



HAL
open science

Les soins de la bouche chez l'enfant au XVIIIème siècle

Aline Bitte

► **To cite this version:**

Aline Bitte. Les soins de la bouche chez l'enfant au XVIIIème siècle. Sciences du Vivant [q-bio]. 2010. hal-01738817

HAL Id: hal-01738817

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01738817>

Submitted on 20 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ACADÉMIE DE NANCY-METZ

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ NANCY 1

FACULTÉ D'ODONTOLOGIE

Année 2010

N° 3239

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR

EN CHIRURGIE DENTAIRE

par

Aline BITTE

Née le 09 Avril 1982 à METZ (Moselle)

**LES SOINS DE LA BOUCHE CHEZ L'ENFANT
AU XVIIIème SIÈCLE**

Présentée et soutenue publiquement le 9 Avril 2010

Examineurs de la thèse :

<u>Madame C. STRAZIELLE</u>	Professeur des Universités	Président
Monsieur F. JANOT	Professeur des Universités	Juge
Madame D. DESPREZ-DROZ	Maître de Conférences	Juge
Monsieur A. WESTPHAL	Maître de Conférences	Juge
Madame C. CLEMENT	Docteur en Chirurgie Dentaire	Juge

Président : Professeur J.P. FINANCE

Doyen : Docteur Pierre BRAVETTI

Vice-Doyens : Pr. Pascal AMBROSINI - Dr. Jean-Marc MARTRETTE

Membres Honoraires : Dr. L. BABEL - Pr. S. DURIVAUX - Pr. G. JACQUART - Pr. D. ROZENCWEIG - Pr. M. VIVIER

Doyen Honoraire : Pr. J. VADOT

<p>Sous-section 56-01 Odontologie pédiatrique</p>	<p>Mme <u>DROZ Dominique (Desprez)</u> M. PREVOST Jacques M. BOCQUEL Julien Mlle PHULPIN Bérengère M. SABATIER Antoine</p>	<p>Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant Assistant</p>
<p>Sous-section 56-02 Orthopédie Dento-Faciale</p>	<p>Mme <u>FILLEUL Marie Pierryle</u> M. BOLENDER Yves Mlle PY Catherine M. REDON Nicolas</p>	<p>Professeur des Universités* Maître de Conférences Assistant Assistant</p>
<p>Sous-section 56-03 Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie légale</p>	<p>M. <u>Par intérim ARTIS Jean Paul</u> Mme JANTZEN-OSSOLA Caroline</p>	<p>Professeur 1^{er} grade Assistant</p>
<p>Sous-section 57-01 Parodontologie</p>	<p>M. <u>AMBROSINI Pascal</u> Mme BOUTELLIEZ Catherine (Bisson) M. MILLER Neal M. PENAUD Jacques M. GALLINA Sébastien M. JOSEPH David</p>	<p>Professeur des Universités* Maître de Conférences Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant</p>
<p>Sous-section 57-02 Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique Anesthésiologie et Réanimation</p>	<p>M. <u>BRAVETTI Pierre</u> M. ARTIS Jean-Paul M. VIENNET Daniel M. WANG Christian M. BALLY Julien M. CURIEN Rémi Mlle SOURDOT Alexandra</p>	<p>Maître de Conférences Professeur 1^{er} grade Maître de Conférences Maître de Conférences* Assistant Assistant Assistante</p>
<p>Sous-section 57-03 Sciences Biologiques (Biochimie, Immunologie, Histologie, Embryologie, Génétique, Anatomie pathologique, Bactériologie, Pharmacologie)</p>	<p>M. <u>WESTPHAL Alain</u> M. MARTRETTE Jean-Marc Mlle ERBRECH Aude</p>	<p>Maître de Conférences* Maître de Conférences* Assistante Associée au 01/10/2007</p>
<p>Sous-section 58-01 Odontologie Conservatrice, Endodontie</p>	<p>M. <u>ENGELS-DEUTSCH Marc</u> M. AMORY Christophe M. MORTIER Eric M. CUNY Pierre M. HESS Stephan Mlle PECHOUX Sophie</p>	<p>Maître de Conférences Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant Assistante</p>
<p>Sous-section 58-02 Prothèses (Prothèse conjointe, Prothèse adjointe partielle, Prothèse complète, Prothèse maxillo-faciale)</p>	<p>M. <u>SCHOUVER Jacques</u> M. LOUIS Jean-Paul M. ARCHIEN Claude M. DE MARCH Pascal M. BARONE Serge Mlle BEMER Julie Mlle RIFFAULT Amélie Mlle MONDON Hélène M. SIMON Franck</p>	<p>Maître de Conférences Professeur des Universités* Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistant Assistante Assistante Assistant Assistant</p>
<p>Sous-section 58-03 Sciences Anatomiques et Physiologiques Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie</p>	<p>Mlle <u>STRAZIELLE Catherine</u> M. RAPIN Christophe (Section 33) Mme MOBY Vanessa (Stutzmann) M. SALOMON Jean-Pierre Mme JAVELOT Cécile (Jacquelin)</p>	<p>Professeur des Universités* Professeur des Universités Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistante Associée au 01/01/2009</p>

souligné : responsable de la sous-section

*temps plein

Mis à jour le 01.02.2010

*Par délibération en date du 11 décembre 1972,
la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que
les opinions émises dans les dissertations
qui lui seront présentées
doivent être considérées comme propres à
leur auteur et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation*

A notre président et directeur de thèse

Madame le Professeur Catherine STRAZIELLE

Docteur en Chirurgie Dentaire
Professeur des Universités
Habilité à diriger des Recherches par l'Université Henri
Poincaré, Nancy-I
Responsable de la sous-section : Sciences Anatomiques et
Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique,
Radiologie

Nous vous remercions du très grand honneur que vous nous avez fait en acceptant la direction et la présidence de cette thèse.

Nous vous sommes très reconnaissante de nous avoir permis de découvrir d'autres façons d'envisager la dentisterie, lors de nos stages à la Maison Hospitalière Saint-Charles, à la M.A.S. J-B Thiery et bien sûr lors de notre expédition en Equateur avec l'Association San Roque qui restera de loin l'expérience la plus marquante pour nous.

Nous avons été très touchée par la confiance, la disponibilité et les conseils que vous nous avez accordés tout au long de nos études.

Que ce travail soit pour vous la preuve de la gratitude et de la sympathie que nous vous témoignons.

A notre juge

Monsieur le Professeur Francis JANOT

Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur en Egyptologie
Habilité à diriger des recherches
Professeur associé
Ancien membre scientifique de l'Institut Français
d'Archéologie Orientale du Caire

Nous vous sommes infiniment reconnaissante de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger cette thèse.

Nous vous prions de trouver ici le témoignage de notre gratitude et de notre profond respect.

A notre juge

Madame le Docteur Dominique DESPREZ-DROZ

Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur de l'Université Henri Poincaré, Nancy-I
Maître de Conférences des Universités
Responsable de la sous-section : Odontologie pédiatrique

Nous avons apprécié l'intérêt immédiat que vous avez manifesté pour notre sujet de thèse et nous vous remercions d'avoir accepté de nous faire l'honneur de participer à ce jury.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance pour la gentillesse, la pédagogie et le soutien que vous apportez à chacun d'entre nous en clinique.

A notre juge

Monsieur le Docteur Alain WESTPHAL

Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur d'Etat en Odontologie
Maître de Conférences des Universités
Responsable de la sous-section : Sciences biologiques
(Biochimie, Immunologie, Histologie, Embryologie, Génétique,
Anatomie pathologique, Bactériologie, Pharmacologie)

Nous avons été touchée par la confiance que vous nous avez témoignée en acceptant de juger cette thèse.

Nous vous remercions pour la disponibilité que vous avez manifestée à notre égard, en particulier lors de notre stage de 6^{ème} année ou de nos enseignements optionnels.

Que ce travail soit pour vous la preuve de la reconnaissance et de l'estime que nous vous témoignons.

A notre juge

Madame le Docteur Céline CLÉMENT

Docteur en Chirurgie Dentaire
Ancienne Assistante de la sous-section : Prévention,
Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie légale
Praticien-Hospitalier vacataire, Centre de soins de la Faculté
d'Odontologie de Nancy

Nous apprécions l'honneur que vous nous
avez fait en acceptant spontanément de participer
à notre jury de thèse.

Nous vous prions de trouver ici le
témoignage de notre gratitude et de notre profond
respect.

Remerciements

A mes parents,

C'est grâce à votre soutien infaillible que j'atteins enfin mon but. Un grand merci à maman pour ces nuits blanches passées à mes cotés. Papa, je crois que ton dicton « il n'y a que le résultat qui compte » prend maintenant toute son ampleur...
Je vous souhaite de continuer à vivre dans le bonheur que vous nous faites tant partager.

A Anthony, mon Amour

Parce que notre vie est la plus belle, et tant pis pour les jaloux.
Tu me supportes (dans tous les sens du terme...) quoiqu'il arrive et je t'en remercie du fond du cœur. Je t'aime.

A Sophie, ma petite sœur

Je t'adore tout simplement...
Nos week-end passés ensemble son toujours très sympa et j'espère que nous aurons l'occasion d'en faire beaucoup d'autres.
J'espère que tu vas arrêter de te prendre la tête et réussir à satisfaire tes ambitions.
Je vous souhaite tout plein de bonheur à toi et Bastien.

A Pierre-Olivier, mon petit frère

Je t'adore aussi...
Tu nous a toujours laissées jouer à merveilles notre rôle de grandes sœurs, bon c'est vrai parfois nous t'avons un peu pris pour notre poupée ! Maintenant tu fais partie de « notre monde étudiant » et c'était vraiment super de t'avoir cette année à Nancy. Je te souhaite donc des années de fac aussi bien remplies que les nôtres et je ne doute pas que tu trouveras ta voix...

A toute ma famille,

Vous avoir à mes côtés aujourd'hui me comble. J'espère que nous en aurons encore souvent le privilège.

A Gilberte, Sylvain et Marie

Maintenant vous êtes aussi ma famille, merci pour votre accueil toujours très chaleureux. Marie, je te souhaite plein de courage et de réussite dans tes études.

A tous les enseignants de la Faculté d'Odontologie de Nancy, pour leurs bons conseils et le partage de leur savoir.

Au personnel des Services dentaires de l'hôpital Jeanne d'Arc et de Brabois Adulte.

Au Professeur Jean Floquet

Un grand merci pour votre accueil et pour m'avoir permis l'accès à la bibliothèque du Musée d'Histoire de la Faculté de Médecine de Nancy.

Au Docteur Anne Raspiller-Creutzmeyer

Un grand merci pour ton soutien, ta disponibilité, et surtout pour ta patience. J'ai hâte de reprendre le boulot...

Et à tout le personnel du 57A Avenue Foch à Nancy.

A mes amis,

Florence, tu es mon amie de longue date et je t'adore ! Que de souvenirs partagés, et bien sûr une pensée pour notre virée en Irlande ! Les « doggy-bag » emportés après chaque invitation à dîner sont certes honteusement mais toujours plus que volontiers acceptés ! (oui, oui,... tes talents de cuisinière vont être connus de tous).

Je vous souhaite de poursuivre dans le bonheur avec Christophe, vous m'avez l'air bien parti...

Fabienne, saches que même si nous n'avons plus l'occasion de nous voir si souvent, tu comptes toujours autant pour moi et je vous souhaite une belle vie dans votre futur « chez vous » avec Bruno et Ilan.

Tatache, ta bonne humeur et ta joie de vivre font chaud au cœur. J'ai hâte de fêter la pendaison de crémaillère...

Reste telle quelle, c'est comme ça qu'on t'aime.

Marion (la messine) et **Marion** (la strasbourgeoise), parce que malgré l'éloignement nos amitiés restent sincères.

A toute ma promo, et tous ceux qui ont égaillé mes années de Fac et en particulier :

Lucie, ma coloc' de choc

Cette expérience fut certes de courte durée (encore mille excuses), je n'ai pas toujours su être là pour toi mais saches que j'ai adoré vivre avec toi. J'ai souvent un pincement au cœur en repensant à notre magnifique maison. Je sais que nous allons maintenant nous retrouver différemment, et je ne laisserai pas le temps nous éloigner.

