. Un minime déchaussement radiculaire en résulte mais la poche de résidus alimentaires ne gagne plus en profondeur.

— Dépose des obturations et des reconstitutions prothétiques qui compriment la muqueuse. La suppression de l'irritation gingivale indolore assèche le saignement ou la suppuration.

La lutte contre la lésion des gencives ne dépend pas des seules ressources de la dentisterie. L'hygiène rigoureuse, après chaque repas, garde la bouche contre la destruction des gencives et de l'os alvéolaire sous-jacent.

Des déficiences et des maladies générales découlent de la constante irritation tartrique des gencives ; elles disparaissent, s'il est encore temps, après la perte des dernières dents mobiles, enchâssées dans des clapiers gingivo-dentaires suppurants.

6. La conservation d'une « *dent morte* », (le plus souvent pour éviter la compromission esthétique) engage la responsabilité du patient. Il est informé de la probabilité du risque général à venir. Cette conservation implique un potentiel pathologique à court ou long terme. En l'absence de « *haut risque* », on peut conserver une dent dépulpée, toujours indolore. Le nettoyage des canaux intradentaires réduit la macération bactérienne dans l'épaisseur de l'ivoire.

7. Lorsque des symptômes bucco-maxillo-dentaires ou généraux réapparaissent, déposer à nouveau les obturations ou les coiffes de reconstitution. Recommencer l'alésage canalaire pour tenter d'obtenir une rémission des effets à distance, sans pour autant assurer une conservation définitive non irritative. Le médecin et le patient décident. Le résultat est d'autant mieux assuré que la suppression du foyer est précoce.

En cas d'échec, au regard de la persistance de la douleur ou de la pathologie à distance : tentative de conservation palliative, après chirurgie locale (résection apicale) ou extraction et réimplantation après curetage de la dent et du fond osseux. Il y a là une notion de « *libre choix* ». Car, pour être efficace au présent, l'organe mort, maintenu en place, est porteur d'un potentiel pathogène. La conservation d'une dent réimplantée ne dépasse pas dix années ; la racine se résorbe.

8. La reconstitution prothétique fixe ou mobile sur dent vivante respecte au mieux possible la nature du tissu.

9. Lors d'extractions multiples, une prothèse amovible immédiate s'ajuste sur l'arcade blessée.

Chez le porteur d'une prothèse amovible, certaines dents, devenues irritatives, peuvent nécessiter leur suppression. « *D'extraction en extraction, d'adjonction de dent prothétique en adjonction, par étape, le patient s'habitue à une condition supportable de prothèse complète* »⁴. Une denture artificielle implique une contrainte singulière d'adaptation et de rééducation de la fonction masticatrice.

Le profil de la mâchoire se transforme mais la reconstitution prothétique n'offre pas la plasticité du naturel. A l'état normal, chaque dent, suspendue à l'os alvéolaire par un fin ligament, vascularisé et innervé, se mobilise lors de la mastication. La rigidité de la prothèse s'oppose à ce subtil mouvement fonctionnel.

Sous les ponts prothétiques (bridges), l'émail et surtout l'ivoire meulés peuvent engendrer l'évolution de « *champ perturbateur* ». Pour parer à ces éventuels effets, prévoir le moment de la dépose ou du renouvellement des travaux de reconstitution.

10. L'édenté peut présenter des troubles généraux déterminés par les reliquats d'anciennes extractions (plusieurs années). Il existe une relative pérennité de la dent extraite ; la fibre nerveuse, sectionnée par l'extraction ou imprégnée du chimisme indélébile des traitements canalaires, conduit des informations parasites jusqu'au cortex cérébral.

Pour assainir les « *plages osseuses* » non cicatrisées, mal recalcifiées (friables comme du sucre mouillé), évacuer le tissu osseux dégradé, les débris radiculaires ou les corps étrangers oubliés dans l'épaisseur maxillaire ou dans les tissus mous. Des déficiences et des douleurs dans l'organisme s'estompent.

Une prothèse mal équilibrée, sans effet local douloureux, peut léser la gencive ; elle détermine des symptômes généraux de type congestif ou infectieux. La modification de sa forme soulage les tissus ; peuvent disparaître la fatigue, la toux, la bronchite, les douleurs articulaires, musculaires... l'anxiété ou l'angoisse.

Le même processus dysfonctionnel concerne n'importe quel « *implant* » ou corps étranger, chevillé dans la mâchoire ; sans douleur, il irrite le système nerveux périphérique ; il ouvre la voie vasculaire (invisible à la radiographie) aux microbes et aux virus de passage dans le milieu buccal. Le rapport de cause à effet peut transparaître lors d'un test stomatologique.

Propositions d'actions à court terme

Arrivé au terme, non exhaustif, du « *concept focal* », il est possible, afin d'illustrer ce qui précède, de mener une démonstration scientifique et expérimentale, immédiate, limitée pour l'instant à quelques secteurs comme :

— Hôpitaux : rhumatisme, goutte et arthrose, certains troubles cardio-vasculaires, respiratoires et digestifs, ulcères, fièvre pernicieuse, maladies virales, hépatites, herpès, troubles génitaux... maux de tête, méningite, tumeurs, impulsion agressive, troubles psychiques.

— Centres anti-douleur et « *soins palliatifs* » : douleur ou dysfonction au long cours inexplicé, en n'importe quelle localisation du corps, même longtemps après traumatisme ou chirurgie réparatrice.

— Groupes scolaires : enfants de 3 à 14 ans, toutes les maladies ou déficiences non congénitales, retard scolaire, retard de croissance, dyslexie, incontinence urinaire, immaturité génitale...

— Groupes sportifs : performances des athlètes, douleurs musculaires, articulaires, osseuses, tendinites, immédiatement ou même longtemps après traumatisme et chirurgie réparatrice, défaillance du tireur à l'arc, du plongeur sous-marin ou de l'aviateur, trac, stress.

⁴ « Le pénible acheminement vers la prothèse complète », *Formation continue*, G. JONDET, CDF, 10.11.89, p. 29-30.

Cette expérience peut être conduite dans n'importe quel service médical.

— Milieu carcéral : agressivité, indiscipline, dyscomportement.

— Centre vétérinaire : animaux malades, en particulier les chiens ; presque toutes les affections.

— Laboratoire de recherche : analyse, par les biologistes, du chimisme intradentaire et de l'habitat bactérien et viral dans les « niches » dentaires. Visualisation, par le génie médical, d'influx cellulaires parasites, à partir des « *plots* » dentaires dégradés.

Des « cartes à mémoire », relatives aux dossiers anonymes, peuvent porter les résultats de la stomatothérapie, non seulement pour enrichir l'art médical, en se référant aux finalités biologiques voire morales, mais également pour des raisons spécifiques et économiques.

XII

ATTITUDES THÉRAPEUTIQUES

Connaître l'origine de douleurs, de dysfonctions handicapantes, de déficiences physiques et mentales ou de maladies générales rend indispensable la prévention. En présence d'un symptôme pathologique qui ne fait pas sa preuve : recherche minutieuse systématique des *foyers* ; leur neutralisation ou leur évacuation sera effective. L'opportunité odonto-thérapeutique reste fonction de la pathologie à distance et de la nature du foyer. Elle s'appuie sur les résultats obtenus lors de l'application des tests.

Voici résumés les principaux moyens actuels visant à éviter l'inclusion dans le système des mâchoires d'une « *épine irritative* », et à la *défocalisation* :

Dentisterie restauratrice : respect du dogme de la conservation de la vitalité pulpaire.

- soins des caries à l'aide de produits non irritants.
- dépose des irritants locaux : obturations ou reconstitutions débordantes, points de contact défectueux, prothèses fixes ou mobiles compressives.
- préférence de l'or à tout autre matériau pour les reconstitutions fixes.

Rééquilibrage fonctionnel :

- meulage sélectif
- rééquilibration de prothèse fixe ou mobile.
- compensation des para fonctions.

Endodontie :

- traitement canalaire, non irritant, lorsque la conservation de la vitalité pulpaire est impossible. Sur certaines dents préalablement traitées : reprise du traitement des racines.
- Élimination et neutralisation de surcharges chimiques introduites dans certaines dents.

Parodontologie : soins des gencives.

- détartrage : le moins possible aux ultrasons, puis à la main.
- traitement chirurgical : il a pour but l'élimination des poches formées entre la dent, l'os alvéolaire et la gencive, et la correction des déformations gingivo-osseuses ; curetage, gingivectomie, gingivoplastie...

Orthodontie :

- correction des anomalies de structure et de positionnement dento-maxillaire innées ou acquises.

Chirurgie

- résection apicale : Afin de juguler l'infection, suppression de l'extrémité de la racine de la dent atteinte, après avoir pratiqué une ouverture restreinte de l'os alvéolaire. On peut alors laisser la dent en place pour un temps.

- extraction de dent suspecte : elle peut être suivie selon les cas, de réimplantation, après résection apicale.
- extraction de dents incluses.
- curetage osseux en regard :
 - d'apex résiduel (morceau de racine)
 - de foyer d'ostéite, séquelle d'extraction, même ancienne.
 - de corps étranger (dépassement dans l'os de pâte obturatrice, tire-nerf cassé, débris d'instrument... implant.

Au moment de l'application de la décision odonto-thérapeutique, garder à l'esprit deux concepts fondamentaux :

- Toute discipline vise à donner des soins sans donner un autre mal. Une fois le foyer gingival, dentaire ou osseux neutralisé ou supprimé, éviter de traiter de la reconstitution fonctionnelle ou esthétique de la bouche avec les mêmes méthodes, erreurs ou insuffisances qui ont motivé l'ultime décision odontologique (en particulier l'extraction). Toute reconstitution prothétique ne vaut que ce que vaut la plus mauvaise dent qui la supporte.
- Nous pouvons dire oui à la conservation de nos dents obturées, soignées, dans la mesure où elles n'entretiennent pas une déficience ou la maladie.

Pour exemples :

- La dépose d'un infime débris radiculaire oublié dans l'os maxillaire, depuis vingt ans, délivre un patient de 36 ans d'une tumeur du nez et d'une transpiration nauséabonde.
- L'extraction d'une prémolaire gauche indolore « parfaitement dépulpée » jugule une crise d'angine de poitrine.
- A la suite d'extractions de dents dépulpées, disparaissent un eczéma et un relent de l'aisselle rebelle à toute hygiène chez un homme de 70 ans.
- Une tumeur douloureuse (aspect desquamé, rougeâtre du gros orteil) en place depuis plus de deux années, sèche le jour même de la dépose d'un morceau de canine bloqué dans le maxillaire édenté depuis près de vingt ans (il s'agissait du père d'un médecin dentiste).
- Des fatigues et des fièvres, des lésions de la peau et des symptômes généraux douloureux régressent après soins bucco-dentaires ou curetage de séquelles d'extractions fort anciennes.
- Le meulage sélectif (fraction de millimètre) d'une molaire saine, en surcharge fonctionnelle avec la dent antagoniste, évacue l'angoisse et l'oppression permanente d'une patiente (suivie par un psychiatre). Ses sourcils repoussent. Elle les arrachait depuis dix années. En deux mois elle mincit de huit kilos et prend goût à l'exercice musculaire.
- De la poussière d'amalgame « tatoue » la gencive (zone molaire supérieure droite). L'élimination de ce corps étranger fait disparaître une conjonctivite.

En particulier, au maxillaire inférieur, le détartrage, l'aspiration chirurgicale et le curetage des tissus altérés, chargés d'éventuels infimes débris de matière, doivent donc toujours précéder et accompagner la procédure de l'extraction.

Afin de découvrir une cause laissée en place et d'assurer le pronostic, s'en remettre au contrôle radiographique des maxillaires, et à l'analyse médicale qui confirme ou infirme la disparition des troubles généraux.

Nécessité de collaboration médecin-odontostomatologiste

L'absence de résultats, après suppression d'un « foyer », peut impliquer un doute. Les praticiens expérimentés mentionnent une marge d'erreurs comme dans toute application thérapeutique. Quoiqu'il en soit, la recherche systématique des causes de la pathologie générale rend primordiale la collaboration du monde médical avec le médecin stomatologiste ou avec le docteur en odontologie.

Des facteurs étrangers à la nature des mâchoires peuvent fausser le diagnostic (Voir chapitre Facteurs de risques prédisposants).

Pour exemple :

— Une femme de 30 ans, tuberculeuse, expectore des filets de sang. Venue d'Allemagne, elle goûte à l'illusion des vertus solaires du Midi. Malgré une antibiothérapie quotidienne, il arrive que sa température dépasse 39°. L'extraction de plusieurs dents entraîne la suppression des antibiotiques. On note une amélioration du tonus général, mais la température se maintient à 37° 8. Cet état s'accompagne de fatigue, ce qui porte à renouveler, en vain, l'observation de la sphère dentaire.

Deux mois plus tard, la patiente avoue consommer dix tasses de café par jour ; dans chacune d'elles trois carrés de sucre. S'y ajoutent des pâtisseries et friandises. Plus qu'il n'en faut pour déclencher une hyperglycémie et affaiblir le pouvoir antimicrobien des globules blancs (l'excès de sucre réduit la phagocytose).

APPENDICE¹

CES MALADIES GOUVERNÉES PAR LES DENTS

Depuis qu'en 1846 le médecin hongrois Ignaz Semmelweiss² jugula, par le lavage des mains du praticien, le haut risque de l'infection puerpérale (mort des femmes après l'accouchement), depuis que la chirurgie sous anesthésie obtint guérison, des exorcismes et des drogues miracle ont disparu.

A défaut de vaincre par l'asepsie et l'héritage pasteurien, les antibiotiques ont jugulé la tuberculose, l'appendicite, la bronchite, l'hépatite, la cystite, la colite, la gangrène gazeuse et d'autres agressions microbiennes.

Parfois, l'inefficacité de la parade pharmacologique nous frappe. L'échec de la thérapeutique anti-infectieuse touche nombre d'hommes, de femmes et d'enfants ; ils ne résistent pas et succombent lors de complications dues à l'inflammation du muscle ou des parois internes du cœur ou à des dégradations vasculaires, sanguines, immunologiques, cérébrales, tumorales...

Évaluation de la santé générale

Un ouvrage paru aux États-Unis, « *Internal medicine for dentistry* »³, met en évidence la responsabilité des irritations bucco-maxillo-dentaires dans les « *maladies immunologiques et allergiques, les maladies rhumatismales, les maladies infectieuses des plus courantes aux plus rares, les maladies du sang, de l'hémostase, cancéreuses, cardio-vasculaires, du métabolisme, de l'appareil digestif, des maladies endocrines, génétiques...* ».

Mais une lourde appréciation des auteurs ombre les « *études dentaires qui ne préparent pas suffisamment les odontologistes à évaluer la santé générale de leurs patients* ».

En fait, le système dentaire peut représenter, en quelque sorte, le miroir du présent, du passé, du devenir.

A ce sujet, en France, le docteur L. commente :

« Dès le début de ma pratique, en 1962, j'ai été confronté aux problèmes dentaires. Deux cardiaques souffrant de névralgies dentaires sont morts parce que leurs dentistes, à qui je les avais adressés, ont refusé d'extraire des épines irritatives sous prétexte qu'ils étaient cardiaques.

Je n'ai pas beaucoup avancé depuis dans la connaissance de ce domaine, m'étant orienté beaucoup plus vers l'homéopathie pure, mais par hasard, les problèmes de RAA (rhumatisme articulaire aigu), la névralgie faciale, l'ulcère de la cornée ont été réglés par une extraction. C'est dire que j'y crois (...). »

Confronté à la maladie d'origine dentaire, le docteur Pelz écrit :

« Il a dû vous arriver (les chirurgiens-dentistes) de temps à autre d'être surpris par les réactions de vos malades lors d'un traitement dentaire, surtout à l'occasion de l'avulsion d'une dent dépulpée. Les patients sont étonnés car leur mal de tête, leur sciatique, leur douleur lombaire, entre autres, ont disparu. Cet événement, gratifiant pour le malade et le praticien, est le plus souvent considéré comme un hasard heureux. Mais il ne s'agit pas d'un hasard... »⁴.

Afin de se référer, dans la pathologie générale, à cet « événement gratifiant pour le malade et le praticien », écoutons le docteur J.G., confronté au « concept focal » pendant quinze ans :

¹ Sont présentés ici quelques exemples concrets significatifs.

² Semmelweiss, poursuivi par l'opprobre et l'injure de ses confrères, mourut à l'âge de 47 ans dans un asile psychiatrique. L'assainissement de ses mâchoires l'aurait probablement dégagé de la septicémie qui mit fin à une vie de souffrances.

³ Louis F. Rose et Donald Kaye, *Internal medicine for dentistry*, Mosby edition, Saint-Louis, 1983.

⁴ G. Pelz — *La neurothérapie en odontostomatologie*, C.D.F. 9.4.75, pp. 49-54.

« Les trois observations suivantes, parmi de très nombreuses, ont été choisies : la première parce qu'il s'agit d'un de mes très proches parents, la seconde parce qu'il s'agit d'un confrère estimé, la troisième parce que c'est une des plus récentes qu'il m'ait été donné de constater.

1 — Syndrome psychiatrique datant de trois ans, avec diagnostic porté de psychose maniaco-dépressive : hospitalisations et arrêts de travail à répétition. Médication psychotrope lourde sans qu'aucune amélioration stable ait pu être constatée.

Un mois après intervention dans la sphère bucco-dentaire, les occupations professionnelles ont pu être régulièrement reprises : le patient a retrouvé tout son dynamisme et son optimisme, sans que le résultat ne soit démenti depuis plusieurs mois.

2 — Déficience hépatique à la suite de l'hépatite virale d'un médecin spécialiste datant de trois ans, avec altération de l'état général, et perturbations aussi nettes que rebelles des différents examens biologiques, les transaminases notamment.

Le pronostic s'avérait des plus sévères, et l'intéressé avait dû céder son cabinet.

Après assainissement des maxillaires, préconisé par le spécialiste, pour la première fois, les examens biologiques se sont nettement amendés, ceci après quelques semaines seulement.

3 — Polyarthrite rhumatoïde chez une enfant de neuf ans, évoluant depuis un an, largement et longuement "cortisonée", avec non seulement des traitements allopathiques mais également homéopathiques.

Après l'extraction de la première des trois dents de lait indiquées par ce praticien, le genou droit a considérablement diminué de volume, les douleurs et l'impotence se sont nettement réduites.

P.S. Il est bien évident que j'ai à ma disposition, à propos de ces trois observations et de bien d'autres, tous les examens paracliniques nécessaires qui ont pu être pratiqués. Il est à préciser que chacun de ces trois patients avait été examiné et traité dans un Centre Hospitalier Universitaire ».

Troubles de l'activité tonique posturale

Arthrose, rhumatismes, douleurs articulaires, douleurs musculaires, tendinites.

Les rhumatismes ne sont pas l'apanage des personnes âgées. Plus de 25 % des malades ont moins de cinquante ans. Ils absorbent, au minimum, 10 % du budget social d'une nation moderne. L'humanité a mal au dos, plus de vingt-deux millions de Français en souffrent.

La lombalgie, vulgairement appelée « *mal aux reins* », compte pour 7 % des arrêts de travail. La suppression du foyer dentaire soulage, le plus souvent, instantanément.

La spondylarthrite ankylosante, inflammation progressive des articulations, frappe de préférence les jeunes de quinze à vingt-cinq ans, au moment de l'évolution contrariée de la dent de sagesse. L'inflammation locale, gingivale et osseuse, imprègne tout le milieu intérieur et gagne les articulations. A cet âge, se constituent d'autres « foyers », caries et dents plombées. Ces dégradations résultent de la consommation pendant l'enfance d'aliments chargés de sucre industriel, ainsi que nous l'avons décrit.

Souvent, la polyarthrite évolutive, déformant les articulations, les affections chroniques musculaires et articulaires régressent après assainissement radical des mâchoires.

La douleur ressentie dans l'articulation temporo-maxillaire (articulation de la mâchoire, en avant de l'oreille) est trop souvent mise sur le compte du SADAM (« Syndrome Dysfonctionnel de l'Appareil Manducateur »).

Sans aucune espèce de rééquilibration fonctionnelle, à de rares exceptions près, le traitement d'un foyer bucco-dentaire irritatif ou son éradication (extraction) évacue, dans l'immédiat, la douleur.

— Une pubalgie (pubis douloureux) disparaît lors du traitement de la gencive dans le site d'une dent de sagesse inférieure.

— Un engourdissement des deux jambes se dissipe après extraction d'une dent de sagesse supérieure bloquée dans la mâchoire.

— La dépose du « *plombage* » d'une molaire, en apparence saine, soulage la main douloureuse d'une femme de 33 ans.

— La canine supérieure, cariée mais indolore, entretient une « *douleur en poignard* » : cou, épaule, bras, jusqu'à suspendre le sommeil d'une patiente âgée de 60 ans.

— Patient de 70 ans. (Père de confrères.) Immobilisé depuis neuf mois par une lombalgie. La douleur disparaît dans l'immédiat, dès le traitement de la première molaire inférieure gauche déchaussée. Il est soulagé d'un infarctus coronarien à la suite de l'extraction d'une prémolaire supérieure gauche, « *parfaitement* » dévitalisée dix années plus tôt. A notre insu, il décède à l'âge de 89 ans, soit dix-neuf ans plus tard.

Monsieur P. 65 ans :

A la suite de douleurs rhumatismales subies en 1972, il est contraint de suspendre ses activités professionnelles durant un mois et demi, malgré des médications diverses.

Diagnostic stomatologique : trois molaires dépulpées aux canaux imperméables. Disparition des douleurs rhumatismales après extractions de ces dents indolores.

Juillet 1978 : Il présente une sorte d'engourdissement associé à de nouvelles douleurs musculaires aiguës des membres supérieurs. Détente impossible. La radiographie révèle la présence d'un morceau de racine d'une molaire extraite en 1942. La gencive était indolore et défiait toutes les inspections buccales. Après extraction du débris radiculaire, toutes les douleurs articulaires, musculaires ont disparu.

En 1990 rien à signaler.

Ce soulagement a d'autant plus de valeur que ce patient était rétif lors du diagnostic concernant les crises rhumatismales d'origine dentaire.

— Opéré à la suite d'une fracture, un homme ne plie plus son poignet douloureux depuis cinq années. L'assainissement d'une prémolaire, dépulpée depuis plus de dix ans, le soulage dans l'immédiat.

— A la suite d'un travail à la pioche dans son jardin, une femme de 52 ans souffre de son coude. L'œdème et la douleur se dissipent lors de l'extraction d'une molaire inférieure dépulpée.

— Patiente dirigée par le docteur J.G.T. Port de semelles orthopédiques depuis 30 ans. Elle relate :

« Âgée actuellement de 72 ans, j'ai dû, à 47 ans, complètement impotente, cesser toute activité professionnelle, atteinte de polyarthrite évolutive (infirmière hôpital Lariboisière, Paris, années 1940).

Depuis 4 ans, les soins que vous m'avez prodigués ont amené une amélioration spectaculaire de mon état, tant au point de vue articulaire que rénal et général. Les lésions acquises en 40 ans sont hélas irréversibles. (Port de chaussures orthopédiques pendant 30 ans !)

Mon mari a connu une semblable amélioration ; plus de sciatique, lumbago, bronchites... »

Des athlètes de haut niveau, enfin informés de l'existence d'irritation silencieuse de leur mâchoire, responsable de handicap musculaire ou articulaire douloureux, se soumettent à l'assainissement du système bucco-maxillo-dentaire :

« Praticqué chez 14 patients, il a entraîné la disparition de la tendinite, autorisant la reprise du sport chez 13 d'entre eux... L'infection dentaire fut bien mise en évidence, et l'on pourrait démontrer son rôle prédominant... Les athlètes virent leurs espoirs renaître lors de la disparition de leurs

claquages ou de leurs tendinites. Plusieurs améliorèrent leur condition dès qu'ils furent débarrassés de cette forme de toxicose »⁵.

*« La sédation immédiate des douleurs arthrosiques, des souffrances liées aux symptômes tendino-musculaires, à l'entorse, à la foulure et au stress, chez l'athlète de haut niveau, peut résulter de la suppression ou de la neutralisation d'un champ perturbateur maxillo-gingivo-dentaire »*⁶.

Dans les années 1920, Martin, plusieurs fois médaillé olympique en athlétisme, fait part de son expérience personnelle. (Il était docteur en médecine) :

« Je fis radiographier mes dents, examiner mes sinus et mes amygdales. On découvrit deux petits foyers dentaires dont l'un ne fut mis en évidence que par un examen bactériologique de la racine. Je me fis extraire une dent et stériliser l'autre, jusqu'à obtention d'une culture négative du prélèvement radiculaire.

Exactement dix jours après, les deux tendinites dont je souffrais depuis deux ans disparurent miraculeusement. Elles ne réapparurent pas, même après un entraînement test de 10 kilomètres sur terrain dur. »

Mais, dans les affections musculo-tendineuses, l'origine dentaire est rarement évoquée ou seulement en dernier recours. Trop souvent, *« l'accidenté sportif demeure « handicapé ». Il ne reprend son activité que diminué. De ce fait, il sera placé en de moins bonnes conditions de sécurité et d'épanouissement dans la pratique de son sport, voire donc de performances »*⁷.

Une prévention rigoureuse et, à défaut, la suppression des foyers bucco-dentaires, ordonnée par certains médecins spécialisés, sont donc fondamentales, en toute nécessité.

Trois observations exemplaires, tirées d'un travail spécifique en service hospitalier, mettant en valeur la relation *« tendinite — foyer dentaire chez le sportif »*⁸.

— Monsieur B., 28 ans, footballeur amateur.

A la suite d'une déchirure à l'effort survenue il y a six mois, douleur inguinale gauche à l'insertion ischiopubienne⁹ des adducteurs : rééducation et massages inefficaces.

Avril 1984 :

Ouverture de la chambre pulpaire d'une canine inférieure : sédation de la gêne. La douleur réapparaît à l'entraînement.

Mai 1984 :

Tentative de reprise de traitement canalaire de la canine impossible.

Extraction de la dent : disparition des phénomènes.

A suivre.

Monsieur A.P., 24 ans, cycliste semi-professionnel.

Tendinite achilléenne gauche évoluant depuis un an avec nodule inflammatoire.

Amélioration obtenue par les traitements (anti-inflammatoires, cataplasmes, infra-rouge, laser).

Position antalgique nécessaire, limite l'entraînement.

Pied creux valgus.

Angoisses, nervosité inexplicables contemporaines du phénomène tendineux.

10 mai 1984.

Excavation de dentine cariée, deuxième prémolaire inférieure gauche.

Désinfection de la gencive marginale entre la prémolaire et la molaire : dans l'instant, sensation de décontraction du tendon.

⁵ Jean P. de MONDENARD et A. KOUBI, *Les dents du mal*, Jogging Magazine.

⁶ A. KOUBI, V^e Congrès scientifique de Médecine du Sport, Mai 1985.