Nos après-midi « quicailleterie » pourrait bien reprendre du service...

Je te souhaite tout plein de bonheur en amour.

Josépha, ma « Rosepha »

J'aurai bien des dizaines de surnoms affectifs à te donner mais nous garderons ça pour nous... Je crois que tu es bien partie pour être mon amie pour la vie ! Et même s'il nous arrive de rester parfois des mois entiers sans nous contacter, cela ne change rien car je te considère comme une deuxième petite sœur...

Damien, tu restes mon « voisin », mon « papa » et bien entendu mon véritable ami. Tu as toujours été là pour moi, quelles que furent les circonstances. Une pensée pour ton ancien appart..., non, vraiment nous ne l'avons pas loupé ! Merci de mettre une petite touche sportive dans notre groupe, c'est promis je vais m'y mettre un peu plus. Tu as tous mes encouragements pour l'iron man !

Caro, Houss, mon « mentor » des festivités !

Une pensée pour nos petites virées aux 4 coins de France, avec quelques règles de bases, ne jamais sortir sans accessoires chics & chocs, lunettes et boa oblige !

A quand notre prochain petit week-end bourguignon ?

Tout plein de bonheur avec Virgile.

Marion, la détermination avant tout ! Tu es parfaite pour motiver les troupes, la preuve, t'accompagner à la piscine cette année est une excellente idée, même s'il devient urgent d'améliorer nos conversations sous l'eau, sinon comment allons-nous pouvoir partager nos potins ? Désolée de ne pas avoir pu partager plus de temps au sec avec toi, mais je sais que nous allons nous rattraper. Je te souhaite plein de bonheur avec Tomtom.

Ganache, en bons souvenirs de nos jeunes années estudiantines ! Nous n'en dirons pas plus. Si ce n'est que, si les aquariums sont en verre, ça n'est pas sans raison. Du coup, les cactus sont bien plus faciles à élever !

J'ai hâte de te rendre une petite visite lilloise. Je te sais comblée et je m'en réjouis.

Bob, mon pote préféré (ça va faire des jaloux !) parce que tu sais tellement être insupportable quand tu veux ! Surtout ne change pas (c'est là que les autres se marrent, ils aimeraient tant !) Tu représentes pour moi la jeunesse éternelle. Promis, je ne louperai plus aucun carnaval...

Et **Sophie**, « la sagesse » (c'est étymologique !), la gentillesse et la douceur incarnée. Quel couple ! Tout plein de bonheur, en attendant de fêter un heureux événement en 2011...

Anne-Sophie, ou la Morue pour les intimes

C'est fou comme avec le temps ne subsistent que les bons souvenirs car j'ai l'impression que notre P1 était vraiment sympa (pourtant j'en doute). Nous avons un même but, pouvoir entrer à la fameuse « Fac à dents ». Et nous voilà déjà, sorties ! J'espère que nous reprendrons bientôt nos après-midi goûters...

Mélissa, ma Bobinette, tu es géniale, ne change surtout pas.

Pipo et Elo, mes voisins de quartiers !

Pipo tu as été le binôme idéal et passer après toi dans un cabinet reste une valeur sûr...
Ne t'inquiète pas je compte bien être à nouveau assidue à nos apéro du vendredi...
Elo, merci pour ton soutien, je suis impatiente de regarder nos films de « filles » les soirs de match !

Chasha et Nini, vous êtes la bonne humeur incarnée, un couple parfaitement accordé, je suis fière de vous compter parmi mes amis.

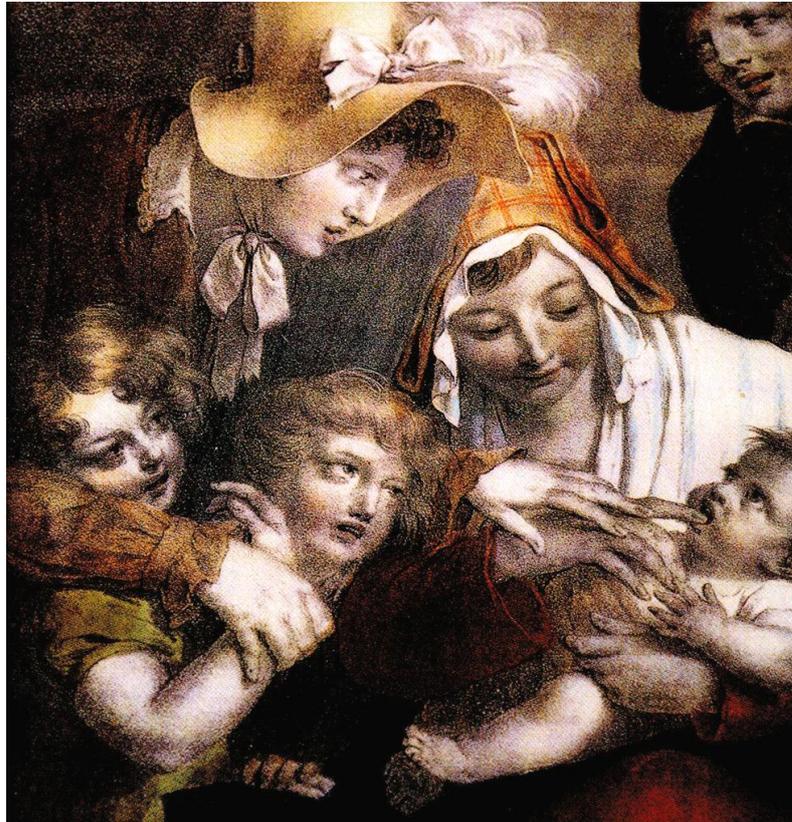
Mike et Martha, merci pour l'accueil chaque fois plus chaleureux, plein de surprise, toujours parfait, à ton image Mike. Vive Madrid !

François et Marion, vivement qu'on reprenne nos petites bouffes tous les quatre, et les virées à Sarrebruck. Merci à pour tous coups de pouce et les bons conseils...

Charly et Cicy, pour votre humour, votre sincérité, votre présence à mes cotés. Commencez à réfléchir à notre prochain W-E Lillois...

Et à tous les autres qui complètent ma « bande de potes » : **P'tit Mat', Maud, Oliv', Tom, Thyphaine, J-S, Gaut', Val, Brunbrun, Dida, Manon, Laurent et Hélène, Julie, Juliette, Derf, Jérem'**, sans oublier bien sûr les **amis de Spicheren** (à quand le prochain festival ?) et tous les autres ayant partagés un bout de ma vie...

Les soins de la bouche chez l'enfant au XVIIIème siècle



La première dent, tableau de Louis Théopold Boilly (1761-1845)

SOMMAIRE

Introduction.....	16
I. Le contexte historique	17
I.1. La situation politique et sociale	17
I.2. La société française.....	19
I.2.1. La France des campagnes	19
I.2.2. La France des villes	19
I.3. La présence de l’Eglise	20
I.4. Le siècle des « Lumières ».....	21
II. L’enfant dans la société du XVIIIème siècle	24
II.1. Données démographiques	24
II.1.1. Effectifs de la population	24
II.1.2. Organisation familiale.....	24
II.1.3. Natalité.....	26
II.1.4. Espérance de vie	26
II.1.5. Mortalité.....	26
II.1.6. Diminution des descendance	29
II.2. Evolution du statut de l’enfant.....	29
II.2.1. Le statut social	29
II.2.2. L’enseignement scolaire	33
II.2.3. Les enfants abandonnés	35
II.3. L’industrie nourricière	37
II.3.1. Les nourrices sur lieux	38
II.3.2. Les nourrices au loin.....	38
II.3.3. Les mauvaises conditions de la mise en nourrice	40
II.3.4. Les changements après 1760	42
II.4. L’alimentation.....	43
II.4.1. L’allaitement	43
II.4.2. L’alimentation artificielle	45
II.4.3. Le sevrage	52
II.4.4. L’alimentation des adultes	54
II.5. L’hygiène corporelle.....	56
II.5.1. L’hygiène urbaine	57
II.5.2. L’hygiène individuelle.....	60

II.6.	La santé de l'enfant.....	69
II.6.1.	Les maladies de l'enfant	72
II.6.2.	La thérapeutique	72
II.6.3.	Les soigneurs	73
III.	La santé bucco-dentaire de l'enfant au XVIIIème siècle.....	75
III.1.	Les connaissances générales acquises par les « Experts pour les dents » .	75
III.1.1.	Nature et propriétés des dents	77
III.1.2.	Développement dentaire	82
III.2.	Diagnostic et traitement des maladies de la bouche chez l'enfant	93
III.2.1.	Les accidents d'éruption de la première dentition	94
III.2.2.	Les anomalies dentaires	125
III.2.3.	La carie	134
III.2.4.	Les traumatismes	146
III.2.5.	Le bon arrangement des dents	149
III.2.6.	Hygiène et Prévention.....	156
III.2.7.	Approche psychologique de l'enfant	161
	Conclusion.....	165
	Annexes.....	166
	Eléments de biographie des auteurs cités.....	167
	Table des figures.....	173
	Table des références bibliographiques.....	176
	Table des matières.....	185

Introduction

Le XVIIIème siècle ou siècle des Lumières voit l'explosion des connaissances médicales, de l'industrie et du progrès, ceci grâce au développement de l'empirisme prôné par Diderot et Voltaire et appliqué par les scientifiques de l'époque et d'un mode de pensée plus rationnel dont Descartes avait déjà posé les fondements au siècle précédent.

En 1699, la dentisterie prend naissance par la promulgation d'un Edit Royal. Ce dernier régleme la profession et oblige les dentistes à se former et passer un examen pour accéder au titre d'« Expert pour les dents ». Cette loi permit à notre profession de prendre son essor et son autonomie vis-à-vis de la médecine et de la chirurgie. Cette indépendance se révèle par la profusion des ouvrages de dentisterie qui sont apparus au cours du siècle, celui de Fauchard publié en 1728 étant le premier et le plus connu.

Avant les Lumières, l'approche de l'enfant ainsi que les soins ne diffèrent guère de ceux des adultes. Le XVIIIème siècle, particulièrement dans sa seconde moitié, prend conscience de l'enfant en tant qu'être individuel et autonome, il peut avoir sa propre conception de la vie et du monde qui l'entoure. L'enfant trouve sa place et on lui offre un épanouissement. Les médecins s'inquiètent de sa santé, le progrès le plus retentissant de la fin du siècle étant la variolisation.

Les dentistes ne sont pas en reste car les maux dentaires du nourrisson et du jeune enfant étaient dangereux sinon mortels à cette époque. Ainsi certaines publications dentaires se concentrent sur les soins spécifiques à l'enfant.

Notre ouvrage se consacre à ces écrits qui traitent des soins de la bouche préventifs et curatifs, en s'appuyant sur les connaissances acquises à cette époque.

Pour mieux comprendre les soins dispensés au XVIIIème siècle, nous avons jugé nécessaire d'étudier le contexte historique et social de ce siècle, et de développer certains facteurs comme l'hygiène, les installations sanitaires, l'alimentation qui sont des facteurs primordiaux de la santé publique et de la prévention de la santé bucco-dentaire.

En préambule, nous pouvons déjà dire qu'à l'aube du XIXème siècle, toutes les bases de l'odontologie pédiatrique sont posées.

I. Le contexte historique

(Bély et Hugonie, 1988 ; Lambin, 2001)

Afin de mieux cerner les particularités du XVIIIème siècle en France (Fig. 2), il nous a semblé nécessaire de faire le point sur la situation politique et sociale, qui aboutit à la Révolution de 1789, la France des campagnes et des villes, l'essor du commerce et les débuts de l'ère industrielle, la présence de l'Eglise et son rôle social, et enfin, la culture, les sciences et la philosophie des Lumières.

I.1. La situation politique et sociale

Au XVIIIème siècle, la France prospère, mais l'Etat est en difficulté.