⁷ *Performance, La pratique dentaire*, éditorial p. 2, juin 1987.

⁸ Agnès KOUBI, thèse de doctorat en médecine : « Manifestation à distance des irritations périphériques d'origine bucco-dentaire », Paris, décembre 1984.

⁹ ischiopubiennes : Insertion ligamento-musculaire à la partie haute de l'entre-jambes.

24 mai 1984.

Tentative de soin de la carie profonde de la prémolaire : affaissement du nodule et sédation de la douleur ; dix jours plus tard, elle réapparaît au cours du Critérium du Dauphiné. Se découvre en même temps une pulpite de la prémolaire (inflammation du contenu vasculo-nerveux).

Juin 1984.

Dévitalisation palliative de la dent : sédation immédiate des phénomènes.

Le patient signale la disparition de ses angoisses.

Le patient est prévenu du risque de récurrence, lié à la dent dévitalisée.

Mademoiselle C., 26 ans, marathonnienne.

Tendinites achilléenne et rotulienne gauches évoluant depuis plus d'un an.

Douleur permanente empêchant l'entraînement. Les traitements (anti-inflammatoires, infra-rouge, laser...) sont restés sans résultat durable.

Mai 1984.

Ouverture chambre pulpaire de la première prémolaire supérieure gauche : sédation dans l'instant du phénomène douloureux achilléen.

Ouverture chambre pulpaire de la prémolaire antagoniste : sédation dans l'instant du phénomène rotulien.

Réapparition des phénomènes douloureux à l'entraînement.

Juin 1984.

Reprise du traitement de la prémolaire supérieure.

Curetage du « dépassement apical »¹⁰ de la dent antagoniste.

Reprise de l'entraînement.

Octobre 1984.

Participe au marathon Avon.

Persistance d'une légère gonalgie (douleur au genou) à l'effort.

La patiente préfère cette gêne résiduelle à l'extraction d'une dent.

Disparition complète des symptômes au tendon d'Achille.

A suivre.

Considération médico-sociale

Pour continuer à ignorer la pathogénie dentaire, au regard de la dégradation des os et des articulations, plus d'un malade connaît l'aventure chirurgicale.

« Pour une prothèse de la hanche, le coût des matériaux revient environ à 135 000 F., et l'on en pose 5 000 par an..., soit un marché de 7 milliards et demi de francs »¹¹.

Ce sauvetage orthopédique est couvert par les deniers publics. Au déficit conséquent s'ajoute le coût de la maladie avant chirurgie, le manque de rendement, l'insatisfaction et l'absentéisme.

Pendant que certains sujets portent dans leur mâchoire un potentiel de « l'industrie orthopédique », « l'O.T.A.N. s'est donné une mission de développement scientifique, ses domaines s'étendant à la médecine, l'écologie... les sciences sociales, etc. »¹¹.

Quand donc le « développement scientifique » s'étendra-t-il à la stomatothérapie conservatrice de muscles, de tendons, d'os et d'articulations ?

En attendant cette nouvelle « mission », la « force hostile », sortie de dents irritatives, enrichit la « médecine lourde ». « On pose 50 000 prothèses totales de hanche, 20 000 stimulateurs cardiaques, 15 000 valves cardiaques, 15 000 prothèses vasculaires, 50 000 prothèses du genou... »¹¹.

Affections du cœur et des vaisseaux

La relation médecin-malade-maladie confère au compte rendu du docteur P., cardiologue, et au témoignage de son patient, le sens fondamental de la solution élémentaire :

¹⁰ Dépassement apical : débordement de la pâte thérapeutique, intracanalair, dans l'os sous-jacent.

¹¹ Simone BROUSSE, *L'équilibre de l'énergie humaine*, Éditions du Rocher, 1986, pp. 180-181.

« *Mon cher confrère*

Bilan de contrôle de votre patient G. Il présente des douleurs d'angine atypiques spontanées et, à l'effort, qui semblent avoir été légèrement améliorées depuis des extractions dentaires multiples.

Cependant aujourd'hui, en cours d'examen, il a présenté une douleur pectorale gauche qui correspond à un angor clinique et électrique puisque l'E.C.G. révèle des signes d'ischémie lésion sous-endocardique avec de nombreuses extra-systoles auriculaires. Je vous propose donc d'entreprendre chez lui un traitement bétabloquant d'entretien sous la forme d'un demi-comprimé de Ténormine matin et soir pour prévenir à la fois les douleurs angineuses et les extra-systoles. »

mois plus tard, le patient, monsieur G., âgé de 82 ans, écrit :

« *Juin 1974 : premières douleurs en haut de la poitrine à gauche, et aussi le long du bras gauche, suis obligé de prendre de la Trinitrine...*

Novembre 1977 : première visite chez le docteur M. (homéopathie, acupuncture et médecine manuelle) qui réussit, dans une certaine mesure, à espacer mes ennuis cardiaques, mais il n'en reste pas moins qu'il m'est rarement possible de rester plus d'un jour sans me trouver dans la nécessité de croquer un et parfois deux comprimés de Trinitrine, ni sans avoir à m'arrêter plusieurs fois au cours d'une promenade.

Novembre 1979 : avec l'approbation du docteur M., mais sans grande conviction de ma part (car il m'était difficile d'admettre qu'il puisse y avoir relation directe entre l'état dentaire et celui du cœur), je consens le 5 novembre aux interventions dans les maxillaires. Or, depuis ce jour-là jusqu'à celui où nous sommes, je n'ai pas éprouvé de douleurs au bras gauche, mais quelquefois une petite gêne à la poitrine près de l'aisselle gauche. En outre, je n'ai pas eu à prendre un seul comprimé de Trinitrine. Je n'ai pas à croire ou à ne pas croire en l'efficacité des méthodes du docteur Koubi. Simplement je constate.

De surcroît et à la suite d'une otite, je pataugeais depuis 1978 dans un état de très grande déficience auditive. Or, depuis le 5 novembre 1979 (premiers soins dentaires), la situation, sans être encore parfaite, loin de là, est cependant devenue tout à fait acceptable.

Mais ce qu'il y a de plus spectaculaire, et dont seul mon entourage (et moi-même bien sûr) peut se rendre compte, c'est la complète disparition de mes sautes d'humeur et de ma tendance à me faire un monde de la moindre contrariété... »

En décembre 1985, le bien-être relatif de monsieur G. retentit de l'incidence bucco-maxillo-dentaire sur la qualité de la vie.

En médecine, au premier rang des causes des maladies cardio-vasculaires figure la lésion dentaire. Les auteurs les plus classiques ont établi que 40 % des dégradations des parois internes du cœur en dépendent.

Les toxines bactériennes et les microdébris cellulaires, venus d'un « foyer » bucco-dentaire par la voie lymphatique ou sanguine, se répandent jusqu'aux artères coronaires qui irriguent le muscle cardiaque. Le sang corrompu s'y coagule, infarctit (d'où infarctus) les vaisseaux. L'« irritation focale » complique le phénomène infectieux.

Le trouble de l'influx nerveux, parti de l'« épine irritative », peut déterminer, à distance, l'étranglement vasculaire, car, chez les sujets souffrant d'angine de poitrine ou d'infarctus, de spasmes, d'encrassement ou de lésion des artères coronaires, le « test » ou le traitement stomatologique peut entraîner, dans l'immédiat, une amélioration considérable de l'état du malade. A l'analyse, la surcharge de cholestérol peut diminuer.

Après l'extraction d'une dent coupable, le patient retrouve son souffle ; l'oppression et l'asthénie s'estompent. Sans Trinitrine ou autre médication, il peut gravir, sans souffrance, cinq ou six étages.

Il en va de même pour le soulagement immédiat de l'« artérite oblitérante » avec « ataxie locomotrice »¹². Muscle de la jambe bloqué, le sujet ne peut pas marcher.

La suppression tardive des foyers ne provoque pas la complète disparition des symptômes de la pathologie cardiaque ou vasculaire mais le mieux-être général ne fait aucun doute.

Les séquelles de l'angine de poitrine, de l'artérite ou de l'infarctus n'autorisent pas la tentative sans risque des soins conservateurs de dents lésées. L'incursion instrumentale dans une dent (précédemment mentionnée) peut réensemencer de bactéries ou de toxines le milieu intérieur.

Il faut donc éviter la « dévitalisation » ou le « traitement canalair » d'une dent chez un malade à « haut risque ». L'altération cardio-vasculaire, avec fièvre, symptôme cutané, musculaire, organique, articulaire, commande l'urgence médicale : évacuation de n'importe quel foyer bactérien ou irritatif.

Le dogme universitaire se lie à la finalité de l'infection gingivo-dentaire dans les « complications... générales : fièvres dites inexplicables, thrombophlébites, septicémies, endocardites, arthrites, infarctus et réveils évolutifs des polyarthrites rhumatoïdes, abcès à distance (poumon, cerveau), allergies respiratoires ou cutanées microbiennes »¹³.

Disparité des déficiences et des maladies d'origine dentaire

Lettre du docteur B., cardiologue.

« Le diagnostic d'hépatite virale à antigène australien (hépatite chronique persistante) a été porté en avril 1973. Je passerai sur les nombreux essais thérapeutiques, les périodes de repos qui émaillèrent les années suivantes où j'essayai de poursuivre mes activités dans un état de fatigue insupportable. En 1978-1979, malgré la corticothérapie, l'évolution biologique s'était considérablement aggravée. Une atteinte de l'état général accompagnait ce processus et me fit prendre la décision de cesser mes activités professionnelles lorsque je vous ai consulté le 3 février 1980. Bien que n'ayant apparemment aucun problème dentaire majeur à mes yeux, il vous est apparu qu'il pouvait y avoir une relation entre deux dents dévitalisées, correctement traitées, mes gencives irritées et mon état pathologique. J'ai fait extraire ces dents, traiter mes gencives, et depuis lors, mes analyses n'ont cessé de s'améliorer puisque les dernières sont pratiquement normalisées. Cliniquement, cette amélioration est incontestable également et je dois préciser que toute cette évolution s'est faite avec l'arrêt progressif de la corticothérapie.

Bien entendu, comme toujours en médecine, il est difficile de pouvoir affirmer catégoriquement que telle mesure thérapeutique est l'unique responsable de l'évolution.

Cependant, après sept années pendant lesquelles j'ai pu juger de l'inefficacité absolue de tout ce que j'avais entrepris pour stopper l'évolution, sinon guérir la maladie, force est de reconnaître qu'il existe une coïncidence plus que troublante entre les soins dentaires et l'amélioration observée depuis lors. »

En 1990, le docteur B. ne signale pas de séquelles.

— Madame M., 48 ans, aide soignante :

« J'étais atteinte d'une hépatite virale depuis trois ans ; cette hépatite est devenue chronique. J'ai fait des traitements, aucun ne m'a guérie ; au contraire, l'un d'eux m'a provoqué un blocage des deux reins. Dans un demi-coma, j'ai été transportée à Pasteur, j'ai subi plusieurs dialyses, à la suite de quoi j'ai eu le bras gauche et la main handicapés à 80 %. Après un mois d'hospitalisation, puis un mois en maison de repos et un nouveau traitement de cortisone, aucun résultat sur ma santé : pas d'amélioration. Lorsque je faisais des analyses, les résultats étaient toujours catastrophiques et le moral de plus en plus bas. Jusqu'au jour où le docteur B. (exemple précédent) me dirigea chez le praticien qui l'avait guéri d'une hépatite, sans aucune médication.

¹² Artérite : le spasme d'une grosse artère rend impossible la vascularisation musculaire des muscles de la jambe.

¹³ Dogme universitaire, J. Hamburger, *Traité de médecine*, p. 2738.

Dès la première séance au cabinet dentaire, j'ai senti une amélioration de mon état général et, surprise, j'ai aussitôt retrouvé l'usage de ma main et de mon bras douloureux que je ne pouvais plus tourner. Mes analyses ont commencé à s'améliorer, et, au bout de trois mois, elles sont redevenues normales.

Aujourd'hui, après trois années d'incapacité, j'ai pu reprendre mon travail et mener une vie tout à fait normale... »

Lettre du docteur Raymond Sacquépée¹⁴ oto-rhino-laryngologiste, à propos d'un exemple dermatologique.

« ...Il est possible que l'éruption cutanée (acné) qui persiste à 45 ans soit en rapport avec cette infection amygdalienne. Elle a été grandement améliorée depuis que vous avez supprimé les foyers dentaires. Ce qui prouve l'origine microbienne. Voilà un cas démonstratif à tous points de vue, y compris l'échec — prévisible et logique — de l'antibiothérapie faite sans supprimer le foyer infectieux causal qui, lui, ne peut pas guérir par des antibiotiques. »

— Monsieur A. 18 ans.

Diagnostic dermatologique : « probabilité d'affection virale ».

A la veille du baccalauréat, il était couvert depuis 8 jours de pustules et de plaques rouges urticantes sur toute la poitrine et le cou.

Pronostic : évolution pendant un ou deux mois.

Au lendemain de l'avulsion d'une dent de sagesse supérieure bloquée sous la gencive, les pustules commencèrent à s'assécher. Le surlendemain presque plus de rougeurs ; trois jours après, disparition de tous les symptômes.

Donnons ici une lettre relative du tableau clinique de plusieurs membres d'une famille.

— « *En 1979, sur recommandation de Monsieur le docteur T vous acceptiez de soigner, en urgence, Madame C. (ma mère) qui souffrait de troubles cardiaques, infection chronique et grande fatigue.*

Résultats après les soins dentaires : tous ses maux ont disparu.

— *En Octobre 1979, mon père, dont les analyses montraient une infection chronique non localisée, a dû subir le curetage de ses gencives irritées. L'infection a disparu. Le voilà rétabli.*

— *En Décembre 1979, en ce qui concerne mon état de santé : coups de pompe fréquents, infection chronique, teint gris, démangeaisons...*

Résultats après soins bucco-dentaires : fatigue disparue, teint éclairci de façon spectaculaire, démangeaisons atténuées.

— *En Février 1980, Monsieur V. (mon époux) souffrait depuis plusieurs mois de douleurs à l'œil gauche, accompagnées de violents maux de tête empêchant le sommeil.*

Résultats dus à la reprise de soins dentaires : douleurs et maux de tête ont disparu.

— *En Février 1980, mon frère souffrait de violentes crises de sinusite et ce, malgré une opération des sinus.*

Après les premiers soins dentaires, son état de santé s'est bien amélioré. »

— Monsieur M. 34 ans : Ballonnements d'estomac, il ne supporte pas le lait ; mal au genou (gonalgie) et à la main gauche (suite d'une chute de vélo) ; rhumes à répétition pendant quatre ans ; ne supporte pas les randonnées en voiture et l'altitude.

Extraction d'une molaire supérieure dévitalisée. Après une dizaine de jours, disparition de tous les symptômes. Pratique le vélo et la voiture.

— Madame M. âgée de 82 ans.

¹⁴ Docteur Sacquépée R., Directeur d'enseignement, Faculté de Nice.

Souffrait de syncopes qui avaient nécessité une hospitalisation à la suite d'une chute. Trois mois plus tard, des douleurs se manifestèrent dans le cou et à la base du crâne. L'algie constante l'empêchait de dormir.

Proposition : suppression de deux incisives supérieures dépulpées. Elles soutenaient une prothèse. Les extractions ont été déterminantes ; son dentiste ayant suivi les directives odontologiques proposées au médecin traitant. Les syncopes et les douleurs cervicales ont disparu. Revue âgée de 90 ans.

— Monsieur L. 60 ans : gêne prostatique. (Six mictions la nuit.)

Une proposition de soins fut établie pour le praticien traitant.

Avant de s'y conformer, celui-ci refit des radios pour bien s'assurer de l'opportunité de ces soins et extractions. Après une légère anesthésie générale intraveineuse, le patient se réveilla avec deux prothèses maxillaire et mandibulaire établies au préalable. Le lendemain, plus d'ennui de prostate.

— Dirigée par un médecin généraliste, une famille reçoit des soins bucco-dentaires pour évacuer des symptômes pathologiques chroniques.

— La mère, 43 ans : maux de tête, sinus infectés, maux de gorge, perte de la voix (chanteuse), rhumatismes, allergies diverses, sein gauche douloureux, problème douloureux du foie, de la vésicule et des intestins, constipation chronique, règles anormales.

1973 : soins dentaires terminés. Disparition de tous les symptômes (sans médicament).

1981 : ménopause anormale. 1984 : Oppression, douleur aux jambes. Nouvelle rééquilibration de la fonction masticatoire. Disparition des symptômes.

— Le père, 48 ans en 1972 : Fatigue, maux de tête, de reins, des jambes, malaises (oppression). Après stomatothérapie, disparition des symptômes.

1984 : Extraction de la dernière molaire supérieure pour le soulager de l'épaule douloureuse. Pleine forme.

— Leur fille, 22 ans en 1972 : nerveuse, frigide, retrouve l'équilibre après assainissement des maxillaires.

1984 : mariée.

— Leur fils, 20 ans en 1972 : maux de tête, sinusite, douleurs articulaires, insomnie. Régression des symptômes après assainissement des mâchoires.

1984 : lombalgie. Il est soulagé après soin d'une prémolaire supérieure.

— Leur fille, 13 ans en 1972 ; dentition « *incendiée* » par les sucres. « *Caractère impossible* », jambes gonflées, règles anormales et douloureuses, malaises.

1984 : après soins et extractions dentaires, rien à signaler. Elle attend son deuxième enfant.

(Leur chienne, 13 ans, perdit d'un seul coup ses poils devenus ternes. Elle présentait une paralysie du train arrière et refusait toute nourriture. Son état redevint normal après détartrage de ses gencives par le vétérinaire. Elle mourut dans sa 17^e année.

Son chiot, 9 ans, atteint de paralysie complète se remit en l'espace de 15 jours, après extraction d'un croc fracturé.)

Affections oculaires

— Mme G. 56 ans,

Apparition d'une tache dans l'œil, en forme de « tranche d'ananas » au centre du champ de vision. D'après la patiente, peu de vision au centre, entourée d'une zone déformant la visibilité brumeuse et tremblotante.

Après examen ophtalmologique, le spécialiste ordonne de la cortisone.

Au bout d'une semaine atténuation de la tache. Traitement de six mois.

Arrêt de la cortisone. Mais lors d'une certaine émotion, la tache réapparaît.

Radio panoramique : Extraction d'une molaire devitalisée, mâchoire supérieure.

Progressivement en quinze jours, la tache s'atténue. On continue l'assainissement total de la bouche.

Au bout de trois semaines, tache très faible.

Au bout d'un mois, disparition totale.

— Mme M., 35 ans, magistrat, souffre de dacryocystite (assèchement des yeux). Diagnostic : « stress » !

L'ouverture d'une prémolaire supérieure « parfaitement » dévitalisée à l'âge de 22 ans, régularise, dans l'immédiat, la fonction des glandes lacrymales. Le « stress » n'a plus cours.

— Deux canines non évolutives, sous la gencive du maxillaire supérieur d'une femme de 44 ans, détermine une lésion de la cornée (kératite).

Récupération de la fonction oculaire à la suite de la dépose chirurgicale des canines. (L'« effet second » exagération passagère de symptômes oculaires après extraction a inquiété sévèrement la patiente.)

— Une prémolaire supérieure vivante mais obturée engendre un iritis.

— Même pathologie provoquée par une molaire inférieure obturée à l'amalgame d'argent.

— Même protocole stomatologique pour faire disparaître la diplopie (vue double).

— Une température à 39 °C, les vertèbres cervicales et les articulations douloureuses, un mouvement oculaire pénible et incoordonné résultent d'une pulpite¹⁵ de la première molaire inférieure cariée.

— Un nystagmus¹⁶ sévère, depuis l'enfance, disparaît à 26 ans après extraction chirurgicale des dents de sagesse bloquées sous la gencive.

— Un herpès de l'œil rétrocede après extraction d'une prémolaire supérieure.

Affections respiratoires, digestives, musculaires

— Asthmatique depuis plus de dix ans, une patiente de 45 ans recouvre la pleine fonction respiratoire après reprise de traitement d'une molaire inférieure dépulpée depuis plus de dix ans.

Une nouvelle reprise de traitement dentaire ou une extraction est prévisible lors d'une crise similaire ou d'un symptôme pathologique différent.

— Évelyne F. 32 ans.

Crise abdominale douloureuse. Température 39°. Incapable de marcher. Diagnostic : appendicite, opération d'urgence.

Le curetage de l'alvéole indolore d'une molaire inférieure, extraite trois semaines plus tôt, estompe les douleurs abdominales, évitant ainsi l'ablation de l'appendice. Disparition de la fièvre.

— Une molaire supérieure nécrosée entretient, depuis six mois, une débâcle intestinale (quinze à vingt selles par jour). Diagnostic : amibiase chez cette patiente revenue d'Afrique. L'extraction de la dent normalise le transit intestinal.

— Du tartre blesse la gencive dans la zone rétromolaire inférieure. Le saignement conséquent du tube digestif dépend de la pathologie gingivale, si l'on en juge par l'écoulement anal de sang qui se tarit après détartrage et assainissement des gencives.

— Patient âgé de 30 ans. La suppression des dents de sagesse incluses dans le tissu osseux et l'assainissement des gencives infectées le soulagent d'un ulcère duodéal ancien de plusieurs années.

Les patients liés au diagnostic de « hernie hiatale »¹⁷ peuvent connaître le soulagement après assainissement du système bucco-dentaire.

¹⁵ Pulpite : inflammation du paquet vasculo-nerveux à l'intérieur de la dent.

¹⁶ Nystagmus : Sans s'en rendre compte, tremblement des yeux.

¹⁷ Hernie hiatale. Reflux œsophagien d'aliments ou de sécrétions acides, éructation. Le diagnostic repose sur l'examen radiographique.

— A 35 ans, une molaire supérieure saine, mais déchaussée, engendre des vomissements incoercibles. La dépulpage palliative de cette dent soulage la patiente.

— L'extraction d'une molaire supérieure dépulpage efface une paralysie faciale. (Il s'agit d'une consœur âgée de 45 ans.)

— Une dégénérescence musculaire fibreuse généralisée, sans atteinte du tissu nerveux, en évolution depuis dix années (maladie de Steinert¹⁸) régresse lors de l'assainissement de la mâchoire (des extractions sont prévisibles).

— Chez cette patiente âgée de 52 ans, la contracture des muscles de la mastication bloquait la mâchoire. Pour obtenir un à deux millimètres d'ouverture, on interposait entre les dents une lame d'acier en faisant levier.

Le test sur une incisive supérieure dépulpage lui permet de tirer la langue. « *Voilà quatre ans que j'attends de la sortir !* », raconte-t-elle.

« 20 % des décès dans le monde avant l'âge de 14 ans sont dus à des infections broncho-pulmonaires aiguës. Ce chiffre a de quoi faire froid dans le dos »¹⁹, alors qu'on occulte une cause que l'on peut évacuer.

Jusqu'à 14 ans, l'évolution dentaire contrariée constitue, chez 25 % des enfants, des irritations gingivo-osseuses pathogènes. Des symptômes respiratoires ou organiques en résultent. Les caries et des troubles de rangement dentaires dramatisent le mal.

Le profil du sujet malade s'inscrit dans les mêmes coordonnées. Pâle, morose, amaigri, parfois fébrile, frappé d'inappétence, l'enfant fatigué, prostré, respire mal et se plaint du ventre. Le foie est souvent gros, la paroi de l'abdomen perd de sa souplesse. La croissance physique et la maturation intellectuelle sont retardées. L'entrain au jeu et le rendement scolaire diminuent. Ces problèmes peuvent laisser des traces physiques et mentales irréversibles.

Toutefois, l'assainissement précoce de la bouche « *a de quoi réchauffer le dos* ». « *L'immaturation pulmonaire* » n'est plus qu'une fleur de rhétorique lorsque le décompte différentiel des globules blancs se normalise après le retrait de certains plombages ou l'extraction de dents indolores mais putréfiantes. Les douleurs dans le corps, la fièvre, la fatigue et l'essoufflement disparaissent.

— Yves, 5 ans. Prostré. En classe, « *rêveur* », inactif. L'insuffisance respiratoire dramatise une entéro-colite. Amygdalectomie. Gros foie, grosse rate.

Denture « *incendiée* » par les sucres. A trois ans, on a dû lui dévitaliser cinq dents de lait ! Les autres dents portent des amalgames. De nouvelles caries se forment.

Ampho-vaccin, antibiotiques et régime végétarien inefficaces.

Allergie : 30 tests de désensibilisation.

Extraction des dents dévitalisées. Aucune prise de médicaments. Tous les symptômes disparaissent.

Enfant actif, poussée de croissance.

Trop souvent, la « *maladie dégénérative* » est mise sur le compte d'un « *déséquilibre alimentaire* » ; l'assainissement de la mâchoire évacue la responsabilité de l'alimentation ; les symptômes pathologiques peuvent disparaître dans l'immédiat.

Mais, les atteintes tissulaires et organiques trop anciennes, cancer du rein, des poumons, du sein, des ganglions, de l'utérus, une lésion des centres nerveux (certaines cellules des centres nerveux ne se reproduisent pas), de la moelle épinière, les myopathies et maladies récessives ou congénitales, l'altération du pancréas, l'ancien diabète, l'hypertension essentielle, l'ancien infarctus, l'arthrose trop

¹⁸ Maladie de Steinert : Hôpital Sainte-Anne, Paris, 1988. Ce diagnostic de Maladie de Steinert est le seul que nous ayons rencontré en service hospitalier. Pour certaines myopathies avec dégénérescence du système nerveux, l'assainissement des mâchoires, quoique toujours opportun, n'a pas été suivi d'amélioration.

¹⁹ Médecine maintenant, janvier-février 1989.

avancée de la hanche ou des affections de la peau comme le vitiligo, ne peuvent plus relever de seuls soins stomatologiques tardifs. Tout au plus, l'assainissement gingivo-dento-maxillaire peut soulager les défenses, les tissus atteints, les fonctions et le « terrain ».

La goutte

La méconnaissance du déterminisme dentaire confère à certains hommes une destinée douloureuse.

« *Ce que je dois vous dire... est si nouveau et inédit que non seulement je crains de m'attirer l'envie de certains, mais encore je tremble de voir l'humanité entière se retourner contre moi.* »

Valable pour toute entrave aux idées reçues (comme il en est pour « *la maladie d'origine dentaire* »), ce fragment du discours de William Harvey, datant de 1615, sur la circulation du sang, déclencha à Londres et à Paris les foudres du corps médical. Cependant sa thérapeutique n'était pas toujours aussi claire que sa découverte. A 38 ans, il souffrait de la goutte, et usait d'un curieux remède. Au plus froid de l'hiver, il plongeait son pied douloureux dans l'eau glacée, et le portait ensuite auprès d'un feu de cheminée. Tout comme les goutteux d'aujourd'hui, il a subi la douleur handicapante tout au long de l'existence.