La croissance démographique est incontestable dans toute l'Europe. En France, la population passe de 22 à 29 millions d'habitants en cent ans. La mort recule : les épidémies se font plus rares, les grandes famines sont remplacées par des disettes moins graves. Le taux de natalité reste fort mais le taux de mortalité baisse, ce qui entraîne un fort accroissement naturel.

Après des années de suprématie française, la fin du règne de Louis XIV est obscurci par la ruine des finances publiques et par la misère du peuple. Le XVIIIème siècle voit ainsi le déclin de la politique française influencée par une série de défaites militaires et la montée en puissance de l'Angleterre.

La France « d'Ancien Régime » se caractérise essentiellement par de grandes inégalités entre les Français : seule une petite minorité constituée de la noblesse et du clergé a des privilèges. Le reste de la population, (soit 98%), forme le tiers-état, classe travaillante accablée d'impôts.

La Révolution de 1789 trouve son origine dans la crise que traverse la France à la fin des années 1780 et dans l'échec des tentatives de réforme. La société d'ordre se lézarde en raison des inégalités sociales et des tensions croissantes entre la bourgeoisie nouvelle et la noblesse traditionnelle.

Le vent de liberté venue d'Angleterre (avec la « Glorieuse révolution » anglaise, 1688-1689) et d'Amérique (avec la guerre d'Indépendance des Etats-Unis d'Amérique, 1776-1783) et les écrits des philosophes des Lumières, favorisent l'émergence d'un mouvement de remise en cause de l'autorité, aussi bien de l'Eglise catholique que du roi.

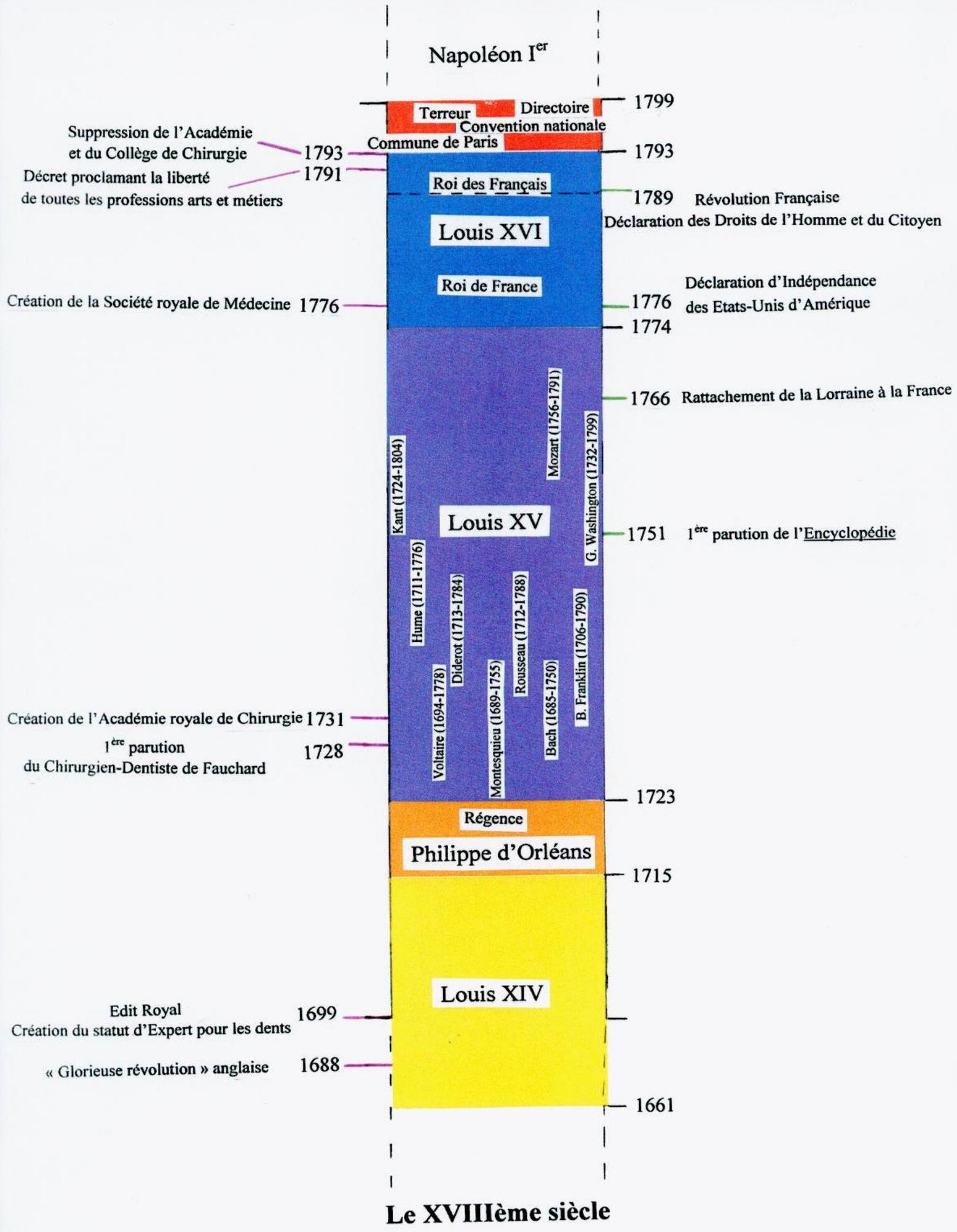


Fig. 1 : Frise chronologique personnelle

En quelques mois, de mai à août 1789, la monarchie absolue s'effondre et avec elle tout l'Ancien Régime. La Révolution de 1789, symbolisée par la prise de la Bastille, aboutit à la mise en place d'un nouveau régime reposant sur les droits de l'homme, l'égalité civile, la souveraineté nationale, et l'élection au suffrage censitaire d'une Assemblée nationale. Le « sujet » devient un « citoyen », la souveraineté est déplacée du roi vers la Nation.

I.2. La société française

I.2.1. La France des campagnes

Dans les campagnes, les paysans, qui représentent encore 80% des Français, produisent surtout des céréales pour le pain, base de l'alimentation. L'exploitation des terres reste très traditionnelle. L'élevage prend petit à petit de l'importance, permettant une plus grande consommation de viande.

Le paysan vit le plus souvent dans le cadre d'un village (la paroisse) qu'il ne quitte guère et où il fonde son foyer. Les maisons paysannes sont faites de torchis, sont mal chauffées et possèdent une pièce unique qui abrite souvent hommes et animaux. La communauté villageoise fixe le calendrier des travaux agricoles, entretient l'église, le presbytère et le cimetière, paie le maître d'école, les gardes champêtres et les bergers.

Le seigneur peut être un homme ou une communauté religieuse. Il a seul le droit de chasser ; il vit dans des châteaux, tantôt luxueuse demeure, tantôt simple maison fortifiée.

I.2.2. La France des villes

La ville est : 1°) un centre administratif lorsqu'un représentant du roi, gouverneur militaire ou intendant, y réside ; 2°) un centre judiciaire si c'est le siège d'un Parlement ou d'un tribunal ; 3°) un centre religieux quand l'évêque y dirige son diocèse.

Les villes ont gardé longtemps leur aspect médiéval : elles sont encore entourées de remparts. Elles souffrent de la sécurité, des incendies, des épidémies. Mais les cités se transforment progressivement : des ponts de pierre, des portes monumentales, des collèges, sont construits souvent à l'initiative de la monarchie.

L'élite urbaine est composée des vieilles familles des échevins qui dirigent la cité et que le roi a souvent anoblis. Dans les villes où siège un Parlement, ses membres dominent la cité. Ces noblesses urbaines s'allient par des mariages à la noblesse d'épée.

La bourgeoisie, composée d'hommes de loi, de financiers, de médecins, d'universitaires et de commerçants, s'impose aussi par son rôle économique ou intellectuel.

La masse de la population citadine est constituée de petites gens dont l'activité principale est l'artisanat. Qu'une mauvaise récolte fasse monter le prix du pain et le petit peuple des villes se révolte : le pouvoir, municipal ou royal, doit alors distribuer de la nourriture, parfois aussi réprimer la révolte.

L'essor du commerce et les débuts d'une révolution industrielle

Le commerce fait la prospérité des villes, en premier lieu dans les ports. Le commerce intérieur est facilité par un réseau de bonnes routes. Mais les douanes, péages, octrois à l'intérieur du royaume limitent encore la circulation des marchandises qu'ils rendent plus chers. Le commerce international connaît un bel essor, parce que les produits coloniaux (café, sucre, Rhum) font de plus en plus partie de la consommation courante.

Parallèlement, une intense recherche technique marque ce siècle, même si elle ne porte pas immédiatement ses fruits. En Angleterre, l'invention de machines facilite la production de textiles. Les forges, installées jusqu'alors dans les forêts où est produit le charbon de bois, utilisent progressivement le coke : l'industrie métallurgique se déplace peu à peu vers les bassins houillers. Mais ces machines sont coûteuses et nécessitent des capitaux importants pour leur installation. Elles requièrent une main-d'œuvre abondante et habile, mais peu coûteuse. On entre dans l'ère de l'industrie.

I.3. La présence de l'Eglise

L'Eglise catholique occupe une place fondamentale dans la société française.

Chaque Français appartient à une paroisse, dirigée par le curé, et chaque moment important de sa vie est marqué par un sacrement de l'Eglise comme le baptême, le mariage, l'extrême-onction. Les curés tiennent l'état-civil dans les registres paroissiaux. Les cloches des églises rythment les journées de travail et le tocsin prévient des incendies ou des menaces. Les fêtes chômées (où l'on n'a pas le droit de travailler) sont fixées par la tradition de l'Eglise.

L'encadrement des populations est assuré par la confession, l'éducation religieuse des enfants et la prédication (le serment) : chaque dimanche, le sermon est une leçon de morale, mais aussi le moyen d'annoncer des nouvelles.

Une grande diversité règne dans le monde ecclésiastique. Le bas-clergé des curés de campagne est au contact des paysans, vit comme eux, il n'a souvent que la

portion congrue pour vivre. En revanche le haut-clergé vit à la Cour et ne dédaigne pas le luxe : les évêques sont choisis par le roi dans les familles nobles.

Certains ordres organisent l'enseignement secondaire : les collèges accueillent des adolescents, issus de la noblesse et de la bourgeoisie.

Les milieux populaires bénéficient de ce progrès scolaire : dans les villes grâce aux frères des Ecoles chrétiennes qui enseignent en français et non en latin ; et dans certaines campagnes, grâce aux maîtres recrutés par les communautés villageoises.

Au nom de la charité, l'Eglise redistribue une partie des aumônes qu'elle reçoit et des revenus qu'elle perçoit : elle se charge de recueillir les enfants abandonnés, de soigner, de secourir les mendiants, de surveiller les fous et même de garder les prisonniers.

I.4. Le siècle des « Lumières »

La culture des élites, et la culture du peuple

Le livre reste l'instrument essentiel du savoir, mais il est rare et cher. Les élites sociales ont le souci de se constituer de vastes bibliothèques et des collections d'objets d'art.

Des académies et des sociétés savantes se créent en province à l'imitation des académies royales : nobles, bourgeois et hommes d'Eglise y discutent de sujets scientifiques et historiques.

Pour le peuple, les coutumes, les manières d'être et les savoir-faire se transmettent oralement, de génération en génération. Quand ils savent lire, les paysans achètent de petits livres de la « Bibliothèque bleue », vendus par les colporteurs : contes fantastiques, épopées, recettes et récits religieux.

Les sciences et la philosophie des Lumières

L'esprit scientifique naît au XVII^{ème} siècle, avec l'affirmation des principes qui sont les fondements de la science moderne. Les savants en viennent à contester la vision du monde héritée de la philosophie antique et des enseignements de l'Eglise et de la Bible : leurs théories sont condamnées. Ces découvertes n'ont que peu de conséquences pratiques et les innovations techniques sont plutôt l'œuvre d'habiles inventeurs comme Papin et sa marmite.