La goutte, aux « *morsures* » invalidantes, s'explique par la formation de dépôts solides dans les articulations et les reins. Cette dégradation peut s'étendre à la sphère pulmonaire, cardiaque ou cérébrale. A l'analyse du sang, la teneur en phosphate, potassium, magnésium et en calcium s'écarte de la normale. On rattache ces effets à l'augmentation de la quantité d'urée.

Des « *tophi* », concrétions sous-cutanées d'urate de calcium, déforment les tissus articulaires. Pris à leur début, ils disparaissent après élimination des irritations dentaires, perturbatrices mais indolores. Trop anciens, la suppression des mêmes causes ne garantit plus leur complète résorption. Néanmoins, les douleurs qui rendaient difficile ou impossible le mouvement des articulations s'atténuent ou disparaissent.

Troubles génitaux

— X, 25 ans.

« Éjaculation précoce » (qui avait provoqué son divorce). Souffrances rhumatismales.

Sexualité normalisée après extraction d'une molaire dévitalisée. Se remarie.

— Médecin, 54 ans.

Séquelles d'orchite droite à protéus et staphylocoques depuis l'âge de 20 ans. En conséquence, aspermie. Amibiase, colibacillose, brûlures d'estomac, crampes aux mollets, « *fatigue* ».

L'extraction de dents dépulpées et les soins gingivo-dentaires donnent suite à une rééquilibration générale. Éjaculation fugace, peu abondante (lésion irréversible).

— Monsieur A. 62 ans (patient du docteur P.).

A trois ans, il a eu la poliomyélite. Séquelles à la jambe gauche. Il a toujours souffert de l'estomac et des intestins. Des douleurs dans les jambes se sont étendues jusqu'aux épaules. Pendant de longues années, il a dû subir des traitements à la cortisone. Au début, cela lui semblait efficace, puis il lui fallut des traitements de plus en plus rapprochés. Il devenait de plus en plus gros, jusqu'à ne plus pouvoir se déplacer. Arrêt de la cortisone. Recrudescence des douleurs.

Lors de l'assainissement de la sphère bucco-dentaire, « *presque immédiatement* », il a ressenti le bien-être et la disparition des douleurs articulaires, musculaires et aussi celles de l'estomac et des intestins. Depuis, son travail (horticulteur) lui est agréable, et il dit avoir retrouvé le tonus sexuel.

Madame A. 33 ans, mariée depuis 12 ans (patiente du docteur L.).

Décembre 1983 : Commencement de l'assainissement des gencives et des dents. Disparition rapide des angoisses, de l'oppression et des problèmes digestifs.

Fin décembre 1983 : angine avec 39° de fièvre.

En urgence, suppression d'une prémolaire supérieure dépulpée. Disparition des symptômes infectieux douloureux.

Lors de sa première visite, elle avait parlé de la difficulté à être enceinte. Ce problème a été inclus dans le rapport au médecin traitant.

Reprise de traitement de dents dépulpées. Résultat : début janvier 1984, soit un mois après le début du traitement, elle est enceinte. Elle accouche sans problème.

Au mois de mai 1984, fréquents rhumes. La reprise du traitement des gencives et d'une molaire supérieure supprime la rhinite.

Un fait spectaculaire stupéfia la nouvelle maman, lorsque début octobre 1984, après l'accouchement, elle a eu quelques difficultés pour allaiter son enfant. Baisse de lait. Ce qui l'obligeait à donner des biberons. Après la suppression d'une prémolaire dévitalisée et indolore, en apparence saine, elle put aussitôt allaiter normalement son nourrisson.

Mis à part ces résultats évidents au sujet de problèmes spécifiques touchant la santé, tous les aliments qu'elle ne pouvait manger jusqu'à ce jour, et qui provoquaient de la cystite, ne lui sont plus interdits. Elle se nourrit sans contrainte.

Sa mère, dont le traitement stomatologique a commencé pratiquement en même temps que le sien, a constaté la disparition de ses problèmes de colonne vertébrale, de tachycardie, de digestion, en quelques semaines...

— Patiente de 26 ans. Mariée depuis six années.

Vertiges, évanouissements, vomissements, lourdeur des jambes. A l'angoisse s'ajoutent l'absence de règles et la stérilité.

Elle est mère dix mois après la reprise de traitement d'une molaire inférieure gauche dépulpée, extraction des dents de sagesse en semi-inclusion. Tous les symptômes ont disparu. (La molaire conservée dépulpée peut provoquer certaines « réactions à distance ». A suivre...).

— Sa belle-sœur, âgée de 25 ans, consulte, deux ans plus tard, pour stérilité et douleurs rhumatismales.

Elle accouche dix mois après les soins d'une dent dépulpée et extraction de la dent de sagesse inférieure gauche non évolutive. Elle a oublié les douleurs dans les articulations.

— Patiente, âgée de 36 ans : dyspareunie (coït douloureux).

Elle est mère de jumeaux dix mois après extraction de l'incisive centrale supérieure gauche kystique, curetage du fond alvéolaire et réimplantation de la dent (conservation dans un but esthétique, mais à potentiel pathogène). A suivre...

Des médecins, avides de psychosomatique, confrontés à l'absence des règles et à l'enflure des jambes douloureuses, se réfèrent à « l'œdème de Milroy dû à des troubles psychologiques graves »²⁰. L'existence d'un foyer bucco-dentaire, irritatif ou infectieux, contredit ce type exclusif d'explication. Car la suppression des irritations bucco-dentaires peut donner suite à la disparition de symptômes génitaux, dysménorrhée (règles anormales), dyspareunie, orgasme impossible, prurit, herpès, crête de coq, papillome...

Foyers dentaires et hygiène de la grossesse

Dans les années 1950, un procès retentissant contre un médicament portait à l'attention mondiale un danger génétique. Des centaines de femmes, soignées à la Thalidomide pendant leur grossesse pour tarir des vomissements, avaient donné naissance à des handicapés. Toutefois, durant l'instruction du procès, les contrôles de laboratoire, effectués sur le rat, ne purent jamais reproduire ce mécanisme. Mais la Thalidomide fut condamnée. Pour autant, des handicaps similaires naissent sans prise de Thalidomide.

²⁰ M. Balint, in *Le médecin, son malade et la maladie*.

Certes, pour que le procès de la Thalidomide ait eu lieu, il fallait que le taux de naissances « monstrueuses » soit particulièrement élevé chez les femmes qui en consommaient. Mais certaines de ces femmes pouvaient garder dans leurs dents et gencives des germes infectieux, donc responsables de vomissements et de pathologie génétique en question. Aucune expertise n'y fait allusion.

« Ptomaïnomanes » à leur insu, des femmes enceintes subissent, en permanence, un empoisonnement ; gagnant tout l'organisme, il parasite le tube digestif, les nerfs, le sang, les cellules, et peut altérer le spermatozoïde, l'ovule, la formation de l'embryon ou marquer le fœtus. Certaines lacunes buccodentaires de la femme enceinte, responsables de lésion à distance, de troubles généraux disparates, sont donc susceptibles de provoquer l'avortement ou de déterminer des malformations physiques, voire cérébrales ; ces tares apparaissent à la naissance ou se confirment plus tard.

Pendant deux cent soixante-dix jours, les toxines bactériennes, sorties des dents et des gencives infectées, empoisonnent le « nid fœtal ». Voilà découverte la cause des accidents congénitaux la plus répartie mais la moins évacuée.

Ce que l'on appelle « grossesse difficile » peut résulter de la présence d'un foyer bucco-dentaire indolore. En général, il s'agit d'une dent entartrée ou « dévitalisée », ou de l'irritation des tissus autour d'une dent de sagesse « vicieuse ».

Quand une décision médicale vise à faire échec à une naissance catastrophique (à cause de la rubéole, par exemple), les experts considèrent que « si certaines drogues ont un effet tératogène spectaculaire, il ne faut pas négliger l'effet d'une simple élévation de température sur des cellules en cours de division²¹. » Or, fréquemment l'élévation de la température et les troubles génitaux disparaissent après la suppression radicale des foyers bucco-dentaires. La contamination du bol alimentaire par les dents ou les gencives septiques, ou l'irritation de la mâchoire par un corps étranger provoque, en particulier chez certaines femmes enceintes, de la fièvre, de l'anxiété ou de fameux vomissements. Indice complémentaire dans un cercle vicieux, la forte acidité, venue de l'estomac « focalisé », active la destruction des dents ; mais, par tradition, on impute, à tort, la carie à la décalcification entretenue par la grossesse.

Il n'existe pas de « décalcification », ou de « déminéralisation » de la dent comme il en est des os. La minéralisation des germes dentaires, chez le fœtus, s'équilibre à partir de composés calciques venus de l'ossature de la femme enceinte. Et, depuis la naissance, la calcification des dents dépend de l'immense réserve de calcium contenue dans le système osseux. Le phosphate de calcium dans le corps est en perpétuel mouvement au bénéfice du système dentaire. Pour le bien-être de la nidation, l'assainissement des mâchoires de la future mère s'inscrit dans le protocole médical de base. La future mère gagne donc à présenter un arc dentaire immaculé (le père aussi). Dans les mâchoires d'une femme qui a eu un enfant *anormal*, peuvent se retrouver des signes révélateurs : tartre, carie dent morte ou non évolutive, fistule, amygdales infectées... Mais actuellement, on ne considère pas comme opportun de demander une radiographie des maxillaires au cours de la visite prénuptiale ou quand un couple exprime son désir d'avoir un enfant.

Cependant, tout le monde sait que chez la femme enceinte, la rubéole ou les fièvres infectieuses exposent le devenir du nouveau-né. Des enfants naissent aveugles, cardiaques ou atteints de retard mental (sur 900 000 naissances, 40 000 souffrent de handicap permanent).

Certains médecins, dans le respect du principe universitaire, font nettoyer la bouche de leurs patients avant une intervention chirurgicale, ou lors d'affections « à haut risque ». La conception d'un enfant se prévaut de la même directive, pour se garder de la « fièvre d'origine dentaire ».

Il faut que le patient et le praticien soient conscients de la primauté pathogène des foyers buccodentaires indolores. Il s'agit de prévention. Avant et pendant la grossesse, la bouche de la mère doit être surveillée, l'irritation chronique de la mâchoire favorise, de même que la rubéole ou toute autre infection, le parasitisme constant, insidieux, du sang, du système nerveux et immunitaire.

En fait, « l'épine irritative » bucco-dentaire, épïcêtre d'un séisme biologique, commande des remous déséquilibrants ; des interférences bio-physico-chimiques, moléculaires, ioniques, innombrables et complexes troublent ou détruisent les cohésions naturelles. Depuis la rencontre

²¹ M.J. Edward : « Fièvre de la mère et anomalies congénitales », in *Sciences et Avenir*, 1973.

ovule-spermatozoïde, l'onde de choc de la « *maladie des foyers* » escalade tous les degrés de la dégradation cellulaire, organique et fonctionnelle.

« *Donnez-moi de meilleures mères et je vous donnerai un meilleur monde* », prétendait Aldous Huxley. Oui, mais donnez-leur de meilleures dents...

Troubles nerveux et mentaux

Un grave problème social concerne des sujets que l'on dit « prédisposés à l'épilepsie ». Ce « mal » peut toucher n'importe qui. On considère que « des décharges centrales sont favorisées par l'alcoolisme, l'hérédité et des lacunes vasculaires ».

Or, des « décharges centrales » sont provoquées par l'irritation dento-maxillaire qui engendre l'altération des membranes vasculaires et des tissus nerveux (Pavlov, Spéranskii, Reilly... ont provoqué des crises d'épilepsie chez l'animal de laboratoire).

Trop souvent, l'énergie aberrante dans le centre cérébral, résulte d'une mécanique cellulaire surchargée de pulsions physico-chimiques nocives venues du « champ perturbateur » périphérique bucco-dentaire.

La destruction de la dent et l'effet morbide à distance sur un tissu ou sa fonction, mis en équation, éclairent donc ce qui est mal connu : le trouble du cerveau, organe difficile à explorer.

Dans l'immédiat de l'acte stomatologique, le soulagement et le meilleur rendement de l'intellect mettent en valeur l'intimité des relations entre le trouble dentaire et les cellules cérébrales que l'on suppose dysfonctionnelles, dégradées, hyperhémisées ou tumorales. On assiste à l'autorécupération de récents « *handicapés moteurs* ». « *Les décharges cérébrales* » se dissipent.

Il reste donc à explorer, dans l'imagerie médicale (résonance magnétique nucléaire) le parcours de pulsions nuisibles parties de l'épicentre bucco-dentaire. L'affermissement du diagnostic préservera plus d'un crâne de la trépanation exploratrice.

On pourra, enfin, faire échec au « *potentiel focal* » destructeur ; l'infection, l'intoxication, l'irritation, les parasites électro-nerveux, qui en émanent, retentissent dans une aire spécifique du cerveau comme sur n'importe quel tissu surmené ou blessé.

En attendant cet âge de lumière, on expérimente, en recherche fondamentale, sur un chien ou un singe en lui implantant des électrodes dans le crâne, pour étudier des crises d'épilepsie provoquées. On tranche dans le vif du cerveau de certains épileptiques... Ne pourrait-on pas tenter leur défocalisation ?

Des épileptiques sont relégués dans des « *institutions humanitaires* ». L'extraction d'une dent rééquilibre certains d'entre eux.

L'hypothèse de variation de pression dans la « dent seringue » chargée de toxines (voir chapitre « La dent dégradée ») peut contribuer à expliquer « *l'agitation extraordinaire* » de certains « *fous* » les jours d'orage. Cette coïncidence a impressionné Françoise Dolto²².

L'irritation bucco-dentaire participerait-elle à la modulation des troubles chez les « *météo-sensibles* » ?

L'enfant, « défavorisé » par ses dents « brisées » n'est pas encore au centre des préoccupations scientifiques. « L'adaptation à la catastrophe » organique est occultée. » En conséquence, dans l'appareil pluri-disciplinaire, des savants étudient des problèmes psychiatriques réels.

L'intelligence pratique, à l'état brut, dépend plus d'une tête bien faite que de la meilleure loi possible. La dysfonction du système cérébral, entretenue par la constante « intoxication ou irritation focale », rend illusoire toute rééducation. Des freins physico-chimiques barrent la mécanique organique.

Le rééquilibre du métabolisme, contrôlé par le laboratoire d'analyses, se manifeste après assainissement des maxillaires. Confronté à un enfant qui n'obtient pas de résultats satisfaisants, en fonction d'une instruction donnée, en première instance, on doit donc explorer son arc dentaire. Sa santé dentaire et son orientation sont deux concepts collés l'un à l'autre.

²² Françoise DOLTO, *Lire*, fév. 90, pp. 9-13.

— Un enfant de 6 ans, dyslexique, ne fréquente plus l'école depuis trois mois²³. Des prostrations succèdent à des crises de convulsions. Il refuse tout dialogue. Angines, otites, débâcle intestinale surchargent des cauchemars. On parle de « *placement* » en institution psychiatrique... L'extraction de molaires caduques (dents de lait) détruites par le sucre quotidien et les soins des dents cariées le rééquilibrent. Il retourne en classe. « *Ses camarades ne le brutalisent plus. Enfin, il répond coup pour coup* », explique le père rassuré.

— Une prémolaire inférieure dépulpée à l'âge de 20 ans entretient, jusqu'à 36 ans, moment de son extraction, une fatigue chronique, de l'angoisse et des crises de larmes.

— Un engrainement anormal d'une molaire inférieure saine avec la dent antagoniste immaculée entretient de l'oppression avec état dépressif. La rééquilibration de la fonction de ces dents évacue le trouble mental.

— Christine, 19 ans, habitée depuis deux ans par des fantasmes, pleure ou s'enferme dans un mutisme irréductible. Elle avale deux tubes d'aspirine. On procède à un lavage d'estomac. On entreprend une psychanalyse, deux séances par semaine, en vain.

L'extraction de la dent de sagesse supérieure gauche, bloquée sous la gencive, normalise l'état psychique et physique. Christine reprend ses études universitaires.

— Âgée de 20 ans, mère depuis sept mois, une patiente mesure 1,70 m et pèse 47 kg. Pendant deux années, elle subit une calcithérapie pour tenter, sans résultat, de juguler les crises de tétanie. Des syncopes durent jusqu'à trois quarts d'heure. On parle de dérèglement thyroïdien. Depuis « *l'âge d'orientation* » (14 ans), elle consomme des tranquillisants pour calmer l'angoisse et les crises de larmes. Elle a tenté de se suicider en entraînant son nourrisson et son époux.

Elle se rééquilibre, après assainissement de prémolaires dépulpées aux maxillaires supérieurs et extraction d'une molaire dévitalisée.

Revue 16 ans plus tard !

— Mademoiselle H. 24 ans.

Atteinte d'un état dépressif très prononcé, accompagné de délire, a effectué plusieurs séjours en maison de santé. Onze électrochocs. Aucune amélioration ne se faisait sentir.

La méthode stomatologique consistait en l'extraction d'une dent de sagesse supérieure non évolutive, d'une prémolaire dévitalisée et assainissement des gencives entartrées.

Les résultats positifs apportèrent un meilleur équilibre et la disparition du délire et des hallucinations dont elle était victime quotidiennement (poursuivie par des gorilles jusque dans le cabinet de consultation).

— Chauffeur de taxi, 43 ans.

La névrose a commencé six mois auparavant par un malaise, sans perte de connaissance dans sa voiture. Depuis, il a peur de conduire car les malaises sont de plus en plus rapprochés. Angoisse.

Son médecin a prescrit des piqûres de Calcibromat et du Tranxène 5. A la radiographie des poumons, de l'estomac, de l'intestin, tout est normal.

Extraction d'une dent de sagesse supérieure incluse. Disparition immédiate du trouble psychique.

Revu 12 ans plus tard : aucun symptôme.

Des psychanalystes, à la suite de Freud, soutiennent que « *la folie subsiste comme l'une des dimensions du monde dans lequel nous vivons* ». Mais, à leur insu, certains systèmes dentaires altérés distribuent des influx parasites jusqu'au cerveau, et distillent des substances névrogènes. Les manifestations du malaise conséquent, cellulaire, cérébral, peuvent resurgir en pulsion pathologique suicidaire ou meurtrière, de triste actualité.

²³ Garçon de six ans, Communication faite au Congrès International d'odontologie, Athènes 1976.

Pour le déséquilibre, la pulsion destructrice sous-tend une impression d'action impérative pour un dépassement ou une négation de soi.

Des anxieux, des névrosés, des suicidaires ou des révoltés sans raison, des psychotiques, déséquilibrés récents, peuvent recouvrer la santé mentale, dans l'immédiat ou dans les jours qui suivent l'élimination du champ perturbateur bucco-dentaire.

L'oppression, l'angoisse, les hallucinations peuvent disparaître lors du test stomatologique. La précocité de l'assainissement radical du système bucco-dentaire assure mieux contre des récives.

Ajoutons que cette relation, de cause dentaire à effet psychique, réduit l'explication qui porte à considérer uniquement que « *l'homme fou est le reflet de la société folle* ». Antithèse rassurante, l'assainissement des mâchoires rehausse l'importance médico-sociale d'un phénomène organique.

La cause dentaire rend donc incomplète la psychogénie de symptômes pathologiques physiques et mentaux. La psychanalyse se tient à distance de l'origine organique dentaire, des maladies de la chair et de l'âme. En vouant exclusivement des sujets « *mal dans leur peau* » au divan du psychanalyste, on peut lester d'inefficacité cette tentative.

Discussion

Toutes ces observations introduisent la question suivante : Peut-on mettre sous l'influence d'un « effet placebo » la sédation des troubles ressentie lors d'un acte odonto-stomatologique ?

Le test diagnostic et la stomatothérapie, portés sur des mâchoires chargées de plusieurs foyers potentiels, sont comparables à une démarche en double aveugle ; en effet, la sédation du symptôme à distance, autrement dit la relation de causalité, n'est obtenue que vis-à-vis d'un ou de certains foyers spécifiques. Ceux-ci ne sont pas forcément les premiers testés ou évacués.

Ni le praticien, ni le patient ne peut juger, *a priori* et de manière systématique, de la ou des lésions bucco-dentaires causales ; en particulier, lorsqu'il s'agit d'un tout jeune enfant ou d'un chien. En effet, lors de soulagements observés chez l'animal, peut-on parler d'effet placebo ?

— Igor, Pepita, Gef, Kiki et d'autres petits amis étaient promis à l'euthanasie réservée aux chiens atteints de maladies irréversibles. Victimes de cardiopathies, d'épilepsie, de fièvre, de bronchite sévère, de paralysie, d'eczéma, de colite, d'hémorragie nasale et anale, de suppuration oculaire ou auriculaire et... ils présentaient dans la gencive ou les crocs des signes ponctuels de dégradation.

Chez ce genre de « *malades* » : extraction des dents cariées ou détruites et élimination du tartre qui infecte les gencives et blesse les mâchoires. Il n'y a là rien qui ne se conforme à la médecine vétérinaire.

— Thésée, saint-bernard de 2 ans. Sérosité brunâtre intarissable à l'oreille. Décembre 1983. Analyse : « *Pseudomonas Aeruginosa* » agent essentiel de « *l'hospitalisme infectieux* », très résistant aux antibiotiques.

Sa jeune maîtresse, Laure, 12 ans, chanteuse de haut niveau, perd la voix. Diagnostic : *allergie ou contamination*. Urgence : éloigner Laure, « *piquer* » le chien infecté, et désinfecter la grande maison.

L'extraction d'une prémolaire caduque soignée mais mortifiée, permet à la patiente de recouvrer la voix dans l'immédiat.

Le détartrage des carnassières de Thésée assèche, dans l'heure suivante, l'écoulement de l'oreille. (La maison n'a pas subi la fameuse désinfection, appliquée dans certaines salles d'hôpital, vidées de tous les malades.)

En 1990 (sept ans plus tard) Laure et Thésée se portent tous deux à merveille.

— Un doberman se jette sur ses maîtres pour les mordre. L'extraction d'une canine cariée lui redonne sa quiétude et sa soumission habituelles.

— La dépose d'un clou mal planté dans le sabot d'une jument la délivre, à la seconde même, de transpiration et de troubles du rythme cardiaque. Il s'agit là, comme pour chaque dent, d'un réflexe du « *système périphérique* » vasculaire et nerveux.

Lettre du docteur Léon, vétérinaire.

« Je soussigné, certifie avoir examiné la chienne teckel à poil noir et feu. Elle présentait une paraplégie sévère. Un traitement fut instauré dès le premier jour et conduit pendant un mois sans aucun succès. Elle commençait à avoir des escarres de décubitus et son maître envisageait l'éventualité d'une euthanasie...

Sous anesthésie générale (conformément au “diagnostic focal”), je pratiquai l'avulsion d'une incisive supérieure cariée, et à ma grande surprise, l'animal présenta des signes de récupération locomotrice dès les premières vingt-quatre heures. Puis les progrès furent constants jusqu'à une récupération sensitive et motrice complète au bout de trois semaines. »

Conclusion

En fonction des singularités de la pathologie générale, le concept de « la maladie d'origine dentaire » se présente comme un processus complexe, touffu de paramètres divers. Son importance n'a d'égale que son inconnue.

La théorie du déterminisme neuro-végétatif, de douleurs, de dysfonctions d'organes et de maladies, a été soulevée par de grands maîtres de la médecine²⁴.

Actuellement, l'intrication complexe de mécanismes perturbateurs de l'organisme, inhérents au « malaise focal », le « focal disease » des Anglo-Saxons, nécessite des investigations approfondies, afin de progresser dans l'analyse du phénomène. Toutefois, ce que notre expérience souligne, c'est :

— sédation de toutes sortes de douleurs dans l'instant de la neutralisation (test) de l'irritation bucco-dentaire,

— régression de toutes sortes de phénomènes pathologiques à la suite de l'assainissement radical du système des mâchoires.

En général, la disparition des « effets à distance » du foyer bucco-dentaire accrédite une relation de cause à effet irréfutable. A lui seul, le nombre important d'observations médicales, à propos de faits répétitifs, tient lieu de preuve. Il s'agit de constat en science expérimentale. Il s'agit, pour chaque patient, d'un soulagement, fait indéniable.

²⁴ Maîtres de la biologie et de la médecine, Pavlov, Spéranskii, Dechaume M.

GLOSSAIRE

ABRASION : Usure des surfaces dentaires par frottement avec un matériau abrasif, par une surcharge dysfonctionnelle de la mastication et par le brossage mal conduit.

ANALGÉSIE : Anesthésie de courte durée sans perte totale de la conscience.

ANTIGÈNE : Infime quantité de corps étrangers néfastes pour l'organisme. On en dénombre 800 000 dans la nature.

ARTÉRITE : Inflammation d'une artère ; elle peut s'obstruer et évoluer vers la gangrène.

ASTHÉNIE : Fatigue intense sans preuve organique.

BRIDGE : Reconstitution prophétique scellée sur certaines dents pour remplacer, en forme de « pont », des dents manquantes.

CANALICULE : Petits canaux qui traversent l'épaisseur de l'ivoire.

CANAL SECONDAIRE ou ABERRANT : Il peut être visible à la radiographie. Il traverse l'ivoire et met en relation le paquet vasculo-nerveux intradentaire avec le ligament lié à la racine et à l'os alvéolaire.

CEMENT : Substance qui recouvre la racine jusqu'au collet. Le ligament alvéolo-dentaire y adhère.

CHAMBRE PULPAIRE : Vide intérieur de l'ivoire, dans la matière dentaire qui contient la pulpe vitale : vaisseaux artériel, veineux et lymphatique.

CHAMP PERTURBATEUR : Trouble non douloureux des mécanismes cellulaires, nerveux et vasculaires, en une localisation spécifique du corps. La dynamique régulatrice des nerfs, des éléments du sang, des hormones du système immunologique et des fonctions devient impossible. Des douleurs, déficiences et maladies se développent à distance du champ perturbateur. Exemple : l'os et la gencive autour d'une dent de sagesse en malposition inscrivent un champ perturbateur, responsable de l'évolution d'un ulcère gastro-duodénal.

CHOLESTÉROL : Substance présente dans l'organisme, en quantité harmonieuse de 1,5 gr à 2,5 gr par litre de sang. Si cette moyenne est dépassée il encrasse les artères et donne forme à des calculs biliaires.

COLLET : Limite circulaire de la gencive, de la racine, du ciment, et de l'émail.

DENT INCLUSE : Dent retenue dans la masse de la mâchoire.

DENTISTERIE CONSERVATRICE : Réparation des pertes de substance de la dent soignée, vivante ou morte.

DENTRITES : Court prolongement de la cellule nerveuse. Une cellule en porte des milliers.

DERMOGRAPHISME : Le frottement de la peau fait apparaître des traces d'œdème rougeâtres, sous forme de soulèvement du tissu épidermique.

DIATHÈSE : Ensemble de symptômes apparents lors d'une déficience.

DOULEUR PROJETÉE : Douleur ressentie en n'importe quelle localisation de l'organisme, à distance d'une irritation ponctuelle indolore dans la mâchoire.