Siècle des Lumières et de la raison, le XVIII^{ème} siècle est, sur un plan général, une période exceptionnellement féconde pour les Sciences et les Arts, avec d'incessants

échanges entre les deux. L'empirisme des siècles précédents s'épanouit et évolue. Les sciences bénéficient alors d'une grande vogue. Toutes les disciplines sont étudiées. Les écrits scientifiques sont nombreux.

Les philosophes mettent en question ce que jusqu'alors nul n'osait étudier ou critiquer : la monarchie absolue et la religion. Ces idées nouvelles font l'objet de conversations dans les salons. Les académies se multiplient en province.

L'Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers (Fig. 3) est le texte le plus important des Lumières : 17 volumes de textes, dont la parution s'étend de 1751 à 1772, et 11 volumes de planches gravées tentent de rassembler l'ensemble des connaissances du monde en un gigantesque « arbre du savoir » ordonné. C'est l'œuvre de Diderot et d'Alembert.

Symbole des Lumières et de la raison en lutte contre l'ignorance et la superstition, L'Encyclopédie a été très tôt condamnée par l'Eglise comme dangereuse pour l'autorité, ce qui pousse le pouvoir royal à en interdire la fabrication en 1759. Le succès est indiscutable mais le coût des volumes en limite la diffusion aux élites éclairées.

Née de l'intérêt que le siècle porte aux sciences et techniques, L'Encyclopédie accorde une place importante à la médecine, à la chirurgie et aussi aux dents et à ce qui s'y rapporte. Elle leur consacre de nombreux articles : Dents artificielles, Dentifrice, Odontalgies, Carie, Remèdes odontalgiques, Odontotechnie, Dent à pivot, Plombage, Parulie, Maladies chirurgicales des gencives. Plusieurs planches sont consacrées aux instruments du dentiste.

Au mot dentiste, nous pouvons lire en 1776, la définition suivante : « *Chirurgien qui s'applique spécialement à la chirurgie des dents, à traiter leurs maladies, et à pratiquer les opérations qui ont lieu sur ces parties. Les qualités d'un bon dentiste sont premièrement celles d'un bon chirurgien. Il doit être ensuite bien instruit, particulièrement de tout ce qui concerne l'objet de son occupation, il doit avoir le poignet souple et fort, et s'être par conséquent singulièrement exercé à tirer sur les dents, à en plomber, à en limer, et en un mot, à les traiter méthodiquement et avec sûreté.* » (Diderot et al., 1751-1780).

Il existe toutefois un fossé certain entre le sort des petites gens qui souffrent, n'ont que peu accès aux soins, et pour qui la sorcellerie et la magie tiennent encore une place très importante, et la bourgeoisie montante, ouverte aux idées nouvelles, curieuse du Monde qui les entoure.

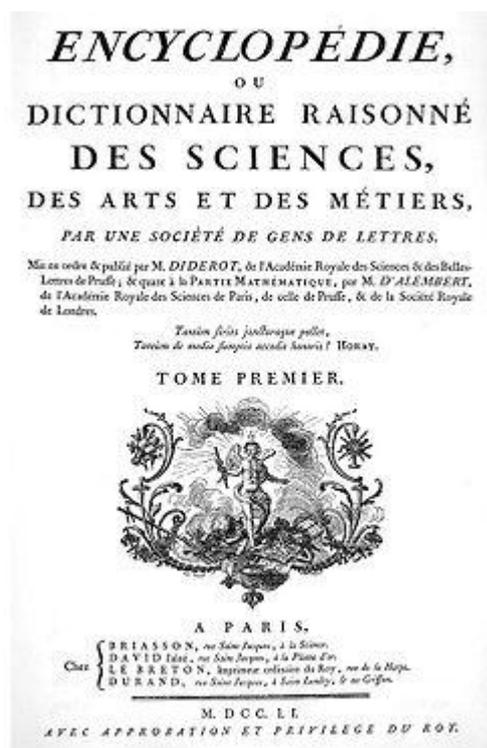


Fig. 3 : Page de couverture de l'Encyclopédie de Diderot et D'Alembert, éd. 1751-1772.

II. L'enfant dans la société du XVIIIème siècle

II.1. Données démographiques

(Armengaud, 1975 ; Dupâquier, 1988 ; Garnot, 1992 et 2005)

L'ensemble de ces données démographiques correspondent à des estimations faites par les historiens à partir des registres paroissiaux que les curés avaient obligation de tenir en notant soigneusement les baptêmes, les mariages et les sépultures, faute de recensement de la population à cette époque.

II.1.1. Effectifs de la population

La population mondiale au cours du XVIIIème siècle s'accroît globalement.

La France connaît une croissance rapide de sa population, en passant de 21,5 millions d'habitants en 1700 à 28 millions en 1790. Ainsi elle reste le pays le plus peuplé d'Europe. Cette population est plus jeune que de nos jours ; en 1740, 40% des habitants ont moins de vingt ans, 9% plus de soixante ans (Fig 4).

La France du XVIIIème siècle est surtout rurale (80%) et à majorité paysanne. La plupart vivent dans les villages de petite taille (moins de 200 foyers). Quant à la population urbaine, elle est constituée pour les 3/10ème par Paris et par les villes qui ont entre 30.000 et 100.000 habitants, soit moins d'une vingtaine d'agglomérations ; 4/10ème par la centaine de cités peuplées de 10.000 à 30.000 âmes ; et les 3/10ème derniers par les 2.000 villes qui ont moins de 10.000 habitants. La proportion de citadins passe de 16% en 1725 à 19% en 1789.

II.1.2. Organisation familiale

Les conditions socio-économiques imposent un mariage tardif, vers 25 ans pour les femmes, 27-30 ans pour les hommes, consécutif de la difficulté qu'éprouvent les jeunes gens à s'établir. Dans la France rurale, seule la mort des parents permet de convoler, parce qu'elle libère une ferme et des terres ; le phénomène retarde l'installation des nouvelles générations. Cette explication doit néanmoins être nuancée.

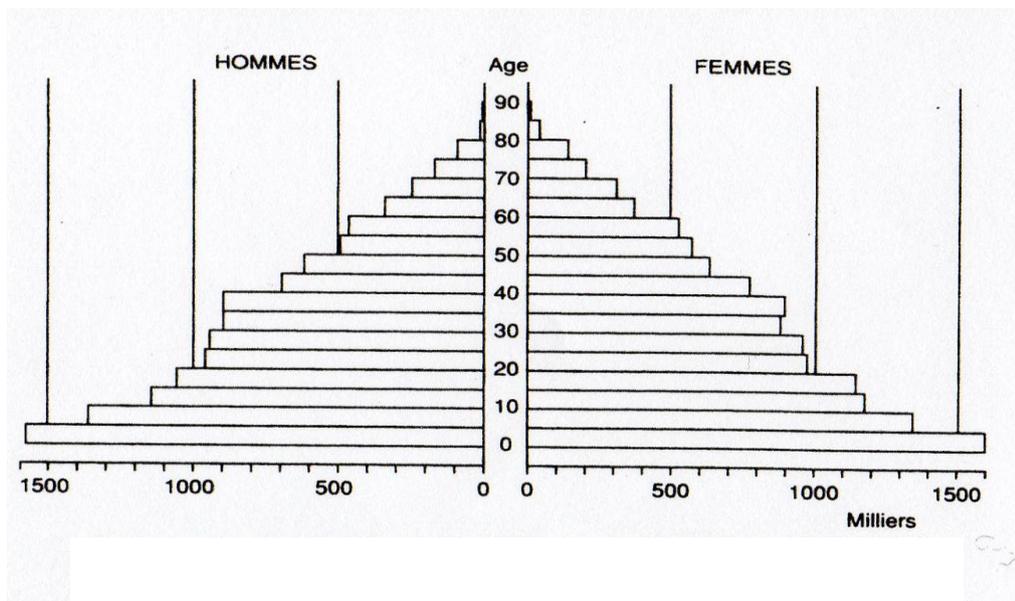


Fig. 4 : Pyramide des âges en France, en 1740.

En ville, la constitution de ménages nouveaux est possible grâce au développement économique, qui crée des revenus supplémentaires.

Les remariages sont nombreux, car un grand nombre de couples sont prématurément brisés par la mort. Au début du XVIIIème siècle, au moins 30% des unions célébrées sont des secondes noces pour au moins un des deux conjoints. Les remariages sont toutefois plus faciles pour les hommes.

II.1.3. Natalité

Le taux de natalité est proche de 4%. L'allaitement maternel, qui est la règle à la campagne, rend momentanément stérile les 3/4 des femmes. Nourrir son enfant pendant deux ans, c'est retarder d'autant une nouvelle grossesse. Dans les villes, la fécondité des femmes est plus importante, parce que la plupart mettent en nourrice leurs nouveau-nés.

Les femmes ont donc en moyenne 4 ou 5 enfants. Ce chiffre moyen, en soi très important, est cependant tout juste suffisant pour assurer le remplacement des générations, tant la mortalité est sévère, notamment aux premiers âges.

II.1.4. Espérance de vie

L'espérance moyenne de vie à la naissance s'allonge : d'une vingtaine d'années à peine au XVIIème siècle en France, elle passe à 25 ans dans les années 1740 puis à près de 30 ans à la fin du siècle. Ceux qui atteignent leur vingtième anniversaire peuvent espérer vivre en moyenne jusqu'à 40 ans, mais avec des différences importantes selon les individus. Les actes de sépulture mentionnent des nonagénaires, et même quelques centenaires.

II.1.5. Mortalité

La mortalité est essentiellement due à une hygiène et une alimentation insuffisantes, à la misère des classes populaires et à la faible efficacité de la médecine.

La mort provient le plus souvent d'agents infectieux actifs en différentes saisons. L'hiver engendre des maladies du système respiratoire, tandis que l'été est propice aux infections digestives. Ainsi, les jeunes adultes sont surtout frappés à l'automne, parce que leurs organismes sont rendus fragiles par la fatigue accumulée pendant l'été.

Au XVIIIème siècle, les surmortalités n'atteignent plus le même niveau qu'au siècle précédent et après la crise épidémique et de famine due à la hausse du prix du grain des années 1709-1710, celle de 1738-1742 est le dernier grand événement de ce type. La dernière épidémie de peste frappe Marseille en 1720, et même si certaines

maladies épidémiques, comme la variole ou la dysenterie, continuent à faire des ravages, les efforts conjugués des pouvoirs publics et de certains médecins tentent d'en limiter l'extension.

La mort recule donc légèrement au cours du XVIII^{ème} siècle, notamment au bénéfice des enfants, la mortalité juvénile baissant d'1/3 entre 1760 et 1790. Il n'y a pas de progrès décisifs de la médecine, mais on peut tout de même noter dans la seconde moitié du siècle, une amélioration des connaissances dans l'art des accouchements, et le pouvoir royal se préoccupe d'une meilleure formation des sages-femmes.

L'imposante mortalité des enfants

La mortalité infantile est considérable : plus du quart des nourrissons décèdent avant le premier anniversaire.

La mortalité périnatale est également très importante : « *Un décès sur trois, et parfois même un décès sur deux, survient dans la première semaine.* » Et le risque de mort ne s'arrête pas à la première semaine ; il reste élevé dans celles qui suivent : les décès du premier mois représentent plus de la moitié des décès de la première année. Ceci est essentiellement dû à une insuffisance de soins donnés aux nourrissons.

La mortalité juvénile est elle aussi élevée, surtout jusqu'à 5 ou 6 ans : emportant un second quart des enfants.

Tout ceci pèse lourd sur l'espérance de vie à la naissance : près d'un enfant sur 2 n'arrive pas à vivre 5 ans. Et même dans la seconde moitié du siècle, un peu plus du 1/3 des enfants meurent en général avant 20 ans. Dans de telles conditions, sur les 4 ou 5 enfants nés en moyenne par famille, guère plus de 2 arrivent à l'âge adulte et sont susceptibles de remplacer leurs propres père et mère. Passé l'adolescence, il y a moins de décès, mais la mortalité reste forte.