EFFET SATELLITE : Expression de Michel Grumberg pour désigner un symptôme quelconque dans le corps, déterminé par une irritation du système bucco-maxillo-dentaire.

ENDODONTIE : Discipline de l'art dentaire pour traiter les dégradations de la pulpe dentaire et assurer la conservation de la dent dépulpée.

ENZYME : Anciennement dénommé diastase. Substance élaborée par l'organisme en quantité infinitésimale. On en compte des centaines. Chacune d'elles agit spécifiquement sur des combinaisons chimiques nécessaires à l'harmonie des mécanismes nerveux, immunologiques, organiques.

ÉPINE IRRITATIVE : Dégradation ou blessure ponctuelle, non douloureuse, avec ou sans présence bactérienne. Le tartre, une prothèse ou une dent indolore, « parfaitement soignée » peuvent constituer une épine irritative responsable de l'établissement d'un champ perturbateur dans les tissus de soutien.

ÉTIOLOGIE : Spécificité de la science médicale attachée à la recherche des causes prédisposantes et déclenchantes de la déficience ou de la maladie.

FACTEUR DÉCLENCHANT : Substance ou événement susceptible de déterminer le processus d'une pathologie.

FENESTRATION : Effondrement parcellaire de l'os qui recouvre la racine sous la gencive. L'extrémité de la racine demeure sous le tissu mou, sans protection de la trame osseuse.

GINGIVECTOMIE : Élimination chirurgicale du lambeau marginal de la gencive en voie de dégradation irréversible.

GINGIVOPLASTIE : Remodelage chirurgical équilibrant de l'anatomie des gencives.

INTERVENTION ODONTOLOGIQUE : Acte appliqué par le stomatologiste ou le chirurgien-dentiste. Soins spécialisés pour prévenir ou traiter, in situ, les dégradations des gencives, des mâchoires et du système dentaire.

LIGAMENT ALVÉOLO-DENTAIRE : Fibres de tissu conjonctif reliant la dent à l'os alvéolaire. Il constitue une suspension de l'organe. Lors de la mastication et du contact fonctionnel des dents, celles-ci se mobilisent légèrement. Les forces contraignantes sont atténuées.

IMMUNITAIRE : Processus organique voué au maintien de l'équilibre organique. S'y activent les systèmes lymphatique, nerveux, endocrinien, sanguin, les molécules, les électrons et les ions qui gravitent dans le milieu liquide intercellulaire. Des interférences et interactions détruisent et éliminent les antigènes.

INLAY : Pièce métallique de précision exécutée en laboratoire de prothèse pour obturer la cavité géométrique d'une dent soignée.

IRRITATION LATENTE : Dégradation indolore de la dent, de la gencive ou de l'os de la mâchoire susceptible, à certains moments, de déterminer des douleurs à distance ou des effets pathologiques dans l'organisme.

MALADIE FOCALE : Déficience ou maladie générale en rapport complexe avec la dégradation de n'importe quelle partie du corps. Exemple : l'infarctus, l'ulcère à la jambe, une tendinite, une tumeur ou une névrose peuvent être « satellites » d'une dent soignée, vivante ou morte.

MALADIE OPPORTUNISTE : Lorsque le système de défense de l'organisme contre toutes sortes d'anticorps s'épuise, l'organisme subit l'invasion par des germes bactériens.

Hier on parlait de « Microbes de sortie ». Aujourd'hui c'est une question de défaite ou de déficience immunitaire.

MEULAGE SÉLECTIF : Abrasion guidée des surfaces dentaires pour supprimer des dysfonctions entre les dents antagonistes.

MODULATION : Une quelconque déficience, une maladie ou une cicatrisation, après traumatisme ou chirurgie, peuvent subir des inflexions pathologiques déterminées par une dégradation occultée de la sphère bucco-dentaire.

NEURONE : Cellule nerveuse possédant un noyau dont le long prolongement, l'axone, peut atteindre quelques décimètres. L'énergie vibratoire le parcourt dans le sens centrifuge pour électrifier les tissus périphériques. D'autres courts prolongements de la cellule reçoivent des informations chimiques qui sont transformées en influx électrique dans le tissu cellulaire et dans l'axone.

NODULE : Formation tumorale arrondie mobile sous la peau ; en général bénigne à évolution chronique.

NÉCROSE : Mortification d'un tissu.

NICHE INFECTIEUSE : Réceptacle non vascularisé dans l'organisme. Des germes pathogènes peuvent s'y développer sans subir les assauts des forces immunitaires ; ils produisent des substances antigéniques qui peuvent épuiser le système de la défense.

ODONTOANALYSE : Analyse des processus des défaillances du corps ou de la mémoire par étude du système dentaire. Pour ce dernier thème, on pourrait dire « psychodontoanalyse ».

ODONTOTHÉRAPIE : Traitement des dégradations du système de la mastication dans le but d'évacuer la cause des déficiences et maladies générales mises en évidence par l'analyse médicale.

RHIZALYSE : Destruction de la racine provoquée par un phénomène naturel. Les racines des dents de lait disparaissent progressivement pendant que les germes des dents définitives grossissent et égressent. La rhizalyse peut être pathologique lors d'une évolution kystique dans la mâchoire ou après certains traitements dentaires ou traumatismes.

RESECTION APICALE : Suppression chirurgicale de la partie terminale de la racine après trépanation de la table osseuse. On élimine ainsi une zone d'ivoire irradiée de nombreux canaux en forme de « delta ». Ils ne sont pas tous perméables pour recevoir la pâte obturatrice ou pour être désinfectés.

STRESSOR : (terme anglais) : Facteur non spécifique, sans prise de conscience du sujet, susceptible de provoquer une perturbation de tous les systèmes de l'organisme. Exemple : bruit, contrainte de toutes sortes, tartre ou corps étranger implanté dans la gencive ou dent dégradée peuvent provoquer ou accentuer une décharge d'adrénaline ou de cortisone par les glandes surrénales. Le sujet est « stressé ». Hans Selye a expérimenté à propos du « Stress ».

SYMPTOMATOLOGIE : Spécificité de la science médicale attachée à l'étude des symptômes de la maladie. Exemple : exploration de l'ulcère d'estomac ou analyse d'un organe malade ou d'une tumeur. Suit le traitement localisé.

SYMPTÔME ITÉRATIF : Effet apparent de la déficience qui disparaît et se répète plusieurs fois.

SYSTÈME NERVEUX SYMPATHIQUE : Il prend sa source dans la moelle. Responsable de mécanismes involontaires dans l'organisme. Il agit sur le cœur et les contractions des vaisseaux. Il électrifie les poumons et le tube digestif. Sa lésion peut paralyser les fonctions correspondantes.

TRAITEMENT CANALAIRE : Attribut de la « dentisterie conservatrice ». Alésage et purification de la chambre pulpaire et du canal vasculo-nerveux. Suit l'obturation de tout le vide à l'intérieur de l'ivoire avec un matériau pharmaceutique non irritant.

TUBULI : Micro canaux transversaux dans tout le corps d'ivoire radiculaire et sous la protection d'émail. Ils contiennent des fibres qui transmettent certains messages au système nerveux. En cas de nécrose, ils constituent une voie pour les bactéries venues de la bouche.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBE-PESSARD D. et FESSARD A., *Recent advances on the Neurophysiological bases of pain sensation, Acta Neurobiol. Exp.* : 35 : 715-740, 1975.
- AMASSIAN V.E. et WALLER M.J., *Spatiotemporal patterns of activity in individual reticular neurons*, in H.H. Jasper et al. (eds.) 1959.
- BALINT M., *Le médecin, son malade et la maladie*. « Milroy » p. 89, Paris, 1972.
- BAUMGARTNER J.C., HEGGERS J.P. et HARRISSON J.W., *The incidence of bacteremias related to endodontic procedures*, J. endod. : 1. 135-41, 1976, *Surgical endodonties* ; 2. 399-402, 1977.
- BESOMBES A., *Procès du sucre aux 19^e Journées du comité National d'hygiène de Monte-Carlo*, Juin 1974.
- BINET L., *Gérontologie et gériatrie*, PUF, 1961, 46.
- BILLINGS F., *Chronical focal infection and their etiology Relation to arthritis and nephritis*, 1912.
- BLANC M., *Une nouvelle vedette la Bêta-endorphine*, *La Recherche* 74 : 86-87, 1977.
- BOLZONI M., *Le puzzle des enképhalines*, *La recherche* 71 : 886, 1976.
- BONNAFONT C., *Anna face à la folie*, *Psychologie*, 1979, IOS : 35-40.
- BOROWSKII E.V., *Les voies de pénétration et de répartition du calcium dans les tissus dentaires durs*, *Stomatologie russe*, 1957, 6 % 18-22.
- BOSSY, *Bases neurobiologiques des réflexothérapies*, Paris, 1975.
- BRABANT H., *Étude de la denture d'une communauté religieuse médiévale soumise à un régime non cariogène*, *Le Journal Belge*, 1960, 6 : 651-677.
- BRUKER M.O., *Krank durch Zucker, Der Zucker als Pathogenetischer Faktor*, *Helpfer Verlag*, E. Schwab, Bad. Hamburg V.D.H., 1970 : 50-51.
- BRUNEL AL. et VANNIER R., *Antiseptie de la dentine. Intérêt et limites*, Les entretiens de Bichat, 1967.
- BUTTNER W., *Conseils diététiques appliquées à la prophylaxie et au traitement de la carie dentaire*, *Médecine et hygiène*, Genève, 1961, 497 : 367-368.
- CANTONI, *La théorie du « Gate control system » peut-elle expliquer l'analgésie par acupuncture*, *Méridien* 21-22, 1973.
- CARTER E.L. (Rochester), *Contre-indication aux voyages aériens*, *Chir. dent. France* 23/6/77 : 23.
- CARTON P. *Soins dentaires individualisés*, p. 8, Paris, 1977.
- CASEY K.L. et MELZACK R., *Neural mechanism of pain : a conceptual model*, in *New concepts in Pain and its clinical management*, chap. 3, p. 13-31, F.A. Davis, Co., 1967.
- Chirurgien-dentiste de France, *Revue de presse*, Congrès médical de cardiologie, 1974, 224 : 43. *Revue de presse*, 1975, 242 : 33-36 ; *Revue de presse* 55-76 : 94 ; *Vivre en 1987*, 9.6.77 : 27.
- CONG R. et SENZER J., *Systemic distribution of 210 Pbo from root canal fillings*, J. Endod 2 : 381-384, 1976.
- COLLINS W.F., NULSEN F.E. et RANDT C.T., *Relation of Peripheral nerve fiber size and sensation in man*, « Arch. Neurol, (Chicago) », 3, 381-385, 1960.
- Conseil de l'Europe, C.D.F. 213 : 15-19, 1974.
- CORIGLIONE G., SCHILLACI C. et SCIBILIA S., *Su alcuni particolari aspetti etiopathogeneticeti e clinici della infezioni focali oculari*, *Minerva Oftal* 8 : 6, 208-217, 1966.
- COUJARD R., LEPOIVRE M., *Contribution à l'étude des fibres amyéliniqué de la pulpe dentaire*, *Actualités stomatologiques*, 1960, 51-316, Paris.
- COURTYS, *Quand les dents mordent le cœur*, *Guérir*, Oct. 1971, 20-22.

- DANTZER R., *L'illusion psychosomatique*, Paris, 1989.
- DAVID Ph. et Coll., *Immunologie bucco-dentaire*, Paris, 1985.
- DAVIDOVICCI M., POMPIANS, MIMIAC L., *Les affections focales d'origine bucco-dentaire chez le sportif*, in *Odontologie et stomatologie du sportif*, H. Lamendin edited by Masson, Paris, 1983, 35-41.
- DECHAUME M., *Réflexions sur les dangers créés par les foyers d'infection ou d'irritation gingivo-dentaire en chirurgie*, *Le Concours Médical*, 28/2/1970, 1958-1964.
- DECHAUME M., *Dystrophies dentaires, Précis de stomatologie*, Paris, 1963, 4^e Édit., 232-237.
- DECHAUME M., *Glandes génitales, Précis de stomatologie*, Paris, 1944 ; 712.
— *Faut-il recommander la fluorisation des eaux de distribution publique pour assurer la prophylaxie de la carie dentaire*, *Rev. Sto.*, 1962, 10 : 923-928.
- DECHAUME M. et coll., *Manifestation cérébrale d'une infection périapicale d'origine dentaire. Pathologie neuro-végétative probable*, *Revue de stomatologie*, 1962, 3 : 157-160.
- DELAY J., *La psychophysiologie*, PUF, 1965, 113.
- DELAY et DENIKER, *Neurologie, Médicaments psychotropes*, AEMAUER, Médecine d'Amiens 1978 ; 277.
- DESCROZAILLES CH., *Le problème de l'infection focale*, *Revue d'odonto stomatologie*, Tome IV, n° 2, 1975, 97-115.
- DORSCH P., *Introduction à la neuralthérapie avec les anesthésiques locaux*, Verlags anstalt tyrolia, Innsbruck, 1974.
- EDWARDJ M.J. ; *Fièvre de la mère et anomalies congénitales*, *Sciences et avenir*, 1973, 316 : J12.
- FAUCHIER P. DAVID P., TONNELIER P. et Coll., *La Salive, Biologiste et praticiens*, Paris.
- FAYARD, *Les maladies à haut risque, Tonus II : I*, 1979.
- FEIGLIN B. et READE P.C., *The distribution of 14C leucine and 85SR labeled microspheres from rat incisor root canals*, *Oral Surgeon* 47 : 277-281, 1979.
- FERREIRA S.H. et VANE J.R., *Les prostaglandines. Inhibition of prostaglandine Biosynthesis : an Explanation of the Therapeutic Effects of Non-Steroid Anti-Inflammatory Agents*, p. 345-357, Inserm Éd., 1973.
- FORMAN W. et BURLAND C.A., *Marco Polo Braun* 105-115, 141, 174, 1971.
- GAILLARD A., *Le coût de la carie en France*, *Revue de stomatologie* n° 4-5/IV-V/1964, 190-195.
- GRASSIOLE M., *Place de l'odonto stomatologiste en médecine du Sport. Étude à propos du cyclisme de compétition*, *Thèse dentaire*, 1982, Toulouse.
- GINET J.D., LEMARTRET J.B. et GUIHENEUC, *Conduction et contrôle des messages douloureux*, *Sciences et recherches Odontostomatologiques*, 1972, 6, 43-44.
- GOLDWORTHY N.E., *Diététique et Hygiène dentaire en Australie*, *Médecine et Hygiène*, Genève, 1960, 453 : 71.
- GRENIER J.P., *Néphropathies et cavité buccale*, *Entretiens de Bichat*, Éd., Expansion Scientifique, 1970.
- GRIBENSKI A., *Les deux voies du Système Auditif*, *La Recherche* 39 : 998-1 000, 1973.
- GRUMBERG M., *Foyers d'infection et leurs maladies satellites*, Paris, 1967.
- Guérir* (le Nouveau), *Médecine — Péril à distance*, 2 : 5, 1973.
- HALPERN B.N., *Substances histamino-libératrices et processus de libération d'histamine endogène*, *Rapport au III^e Congrès international d'allergologie*, Paris, 1958 ; Paris Éd. Med. Flammarion, 1958.
- HANEMANN S., *Doctrine homéopathique ou Organon*, Traduction Schmidt, Genève, Vigot Frère, 1952 ; Paragraphe 252 : Au sujet de « la cause occasionnelle ».
- HARDWICK J.L., *The incidence and distribution of caries through the ages in relation to the Englishman diet*, *British Dent.*, 1960, 108 : 9-17.
- HIRSCH M. et FLEURY R., *L'infection focale*, *Entretiens de Bichat*, 1969.