Les maladies de l'enfance, aujourd'hui bénignes, sont alors souvent mortelles ; la variole est responsable de plus d'1/4 des décès entre 1 et 4 ans. Aux maladies, il faut ajouter les accidents, aux champs ou dans les rues. Les enfances populaires (Fig. 5) se déroulent ainsi sous le risque constant de la mort. Non seulement leur santé est la plus fragile, et particulièrement celle des nouveau-nés, mais les enfants sont exposés, par leur faiblesse ou leur vivacité, à toutes sortes d'accidents : chutes, noyades, brûlures, morsures d'animaux domestiques... Ainsi s'exerce une très forte sélection naturelle sur les jeunes enfants, avant l'âge de 12 ans. A cet âge ne survivent qu'environ 50-60% de ceux qui sont nés ; de 12 à 25 ans, la mortalité plus faible est celle de l'adulte jeune, liée à des causes accidentelles ou infectieuses, particulièrement chez les femmes lors des accouchements.



Fig. 5 : Un enfant du peuple. Nicolas Lépicier (1735-1784).

Les villes, même si nous laissons de côté l'effroyable mortalité des enfants abandonnés, sont bien de véritables mouiroirs pour les enfants, et même lorsque la mère nourrit son enfant, le taux de mortalité infantile reste très élevé. Ce taux diffère suivant les classes sociales, les conditions précaires de la vie ouvrière réduisent considérablement l'espérance de vie des enfants.

La pratique de la mise en nourrice alourdit encore ce sombre bilan, à Paris, à la fin du XVIIIème siècle, c'est au moins la moitié des enfants légitimes qui sont envoyés en nourrice et leur mortalité est évaluée à 36%.

II.1.6. Diminution des descendance

A partir de 1750, les couples tendent à réduire leur descendance. Cette mutation des comportements sexuels s'explique principalement par un recul de l'emprise religieuse sur les consciences mais aussi par une volonté de réduire le morcellement des héritages. Le développement des pratiques contraceptives au cours du XVIIIème siècle témoignent également d'un plus grand investissement affectif et éducatif de la part des parents.

Selon Garnot (1992), il y a un rapprochement entre la baisse de la mortalité infantile et la limitation volontaire des naissances : « *Les familles ont moins d'enfants mais ils sont désormais plus précieux et mieux traités...* ». Cela correspond au temps de la médicalisation de la naissance et de la petite enfance.

II.2. Evolution du statut de l'enfant

A partir du XVIIIème siècle, grâce à l'influence des Lumières, l'enfant commence à s'épanouir. Dans la seconde moitié du siècle, l'enfant compte dans la population et a réellement sa place dans l'organisation familiale et sociale. Il ne reste pas moins que le niveau de vie et la couche sociale à laquelle il appartient restent des facteurs prépondérants pour son avenir et sa santé.

II.2.1. Le statut social

(Ariès, 1973 ; Becchi et Julia, 1998 ; Franklin, 1896; Gélis, 1986)

Première moitié du siècle

Autrefois, la vie se passe en public ; il n'existe presque aucune intimité. La fréquentation constante de la société est la source de l'éducation, de la réputation et de la fortune.

Socialement, le petit enfant est perçu plus comme une potentialité, comme un être en puissance, que comme une personne en soi pleinement intégrée dans la vie sociale et familiale. Et ceci est parfaitement explicable si l'on tient compte des taux si élevés de décès des jeunes enfants. En effet, un mécanisme subconscient de défense, face aux chocs répétés de la disparition de nouveau-nés, fait que les parents - et finalement la société dans son ensemble - préfèrent attendre quelques temps, quelques années même, pour bâtir des plans d'avenir pour les jeunes encore en vie.

La petite enfance est donc une période d'attente qui débouchera peut-être, dans le meilleur des cas, à l'intégration progressive du jeune dans la vie sociale. Les petits enfants n'ont aucune existence autonome et intéressent la collectivité par l'espérance qu'ils représentent : chez les pauvres, ils sont redoutés en tant que nouvelles bouches à nourrir mais espérés en tant que main-d'œuvre augmentant les ressources de la famille. Dans les milieux aisés, ils contribuent à morceler le patrimoine (d'où le droit d'aînesse) et pérennisent les fonctions sociales déjà acquises par leurs parents.

Quant à l'Eglise, tout en faisant obligation aux parents de donner à leurs enfants tous les soins dont ils ont besoin, elle voit dans l'enfant, d'abord et surtout une âme à sauver au plus vite par le baptême, et par la suite un être que l'on doit élever dans la crainte de Dieu et l'obéissance aux lois de l'Eglise.

Les enfants qui survivent se retrouvent rapidement confondus avec les adultes. Traditionnellement les enfants des deux sexes restent dans le monde des femmes jusque l'âge de 7 ans. Généralement, ils sont confiés à des nourrices qui les élèvent à la campagne.

La culture orale est très majoritaire et « l'apprentissage » est très important. Les savoirs populaires sont transmis par la parole et par le travail ; la transmission du savoir, le tour de main, et de façon plus générale, la socialisation des enfants, ne sont pas principalement assurés par la famille, mais par l'apprentissage et la coexistence avec les adultes. Ainsi les rôles se transmettent, différents pour les filles et pour les garçons, comme pour la jeunesse des villes et celle des champs.

Pendant que les petits paysans vont aider les hommes aux champs, leurs sœurs secondent la mère dans ses tâches agricoles ou familiales effectuées au village ou à la maison et grandissent dans le monde des femmes.

Tandis que les jeunes nobles et bourgeois quittent la famille pour se préparer à leur futur état au service d'un Grand, dans une académie militaire ou au collège, leurs sœurs restent au domicile ou sont envoyées pour une ou plusieurs années dans un couvent, selon une pratique nobiliaire qui s'est diffusée à d'autres milieux au XVIIIème siècle.

Changements dans la seconde moitié du siècle

Une prise de conscience semble se faire de la gravité du problème posé par la mortalité et morbidité des enfants à cette époque.

L'enfance est par définition le temps de l'extrême faiblesse de la constitution physique, celui d'une fragilité menacée par les dangers de l'accouchement, les agressions de la maladie et les accidents ponctuant la vie quotidienne.

Désormais, le public éclairé et les Autorités s'intéressent au problème de la santé des enfants.

Au cours de la seconde moitié du XVIIIème siècle, le rôle de la mère est souligné, et au fur et à mesure que s'étend la sphère de l'intimité familiale, celui-ci n'a cessé de s'accroître. Plus on avance dans le siècle et plus l'image de la mère trouvant le bonheur dans l'affection qu'elle porte à ses tous jeunes enfants est magnifiée.

La mère est l'interlocutrice privilégiée du discours médical. Des ouvrages leurs sont destinés, ils portent sur l'éducation physique ou corporelle des enfants, leur santé et les moyens de la conserver.

Nous pouvons en citer quelques-uns, écrits par des médecins et publiés à Paris : Traité de l'éducation corporelle des enfants en bas âge, ou réflexions-pratiques sur les moyens de procurer une meilleure constitution aux citoyens de Desessart, en 1760 ; Dissertation sur l'éducation physique des enfants, depuis leur naissance jusqu'à l'âge de la puberté de Ballexserd, en 1762 ; De la conservation des enfants, ou les moyens de les fortifier, de les préserver de la maladie de Raulin, en 1768 ; ou encore Les enfants élevés dans l'ordre de la nature, ou abrégé de l'histoire naturelle des enfants du premier âge, à l'usage des pères et mères de famille de Fourcroy, en 1774.

Ils préconisent le retour à la nature, notamment en redonnant à l'enfant sa liberté de mouvement. (Avanzini, 1981) Rousseau écrit à cette époque charnière. Son livre L'Emile a été condamné par l'archevêque de Paris en 1762 et les critiques n'ont pas manqué. Toutefois, il a stimulé la naissance d'une littérature savante et populaire en faveur de l'allaitement maternel et de la prohibition du maillot, mais aussi contre les nourrices mercenaires et les nourrices sèches. Il a également posé les fondements de l'éducation moderne en montrant qu'elle ne porte ses fruits qu'en s'appuyant sur les caractéristiques psychologiques propres à l'enfant et les « *exigences de sa nature* ».

Ces ouvrages témoignent donc par leur nombre, de l'intérêt manifeste porté alors aux enfants en bas âge. En effet, il faut protéger les enfants d'une mort précoce, notamment en rompant avec l'usage des nourrices mercenaires et en veillant à la bonne hygiène des mères pendant et après la grossesse.

Nous verrons que les dentistes ne restent pas à l'écart du mouvement : Hébert (1778) écrit : « *Je sais encore combien l'on doit peu compter sur la vie des enfants jusqu'au temps où leur tempérament soit formé ; mais je dis aussi que, si l'on étudiait les maladies qui assiègent l'enfance avec une attention aussi suivie que j'ai approfondi le sujet que je traite, je suis persuadé que l'on en sauverait les deux tiers plus que par le passé...* ». Bunon étudie, de 1743 à 1746 à la Salpêtrière, les conséquences des maladies de l'enfant et de celles de la mère et de la nourrice sur la dentition. Lecluse, Bourdet, Jourdain soulignent qu'une mauvaise alimentation ou le manque d'hygiène et de soins sont des causes des maladies de l'enfance et que ces maladies ont des conséquences sur la vie et la santé de l'adulte.

Nous assistons donc au cours du XVIIIème siècle à une mutation essentielle ; l'idée d'une spécificité de l'enfance apparaît (Avanzini, 1981).

Les besoins de repenser la pédagogie se font alors sentir, la curiosité vis-à-vis de l'enfant se développe, sa personnalité et sa sensibilité particulière sont reconnues.

Désormais, les mères élèvent les enfants dans l'ordre de la nature : leur corps n'est plus un objet qu'on manipule. L'enfant est un sujet actif.

Les soins des mères ne se bornent cependant point à contempler et à accompagner les progrès de la motricité de leurs enfants. Ce sont elles qui, les premières, forment « *le cœur et l'esprit* », contrôlent la correction du langage, initient les enfants au monde de l'écrit en les introduisant très tôt à la lecture.

Cet apprentissage précoce au sein de la famille par la mère ou par un précepteur privé s'est très largement fait par l'intermédiaire de jeux pédagogiques. C'est ici que les idées de Locke et de Fénelon - tous les deux furent gouverneurs - sur la nécessité de lier l'étude du premier âge au jeu, ont rencontré un large écho au cours du XVIIIème siècle. L'idée qui préside à tous ces jeux est bien de susciter le désir de l'enfant : « *J'ai vu, écrit Fénelon, divers enfants qui ont appris à lire en jouant : on n'a qu'à leur raconter des choses divertissantes, qu'on tire d'un livre en leur présence, et leur faire connaître insensiblement les lettres. Après cela, ils souhaitent d'eux-mêmes pouvoir aller à la source de ce qui a donné du plaisir.* » (Becchi et Julia, 1998).

Cet essor d'une pédagogie sans larmes ne se limite évidemment pas à la lecture mais s'étend, au delà, à l'histoire sainte ou la géographie.

II.2.2. L'enseignement scolaire (Gélis, 1986)

Au XVII^{ème} siècle, quand l'enfant manquait à son devoir, le seul moyen employé pour le ramener dans le droit chemin était les coups, appliqués avec une égale libéralité à tous, roturiers, nobles ou princes, petits ou grands, garçons ou filles.

En 1622, Arnaud Gilles réprovoque les méthodes d'éducation de certains maîtres de l'époque, dont les conséquences pouvaient être fâcheuses pour la denture de leurs élèves : « ... *il arrive encore, écrit-il, d'autres accidents aux dents qui n'apparaissent promptement, lesquels on ne ressent qu'en la virilité, dont l'origine ne provient sinon que lorsque les enfants étant en leur âge puéril, comme 5 ans jusqu'à 10 ans ou 12 ans et plus, l'on les envoie quelquefois chez les Maîtres précepteurs ou pédagogues, artisans pour les enseigner, lesquels au lieu de les châtier doucement avec la verge, quelques-uns sont d'un naturel farouche, rude, colère et impatient, leur donnent des soufflets, coups de poing sur le visage et sur les dents, de sorte que bien souvent est le motif de suggérer de grandes défluxions et autres accidents sur icelles, et dont les personnes se ressentent tout le temps de leur vie.* »

Le souci d'humilier l'enfance, pour la distinguer et l'asservir, s'atténue au cours du XVIII^{ème} siècle. En France, l'opinion manifeste à l'égard du régime disciplinaire scolastique une répugnance qui aboutit à sa suppression vers 1763, quand on profite de la condamnation des Jésuites pour réorganiser le système scolaire. On abandonne en même temps les vieilles pratiques de délation. Le relâchement de l'ancienne discipline scolaire correspond à une nouvelle orientation du sentiment de l'enfance, qui n'est plus associé à celui de son infirmité, il ne reconnaît plus la nécessité de son humiliation. Il s'agit désormais d'éveiller chez l'enfant la responsabilité de l'adulte, le sens de sa dignité.

Le XVIII^{ème} siècle voit s'amorcer un véritable processus de scolarisation, notamment à travers la création de « petites écoles » et la rénovation des « collèges ». S'il marque la substitution de l'école à l'apprentissage, il ne signifie pas pour autant le triomphe de l'égalité devant l'instruction. L'école unique a été remplacée par un système d'enseignement double, où chaque branche correspond, non pas un âge, mais une condition sociale : l'école pour le peuple et le collège pour les bourgeois.

Les petites écoles

La déclaration royale de 1698, reprise le 14 mai 1724, pose le principe de la fondation d'une école dans chaque paroisse et l'obligation scolaire jusqu'à l'âge de 14 ans. L'enseignement du peuple est ainsi subordonné à des buts religieux et sociaux ; l'apprentissage strictement scolaire ne constitue pas son objectif principal. Les petites

écoles ont pour devoir de former de bons chrétiens, obéissants, respectueux et travailleurs. Les petites écoles dispensent trois enseignements : l'éducation religieuse, l'instruction scolaire et les préceptes de civilités ; il s'y ajoute parfois une formation professionnelle.

En dépit de l'insistance des curés auprès des parents, nombreux sont les enfants qui viennent comme ils peuvent, selon les saisons (moissons, vendanges), les chemins, et même parmi ceux qui se montrent assidus, peu demeurent à l'école jusqu'à 14 ans. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que l'analphabétisme domine : il concerne les 3/5^{ème} des campagnards à la fin du XVIII^{ème} siècle.

Les collèges

Seuls les garçons sont admis dans les collèges. L'éducation des filles se fait au couvent. De plus, le montant des frais de scolarité ferme leur accès aux milieux modestes.

L'organisation de la pédagogie et des études avait été fixée dès la fin du XVI^{ème} siècle par les jésuites, imitée ensuite par les autres collèges. Les jésuites tiennent le plus grand nombre de collèges, une centaine d'établissements, entre le milieu du XVI^{ème} siècle et 1767, année de leur expulsion du royaume.

Les Lumières influencent l'enseignement : l'apprentissage du latin recule un peu, le français progresse, ainsi que les langues vivantes et le grec ancien. Des chaires de mathématiques et surtout de physique sont créées dans les grandes classes. L'histoire fait enfin son entrée dans le cursus.

Les pensions

La famille et l'école ont ensemble retiré l'enfant de la société des adultes. L'école a enfermé une enfance autrefois libre dans un régime disciplinaire de plus en plus strict, qui aboutit aux XVIII^{ème} et XIX^{ème} siècles à la claustration totale de l'internat.

Au cours de la seconde moitié du XVIII^{ème} siècle, le pensionnat en tant qu'organisation spécifique annexée à un collège tend à se généraliser, même dans des établissements de dimension modeste. Apparaît aussi une diversification et une spécialisation des filières éducatives.

Vers la fin du XVIII^{ème} siècle, ce qui différencie l'éducation des filles et des garçons au pensionnat est le temps qu'on y passe. Alors que les garçons peuvent y passer couramment 4 à 7 ans, les filles n'y restent majoritairement qu'un an ou deux.

Les universités

Après le collège, l'éducation des jeunes gens peut se poursuivre dans une université. Les universités constituent l'école d'une bonne partie des cadres du royaume : elles forment les officiers de justice, les avocats, les médecins, et les clercs de haut rang. Elles drainent une partie de l'élite, issue des milieux de professions libérales et d'offices : en 1789, les effectifs estudiantins sont compris entre 12500 et 13000, soit moins d'un centième des classes d'âge concernées. A la même date, le royaume compte 22 universités. Chacune est administrée par un recteur, et comprend 4 facultés, dirigées par des doyens : Arts, Médecine, Droits et Théologie.

II.2.3. Les enfants abandonnés

(Delahaye, 1990 ; Garnot, 2005 ; Gytino, 1991)

A la fin du XVIIIème siècle, près de 8.000 enfants légitimes ou illégitimes arrivent tous les ans à l'Hôpital des Enfants Trouvés de Paris (Fig. 6).

Après une relative discipline des comportements sexuels, imposée par un contrôle religieux, le nombre des naissances illégitimes et des conceptions prénuptiales s'accroît en France à partir du milieu du XVIIIème siècle. L'abandon est alors, d'une certaine manière, une contraception après la naissance.

Les abandons s'expliquent aussi par la précarité des parents, qui à défaut de pouvoir élever un enfant supplémentaire trouvent là un moyen de lui assurer des soins et une éducation aux frais de l'Etat, avec l'idée parfois de le retirer ultérieurement de l'hôpital.

Les chiffres sont plus importants en ville, mais beaucoup d'enfants sont nés d'une mère de la campagne venue accoucher discrètement à la ville.

Ces enfants abandonnés viennent accroître de façon importante les chiffres de mortalité infantile. A Paris, 82% meurent dans le premier mois :

❖ Ces enfants sont victimes d'accidents liés à la grossesse. Les mères célibataires essayent de dissimuler leur état le plus longtemps possible, en portant des vêtements qui compriment l'abdomen, ou en se livrant à des manœuvres abortives qui échouent mais estropient l'enfant. De plus, une partie de ces femmes sont atteintes de maladies vénériennes qu'elles transmettent à leur enfant. Enfin, la plupart d'entre elles accouchent souvent seules, dans des conditions précaires et en l'absence de toute hygiène.

❖ Beaucoup sont abandonnés pendant la nuit (Fig. 7), misérablement vêtus, parfois entièrement nus, et ils peuvent passer, avant d'être découverts et recueillis, plusieurs heures exposés aux intempéries et aux attaques d'animaux tels que chiens,



Fig. 6 : L'hospice des enfants abandonnés à Paris, milieu XVIIIème siècle.



Fig. 7 : L'enfant abandonné, d'après Louis Deschamps.

chats, cochons, etc. Ils peuvent toutefois être emportés vers le tour de l'Hôpital le plus proche. Le tour est une sorte de boîte cylindrique, ouverte d'un seul côté et tournant sur un axe, conçu pour éviter au pauvre nouveau-né de passer une nuit entière sous le porche d'une église, et permettant de déposer l'enfant sans être vu. Le personnel de l'hôpital peut ensuite le recueillir sans avoir à sortir.

❖ Les conditions du séjour à l'hôpital sont, elles aussi, généralement très mauvaises. Ce séjour peut être bref - quelques jours seulement - mais dans certains cas, il dure plusieurs mois, voire plusieurs années. A l'Hôtel-Dieu de Toulouse par exemple, certains enfants sont gardés jusqu'à l'âge de deux ans. Ces enfants sont mis à part et entassés jusqu'à 80 ou 100 par chambre, dans des pièces très souvent trop petites, et jusqu'à 4 ou 5 par berceau. L'aération est insuffisante : il n'est donc pas étonnant que les épidémies se répandent facilement.

❖ Ces enfants sont pour la plupart confiés à des nourrices mercenaires par l'Administration. Le voyage entre l'hôpital et le domicile de la nourrice, cause lui aussi un certain nombre de décès. « *Ce qu'il y a d'incroyable c'est que ce même enfant venu de Normandie ou de Picardie à travers mille dangers y retournera le soir même de son arrivée à Paris, parce que le sort lui aura donné à la crèche une nourrice Normande ou Picarde.* » (Mercier, 2006).

❖ Enfin, une dernière cause de la forte mortalité des enfants trouvés est la négligence d'un grand nombre de nourrices, misérables et peu consciencieuses, qui, nous le verrons ultérieurement sont de véritables marâtres.

Une fois chez la nourrice, l'enfant, lorsqu'il survit, y reste jusqu'à l'âge de sept ans. Il revient alors à l'hôpital où il est scolarisé, puis mis au travail. La proportion des survivants est très faible. A peine un sur dix. Il n'en reste pas moins que certains enfants, les plus vigoureux ou les plus chanceux, réussissent malgré tout à survivre.

II.3. L'industrie nourricière (Delahaye, 1990 ; Gytino, 1991)

Cette question est étroitement liée à celle des enfants trouvés, puisque nous avons vu que la plupart d'entre eux sont placés en nourrice à la campagne, mais les autres enfants sont également concernés.

En effet, au XVIIIème siècle, la pratique de la mise en nourrice s'est généralisée à toutes les couches de la population urbaine, si bien qu'au milieu du siècle, on manque de nourrices mercenaires. Et ceci malgré les mises en garde des médecins, pour dissuader les parents de confier leur enfant à une étrangère.

A la fin du siècle, on évalue à 21.000 le nombre d'enfants qui naissent chaque année à Paris. Environ 700 d'entre eux sont nourris par leur mère, 700 autres par une nourrice à domicile ; 2 à 3.000 vont en nourrice dans la banlieue ou les environs, alors que tous les autres sont confiés à des femmes recrutées en province.

Toute une industrie nourricière est en place, elle date du XIIème siècle dans la capitale. Elle s'organise en bureaux (Fig. 8 et 9), avec des « *recommandaresses* » qui servent d'intermédiaires pour les placements et des « *meneurs* » chargés du transport des nourrices et des enfants entre les villes et campagnes.

Devant l'énorme taux de mortalité de ces enfants envoyés en nourrice à la campagne, une réglementation complète est imposée aux bureaux et aux nourrices en 1715, puis en 1762 et 1792 grâce aux « *Edits du Roi concernant les recommanderesses et le devoir des parents et des nourrices* ». Malgré tout, les bureaux ne jouissent pas d'une excellente réputation, ils font figure de marché aux bêtes, où le seul souci est l'argent et non la condition humaine. Le dernier bureau de placement des nourrices de Paris ne ferma ses portes qu'en 1936.

II.3.1. Les nourrices sur lieux

Ce sont de jeunes mères qui viennent à la ville, se louer dans une famille bourgeoise. Elles sont très peu nombreuses car seules les familles aisées emploient des nourrices à domicile.

Les médecins, les sages-femmes entre autres, mais aussi les dentistes comme nous aurons l'occasion de le voir plus tard, multiplient les conseils pour bien la choisir, croyant que le lait est un sang blanchi qui communique au bébé le caractère physique et mental de la nourrice. Aussi doit-elle posséder des qualités physiques et morales irréprochables.

Pour tout ce qui concerne la conduite de ces nourrices et notamment leur alimentation, des livres d'hygiène proposés aux maîtresses, édictent de nombreuses recommandations à suivre.

II.3.2. Les nourrices au loin

Ce sont des femmes de la campagne qui élèvent chez elles des nourrissons venant des villes, souvent de Paris. Elles sont très nombreuses et rarement choisies par les parents. Dans les milieux populaires, l'éloignement est tel qu'il n'est pas rare que la mère ne revoie pas son enfant avant un ou deux ans.



Figure 8 : Bureau de la Direction Générale des Nourrices, XVIIIème siècle.



Fig. 9 : Les abords d'un bureau de nourrices.

II.3.3. Les mauvaises conditions de la mise en nourrice

Il y a une corrélation indiscutable entre la mortalité infantile et la mise en nourrice au loin.

Transports hasardeux, hygiène inexistante et allaitement artificiel en sont les conséquences mortelles. A peine 4 enfants sur 10 arrivent à survivre. La mise en nourrice au loin est le plus meurtrier de tous les modes d'allaitement.