- HARRER G., *Kritische Bemerkungen zur zisternalen Impletoltherapie*, dans VOSS Deshalb Neuraltherapie M.L. Verlag Uelzen.
- HEMMELE B., *Répercussion de l'infection focale sur l'organisme*, Revue mensuelle Suisse d'odontologie N° 9, Septembre 1965, p. 908-914.
- HUNEKE F., *Focus problems and sekundnen phänomen*, MÜch Med. Woch. 1951, 521-528.
- IGGO A., *Remarques critiques concernant la théorie du gate-control*, in *la Douleur*, Éd. By R. Jansen W.D. Keldel, A. Hertz C. Steic p. 133, Paris, 1973.
- JUANEDA R., *Odontologie conservatrice et infection focale*, in CDF p. 27-33, 1984.
- KEYNES, *Les canaux ioniques des cellules nerveuses*, *Scientific American*, Mai 1970, 35-54.
- KOESTLER A., *Janus*, Traduction de l'anglais G. Pradier, Paris, 1979 ; Prologue 13-32.
- KOUBI D., *Psychoglucidisme*, Conférence, Toulon, 1963.
- *Saccharidose et Psychoglucidisme*, Congrès International d'Istanbul, 1966.
 - *Au sujet de la neuralthérapie en odonto-stomatologie*, *Chir. Dent. de France*, 1975, 25° : 61.
 - *Approche clinique des dérèglements somatiques et psychiques, satellites des irritations chroniques du système bucco-maxillo-dentaire : la saccharidose*, Congrès odontologique International Athènes, 1976.
 - *Déterminisme dentaire dans la pathologie générale*, Société d'Homéopathie odontostomatologique de Provence, Marseille Inf. Dent., 8.5.78, 37 : 45.
 - *Déterminisme parodontal et pathologie générale*, Congrès National de Turquie, Marmaris 29.5.80.
 - *Bases fondamentales du bien-être*, Le C.d.F., 26.1.84.
 - *Les dents c'est la vie*, Paris, 1984.
 - *A propos des affections d'origine dentaire*, Médecine du Sport, Congrès National, 1986.
 - *Les dégradations organiques d'origine bucco-dentaire*, Congrès des hygiénistes du Québec, Montréal, 1990.
- LABORITH H. et VALETTE N., *Sur les Mécanismes d'action centraux de l'Hypertension Artérielle Essentielle*, G. Med. Fr. 82, 2899-2900, 1967.
- LAMENDIN H., *A propos des relations entre état bucco-dentaire et pratique sportive*, *Le chirurgien dentiste de France*, 267, p. 31, 1984.
- LE BARS D., *Le rôle des Enképhalines dans la transmission des Messages Dououreux*, *La recherche* 85 : 72-76, 1978.
- LE MAGNEN J., *Psychosomatique et obésité ; Stress et Obésité*, *La recherche*, Sept. 76, 777-778.
- LEPOIVRE M., *Les complications de l'infection radiculo-pulpaire ; Dents dépulées et pathologie générale, L'expansion*, Éd., 1967, 19-20.
- LEPOIVRE M., COMMISSIONAT Y., CHIKNANI P., PIERRE F. et LECACHEUX L., *Retentissement à distance des foyers microbiens dentaires*, *La revue de stomatodontologie du Nord de la France*. 73 : 17-38, 1964.
- LEPOIVRE M. et Coll., *Prélèvement bactériologique des dents dépulées*, *Concours médical*, 1965.
- LEPOIVRE M., AOS N° 107, *Dents dépulées et pathologie générale*, Éd. By Expansion, Paris, 1967, p. 6-7, 19-44, 53-66.
- LERICHE R., *Bases de la Chirurgie Physiologique*, Paris, 1955 ; Préface des indications d'infiltration du ganglion stellaire, Arnule G., Paris, 1942.
- LLINAS R., *La forme et la fonction des cellules nerveuses*, *La recherche*, 43, 1974, 5 : 234-240.
- MACLEAN B. et GUYOT R., *Les trois cerveaux de l'homme*, Paris, 1990.
- Mac Millan, *Etiology, Pathology and Prevention*, Londres, 1981.
 - Maknen K.K. Sippme H.L. et Mac Nut K.W., *Sugars in Nutrition*, Acc. Press. New York, 74 : 645-687.
- MAMO H., *La Douleur, Aspects physiologiques, physiopathologiques et incidences thérapeutiques*, Baillière et Fils Éd., 1958, 1^{re} édition et Paris 1968, 2^e édition.
- MATHE G., *Le cancer*, 35, 60, 67, 72, 108, 127, 138, 147-148, Paris.

- MAYTIC A., *Aspect évolutif de la carie dentaire de la préhistoire à nos jours*, Actualités Od. Sto., 1973, 27 : 767-784.
- MEYER, J. BAUME L.S., *Structure de la dent*, Revue Suisse d'Od. Sto, 1966, I : 48-49.
- MINGARI M., *Recherche de la carie dentaire dans la population scolaire dans la région de fluorose endémique en Sicile*, Castel de Indice-Mondo Odonto-stomatologie, 1961, 2 : 21-30.
- MOORER et Coll., *La parodontite apicale chronique*, *Information dentaire*, vol. 63, N° 42, p. 4041-4056, 1981.
- NEVREZE DE, *Le tempérament dentaire — Pratique odonto-stomatologique*, Genève, 1949, feuillet 226.
- OLDS J. et MILNER P., *Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal ares and other regions of rat brain*, *J. Comp. Physiol. psychol.* 47 : 419-27, 1954.
- Organisation Mondiale de la Santé, *Alerte à la carie dentaire*, *Le Chir. Dent. de France*, 1974, 213 : 37-38.
- OSWALDS R.M. et SOLIN S.A., *Systemic distribution of lead from root canal fillings*, *J. endod* 59-63, 1975.
- PACALIN et RUMEAU, *Les avantages et les risques des sucres artificiels*, *Le Monde*, 4.10.76.
- PACE G.M., *La bouche ou la vie*, *Express* 25.7.77, adapté par Monique Maire, *Chir. Dent. de France*, 13.4.78.
- Paris Match*, *Une dent peut menacer tout votre organisme*, 19.10.74, 100.
- PELZ G., *Cahiers de la société de Neuralthérapie*, 1977.
— *Place de la neuralthérapie dans la médecine moderne*, 1966, *Cahiers de Biothérapie* 12 : 233-40.
- PIERRE F. et FOURRESTIER J., *Quelques renseignements sur l'état de la denture du Français à l'âge du service militaire*, *Inf. Den.* 1968, 51 : 4827-4829.
- PRESMAN A.S., *Electromagnetic Fields and life*, traduit du Russe par Sinclair F., 1970, Plenum Press. N.Y., London.
- REID G., *Neuralige Therapie Perienzephaler und Enzephaler Prozesse durch zisternale impletol — und Novocaïnterapie*, Manuscrit, 1957.
- REILLY J., RIVALLIER E., COMPAGNON A., LAPLANE R., *Hémorragies, Lésions Vasculaires et Lymphatiques du Tube Digestif déterminées par l'injection périscoplanchnique de substances diverses*, 1934, *C.R. Soc. Biol.* (Paris), 116 : 24.
- REXED B., *Some aspects of the cytoarchitectonics and synaptology of the spinal cord*. *Progress in Brain Research*, col. 11, 58-92, Elsevier, Amsterdam, 1964.
- RICKER G., *Allge Pathophys vom A.D. Speransky*, Stutt. Gart. Hippokrates Verlag, 1948.
- SACQUÉPÉE R., *Traitement des surdités brusques par infiltration stellaire*, *Cong. Soc. Franc. d'ORL*, Pathologie cervico-faciale, oct. 1970.
- SHERRINGTON, *Chemical communication within the nervous system and its disturbances in disease*, Édité. A. Taylor ans Mt Johnes, Oxford, Pergamous Press, 1978.
- SCHMIDT R.F., *Control of the access of afferent activity to somatosensory pathways*, in *Handbook of Sensory Physiology*, vol. 2, Éd. by Iggo, chap. 6 p. 151-206, Springer Verlag, Berlin, 1973.
- Science et Vie*, *Les émotions*, 11, 1989.
- SELYE H., *A Syndrome Produced by Diverses Nocuous Agents*, 1936, *Nature*.
- SELYE H., *The Physiology and the Pathology Expressure of the Stress*, Acta, Inc. Med. Montreal, 1950.
- SEZE S. DE, par Solnica J. *Les décalcifications vertébro-pelviennes diffuses*, *Medica* 1970, 80 : 3-23.
- SHEALY C., MORTIMER J. and HAGFOR N., *Dorsal column electro-analgesia* *J. Neurosurg* 32, 560-64, 1970.
- SIMON E.J., *Le Récepteur de la Morphine*, 1977, *La Recherche*, 78 : 416-23.
- SINDOU M., *Étude de la jonction radiculo-médullaire postérieure ; la radicellectomie postérieure sélective dans la chirurgie de la douleur*, Thèse Médecine de Lyon, 1972.
- SPERANSKII A.D., *A basis for the Theory of Medecine*, New York, 1936.

- STARENSKYJ Danièle, *Le mal du sucre*, Québec, 1981.
- SZENTAGOTHAI J., *Neuronal and synaptic arrangement in the substantia gelatinosa*, « J. Comp. Neurol. » 122, 219-239, 1964.
- STEPHENS R., *Le dilemme national de la carie chez les enfants en Grande-Bretagne*, *Brit. Dental. Jour.* 4 : 343-349.
- TELLIER S., *Contribution clinique à l'étude des septicémies d'origine Bucco-dentaire*, *Revue stomato*, 5, 67, Paris, 1903.
- TREMOLIÈRES J., *Où est la Science de la Nutrition ?*, *Science et recherche Odon. Stom.* 1971, 8 : 49-63.
- VILLEMIN F., *Stress et Immunologie*, Paris, 1989.
- VINCENT J.D., *Biologie des passions*, Paris, 1986.
- WALL P.D., *Presynaptic control of impulses at the first central synapse in the cutaneous pathway*, *Progress in Brain Research*, vol. 12, 92, 115, Elsevier, Amsterdam, 1964.
- WALL P.D. and SWETT W.H., *Temporary Abolition of Pain in Man*, *Science* 155, 108-109, 1967.
- WALL P.D. et MELZACK R., *Dupleix theory of the mechanism of cutaneous sensation*, XXIII^e Internat. Congress Of Physiological Science, Tokyo, 234-247, 1965.
- WALLON H., *A travers nos enfants apprenez qui vous êtes*, *Express*, 13.13.62, *Les origines du caractère*, Coll. Sup. 1950.
- WAUGHT D. et WAUGHT L., *Effects of natural and refined sugars on oral lactobacille and caries among primitive eskimos*, *Amer. I. Dis. Chied*, 1940, 59 : 483-484.
- WILLEM J.-P., *L'homéopathie*, Paris.
- WILLIS A.L., *Prostaglandins, Peptids and Amines*, p. 31-38, 1969. Éd. Mantegazza, W.E. Horton N.Y. and London, Plenum Press.
- WILLIS A.L., DAVISON P., RAMWELL P.W., BROCKLEURST W.E. & SMITH B., *Prostaglandins*, in *Cell. Biol.* Ed. Ramwell & B.B. Pharris 227-59, Plenum Press, N.Y. ans London, 1972.
- WOLFROM R., CHARPIN et HALPERN B.N., *Maladies allergiques*, Paris, 1963.