Le transport des enfants est assuré par des moyens de fortune, dans des hottes, à dos d'âne dans des paniers ou entassés comme des bêtes dans des charrettes à ciel ouvert ; par des meneurs et meneuses qui le plus souvent les nourrissent avec du vin.

Le meneur d'enfant est décrit comme : « ... *un homme qui apporte sur son dos les enfants nouveau-nés dans une boîte matelassée qui peut en contenir trois. Ils sont debout dans leur maillot respirant l'air par en haut. L'homme ne s'arrête que pour prendre ses repas et pour leur faire sucer un peu de lait. Quand il ouvre sa boîte, il en trouve souvent un de mort, il achève le voyage avec les deux autres, impatient de se débarrasser du dépôt.* » (Mercier, 2006).

Une ordonnance de police de 1773 déclare : « ... *il est enjoint aux meneurs et meneuses de se servir de voitures bien confectionnées, dont le fond sera en planches, suffisamment garni de paille neuve, les ridelles exactement closes par des planches bien assemblées, ou par des nattes de paille ou d'osier, et de couvrir leur voiture d'une bonne toile tendue sur des cerceaux et assez grande pour envelopper les bouts et les côtés, sous peine de 50 livres d'amende, de destitution et même de prison...* ». « *Défense leur est faite, sous les mêmes peines, de transporter des nourrissons à moins qu'il n'y ait des nourrices assises sur des bancs suspendus au-devant et au derrière de leur voiture par des cordes ou courroies solidement attachées...* » (Fig. 10 et 11).

Si l'enfant survit à ce pénible voyage, ses peines n'en sont pas pour autant finies.

Comme c'est pour améliorer son existence que la campagnarde se fait nourrice, le petit enfant se retrouve alors dans une famille aux conditions matérielles et hygiéniques souvent précaires.

Loin des yeux de la mère, la nourrice est seule maîtresse à bord. Souvent pauvre et ignorante, elle songe bien moins aux soins qu'elle doit apporter à l'enfant qu'à l'argent qu'il lui rapporte. Une hygiène limitée, une attention légère et les différents travaux à exécuter représentent le chemin de croix de ces bambins.

La cause de mortalité la plus fréquente est l'étouffement, car faute de place ou d'argent pour acheter un berceau, les nourrices couchent l'enfant près d'elles, au creux du lit. Les imprudences et les négligences, causes d'accidents, sont également nombreuses.

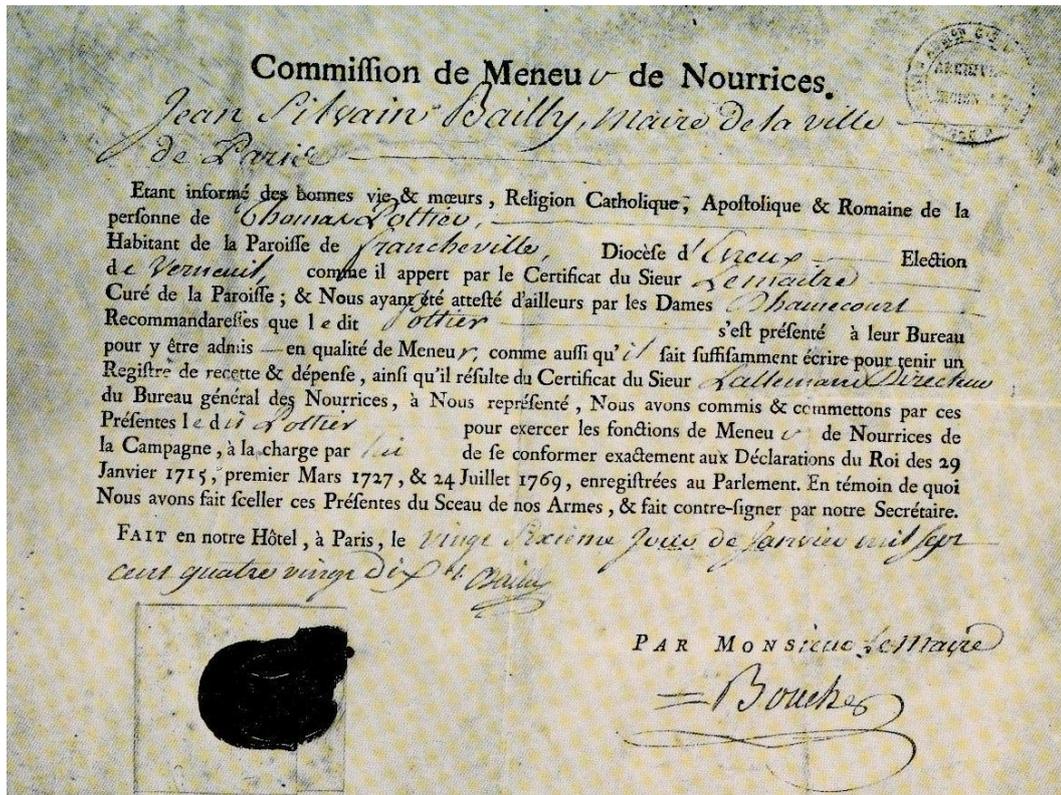


Fig. 10 : Commission de Meneurs de Nourrices délivrée par Bailly, Maire de Paris, Janvier 1790.

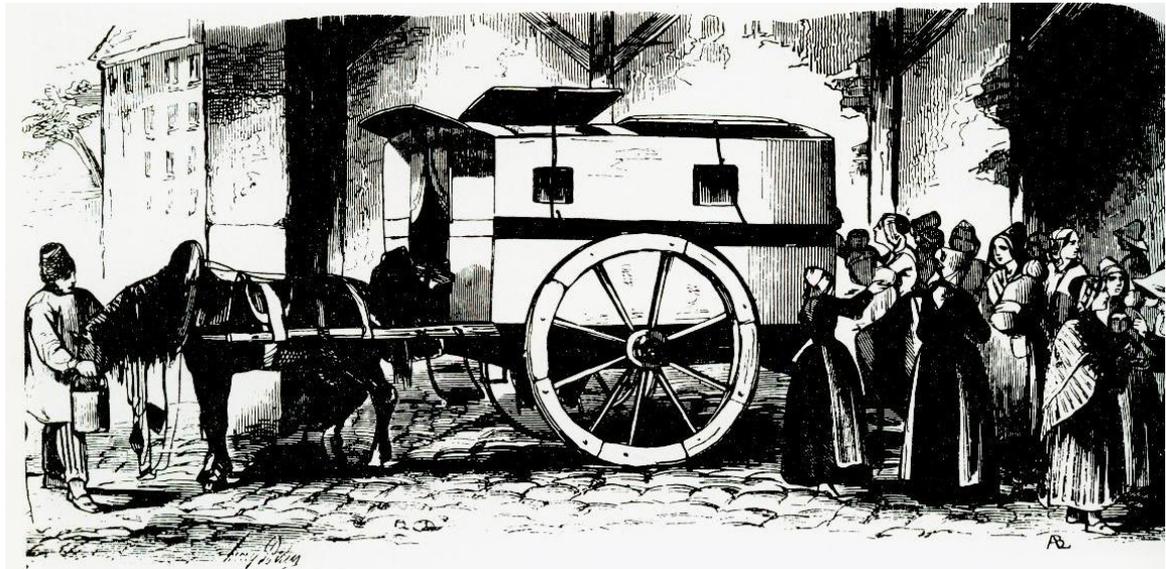


Fig. 11 : Voiture pour le transport des nourrices. Gravure de Henri Pottin.

De plus, l'enfant est souvent mal nourri. La nourrice peut manquer de lait ou le réserver à son propre nourrisson, ou encore avoir plusieurs enfants à charge, en particulier des enfants trouvés placés chez elle, ce qui lui assure une bonne source de revenu. Aussi, elle les nourrit de lait de vache, trop riche, de soupe ou bouillies dès les premiers jours, sans règles ni horaires, en particulier quand ça l'arrange et en quantité tantôt insuffisante, tantôt excessive. De là, découlent de nombreux petits maux qui peuvent devenir fatals : aigreurs, vents, coliques, diarrhées, fièvre ou convulsions. La nourrice, la plupart du temps ignorante, soigne l'enfant selon ses idées avec des purges et des vomitifs et fait dire des messes et des neuvaines en guise de soins.

Parfois elle administre des narcotiques à l'enfant pour le faire dormir et être tranquille. Sirop de diacode, laudanum et eau de vie sont d'usage courant et il arrive que l'enfant en meure par surdosage.

Enfin, plus vite l'enfant est sevré, plus vite la nourrice peut prendre un nouveau pensionnaire. Or la pauvreté est parfois telle qu'elle n'a en remplacement que des bouillies de farine sucrées, des châtaignes écrasées ou du gros grain macéré dans du petit vin aigre. Et si le bébé meurt au cours de ce sevrage précipité, la nourrice peut sans problème reprendre un autre nourrisson.

Mais le calvaire n'est pas encore fini pour ces petits bambins. Au bout de 2 à 3 ans, une fois sevrés, ils sont reconduits chez leurs parents si la messagère n'a pas disparu. Car ni la messagère, ni la nourrice ne savent écrire et elles se fient à leur mémoire. Si bien qu'il s'avère très difficile de retrouver l'identité des enfants en cas de disparition de l'une ou l'autre.

II.3.4. Les changements après 1760

En ce « Siècle des Lumières », où l'on se soucie de plus en plus d'égalité et de bonheur individuel, des enfants à peine nés meurent par milliers dans l'indifférence générale. La bourgeoisie, grande pourvoyeuse d'enfants abandonnés, commence à s'interroger et la survie des enfants devient prioritaire.

Une nouvelle idéologie définit une nouvelle famille qui englobe mari, épouse et enfants. Rousseau, bien qu'ayant abandonné ses cinq enfants, devient le plus connu des théoriciens de l'amour maternel. L'allaitement maternel n'est pas uniquement loué pour les bienfaits du lait mais aussi pour l'importance capitale de la tendresse de la mère pour son enfant au cours de la tétée. L'allaitement maternel est la première preuve d'amour de la mère pour son enfant car il engendre de grands sentiments. On insiste sur les agréments de la maternité et le refus de l'allaitement maternel est alors considéré comme une injustice vis-à-vis de l'enfant.

Parallèlement, on prend conscience que l'enfant est une richesse économique potentielle et qu'il est le garant de la puissance militaire du pays. L'être humain

commence à être perçu en termes de main d'œuvre. Dès la fin du XVIIIème siècle, l'Etat et des personnes privées prennent des initiatives pour aider les mères nécessiteuses.

II.4. L'alimentation

Pendant tout le XVIIIème siècle, l'alimentation et la nutrition du petit enfant opposent trois types de régime : l'allaitement à base de lait humain maternel ou mercenaire, l'alimentation artificielle à base de lait animal et l'alimentation artificielle non lactée.

II.4.1. L'allaitement

(Delahaye, 1990 ; Gytino, 1991 ; Kropka, 1998 ; Viry-Choffel, 2005)

La maternité de lait (Fig. 12 et 13) complète la maternité de sang. Tous croient que le lait est du « sang blanchit ». Lorsque la femme est enceinte, elle ne saigne plus, car son sang sert à nourrir le fœtus. Puis, une fois qu'elle a accouché, le sang sert à irriguer ses seins et se transforme en lait. Si le sein est normal, le bébé ne doit avoir aucun mal à appréhender le téton, sauf si le frein de la langue est trop court. Jusqu'au milieu du XIXème siècle, l'accoucheuse coupait d'un coup d'ongle souvent douteux, le frein lingual du nouveau-né, au risque de voir survenir des infections et inflammations, la plupart du temps mortelles.

Au XVIIIème siècle, le lait de femme est rarement celui de la mère et l'allaitement mercenaire est à son apogée.

De multiples raisons prévalent à la désaffection des mères pour l'allaitement maternel. Dans les familles riches, la mère n'allait pas pour ne pas altérer sa santé et sa beauté, pour mener sa vie mondaine, par refus du mari d'interrompre des relations sexuelles jugées néfastes pour le lait, pour ne pas être dérangée la nuit... et par simple conformisme social car cela « *fait peuple* ». A ces convenances personnelles s'ajoutent les impossibilités sociales.

Ainsi la mise en nourrice s'étend des milieux aristocratiques aux milieux bourgeois car les femmes commencent à travailler, souvent en secondant leurs maris, marchands ou aubergistes ; puis aux milieux ouvriers, puisque l'industrie naissante ouvrent les portes des ateliers aux femmes. Cela concerne plus d'un parisien sur deux. En 1777, Buffon estime qu'un bébé sur six est ainsi placé (Gytinot, 1991).



Fig. 12 : L'allaitement au sein

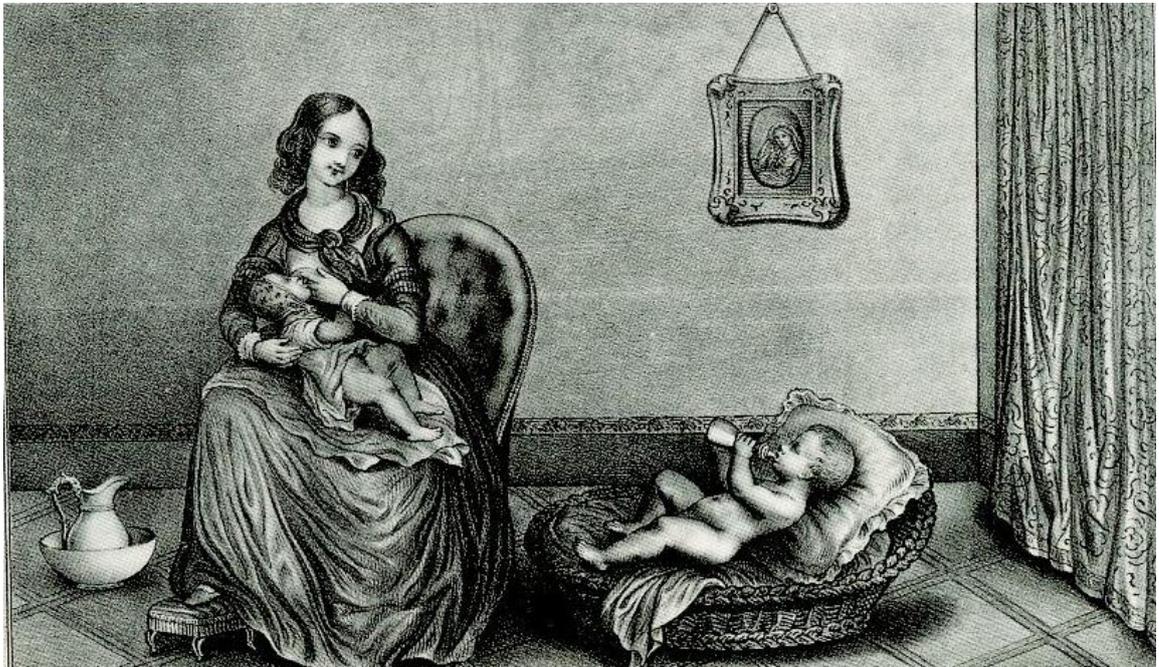


Fig. 13 : Nourrice

Les médecins et philosophes essaient de favoriser l'allaitement maternel. Rousseau parmi tant d'autres prend parti pour l'allaitement des enfants par leur mère. Des grands médecins, comme Raulin, Hecquet ou Dessessartz, proclament l'harmonie existante entre la qualité du lait maternel et les besoins de l'enfant. Ainsi dans la seconde moitié du siècle, l'allaitement maternel devient à la mode dans une partie des classes aisées.

Mais cette mode ne peut évidemment pas se propager dans les milieux où la mise en nourrice des enfants est une nécessité économique.

II.4.2. L'alimentation artificielle

L'alimentation artificielle concerne certains enfants :

- ceux dont la mère est malade ou trop faible pour allaiter,
- ceux qui ont perdu leur mère en couches, soit environ 2%,
- ceux qui ont été abandonnés et pour qui on n'a pas trouvé de nourrice immédiatement,
- ceux dont la nourrice est sèche,
- ou encore ceux atteints de syphilis, rejetés aussi bien par leur mère que par les nourrices.

II.4.2.1. L'alimentation artificielle lactée

L'alimentation artificielle avec le lait des animaux, quoique utilisée depuis fort longtemps, suscite un intérêt croissant au XVIII^{ème} siècle.

Desessartz, en 1760, donne la préférence en ordre décroissant au lait de femmes, d'ânesse (Fig. 14), de chèvre, de vaches et de brebis, en se basant sur le volume du caillot. La chèvre et l'ânesse sont les deux animaux presque exclusivement employés. Buffon (1749) préfère alors le lait animal tété directement au pis (Fig. 15) afin que la salive de l'enfant « ... se mêlât avec le lait pour en faciliter la digestion, comme cela se fait par le moyen de la succion, parce que les muscles qui sont alors en mouvement, font couler la salive en pressant les glandes et les autres vaisseaux. ».

La préférence des médecins va en général au lait d'ânesse, dont la composition se rapproche le plus de celle du lait de femme. Mais son emploi ne peut être généralisé, du fait de ses difficiles conditions de production. La chèvre (Fig. 16) se prête par excellence au rôle de nourrice et est recommandée par la faculté de Médecine de Paris en 1775 pour nourrir les enfants trouvés. Cependant, bu sans coupage, il peut entraîner des troubles digestifs plus ou moins importants.

Les biberons permettent de couper le lait avec de l'eau pour le rendre plus digeste. Le lait de vache est utilisé car d'une production abondante. Il est coupé avec de



Fig. 14 : Lait d'ânesse



Fig. 15 : Allaitement au pis de la vache



Fig. 16 : La chèvre, nourrice « par excellence »

l'eau d'orge donné froid du 4^{ème} jour au 9^{ème} mois. Le journal de Médecine de 1793 relate que cet allaitement eut le plus heureux succès sur plus de 300 enfants.*

Mais le défaut d'hygiène, de bonne conservation du lait, la méconnaissance de germes pathogènes dans le lait non stérilisé, l'aspect sanitaire des animaux, la malpropreté des biberons, entraînent des intoxications et diarrhées souvent fatales.

Les biberons

Il est plus exact de parler de récipients destinés à l'allaitement artificiel. Dans les campagnes, on se sert encore de tasses, de canards et de petits pots comme au Moyen-Age. Ceux-ci ont la préférence des médecins car ils sont plus faciles à nettoyer que les biberons. L'allaitement à la cuillère est réservé aux enfants débiles ou ne pouvant téter car il demande de la patience et du temps.

Les biberons sont fabriqués dans chaque province avec les matières premières dont elles disposent. Les régions boisées utilisent le bois, les pays d'élevage le cuir ou la corne, alors que les petits pots prédominent dans les pays de poterie traditionnelle. Les biberons en étain (Fig. 17) et en verre (Fig. 18) se répandent, et le fer blanc apparaît.

Les biberons sont notamment employés dans les hôpitaux, où les premiers essais sérieux d'allaitement artificiel sont entrepris sur les enfants trouvés. Les cuillères et petits-pots dispensent de trop grosses quantités en une fois. Le liquide passe directement dans l'estomac, sans y être mêlé à la salive, provoquant diarrhée et rejet alimentaire. Face à cette constatation, on essaie d'améliorer les récipients et le débit de versement. C'est en imitant l'allaitement que sont inventés les premiers biberons en forme de bouteille. Ils permettent d'aspirer le lait par succion, ce qui détermine l'afflux de salive qui aide à la digestion du lait. Le goulot est garni d'un cylindre de linge ou d'une éponge fine qui s'imbibe de lait.

II.4.2.2. L'alimentation artificielle non lactée

Les fortifiants

Dès sa naissance, l'enfant est habitué à boire à la cuillère des fortifiants et des laxatifs dans un peu d'eau. Il peut s'agir de sucre, de miel, de chicorée, de rhubarbe et surtout de vin réputé fortifiant. Malgré les mises en garde nouvelles des médecins, on ne sait pas se passer de ce reconstituant pour le bébé comme pour sa mère. Buffon (1749) pense que le lait non digéré par l'estomac de l'enfant peut lui donner des vers « ... *en si grande quantité que l'enfant est souvent en danger d'en périr.* » Aussi il estime qu'en « ... *permettant aux enfans de boire de temps en temps un peu de vin, on préviendroit peut-être une partie des mauvais effets que causent les vers ; car les liqueurs fermentées*

*De nos jours le lait de vache est recommandé à partir de 3 ans (Folliguet et Bénétière, 2006).



Fig. 17 : Biberon en étain et tétine en caoutchouc, XVIIIème siècle.



Fig. 18 : Biberon en verre soufflé, XVIIIème et début XIXème siècle.

s'opposent à leur génération, elles contiennent fort peu de parties organiques & nutritives, & c'est principalement par son action sur les solides, que le vin donne des forces, il nourrit moins le corps qu'il ne le fortifie ; au reste la plupart des enfans aiment le vin, ou du moins s'accoutument fort aisément à en boire. »

Les bouillies

Le lait est facilement remplacé par des soupes et des bouillies dès les premiers jours de la vie. A Paris, adoptant des idées de Galien, on en permet l'usage 10 ou 12 jours après la naissance. Par exemple, on ajoute farine ou pain trempé au lait animal coupé d'eau. L'important est de donner au nourrisson une mixture très riche, sans se soucier de ses capacités à la digérer.

Cette alimentation représente une part importante car dès la deuxième moitié du XVIIIème siècle, la demande en nourrice dépasse l'offre.

Les nourrices se chargent souvent de plusieurs nourrissons ; ils sont « ... *élevés au petit pot, à la bouillie et à la soupe indigeste de la famille...* ». Quand les nourrices ne prennent qu'un seul nourrisson, elles ont déjà leur propre enfant au sein ; et bien qu'elles promettent de le sevrer, elles n'en font rien. Dans le meilleur des cas, elles donnent à téter à l'un et à l'autre, et elles complètent par un allaitement au biberon. De ce fait, les nouveau-nés ne reçoivent généralement pas une alimentation correspondant à leurs besoins. Buffon (1749) déplore cette situation de la France où « ... *la plupart des nourrices n'ont pas assez de lait pour fournir à l'appétit de leurs enfans, elles cherchent à l'épargner, & pour cela elles leur donnent un aliment composé de farine & de lait, même dès la naissance ; cette nourriture appaise la faim, mais l'estomac & les intestins de ces enfans étant à peine ouverts, & encore trop faibles pour digérer un aliment grossier et visqueux, ils souffrent, deviennent malades & périssent quelquefois de cette espèce d'indigestion.* »

Les bouillies et panades sont elles-aussi sujettes à controverse parmi le corps médical. Les mères aiment les donner dès les premiers jours, car elles donnent au bébé un bel embonpoint.

Pour Buffon (1749), « *La nourrice ne doit donner à l'enfant que le lait de ses mamelles pour toute nourriture, au moins pendant les deux premiers mois, il ne faudroit même lui faire prendre aucun autre aliment pendant le troisième & le quatrième mois, sur-tout lorsque son tempérament est foible & délicat.* » et « *Après deux ou trois mois, lorsque l'enfant a acquis des forces, on commence à lui donner une nourriture un peu plus solide ; on fait cuire de la farine avec du lait, c'est une sorte de pain qui dispose peu à peu son estomac à recevoir le pain ordinaire & les autres alimens dont il doit se nourrir dans la suite.* »

Comme de nombreux médecins, Dionis (1707) ne l'autorise qu'à 3 ou 4 mois.* Ce dernier exige, en outre, que la nourrice donne le sein à l'enfant aussitôt après, « ... afin que le lait, délayant la bouillie dans l'estomac, elle en soit plus facilement digérée... ».

L'utilisation des bouillies satisfait les médecins de tradition hippocratique. Elle illustre le retour à la nature puisque la farine provient du blé semé par le père dont le labeur participe ainsi au développement de l'enfant ; chargée d'une valeur culturelle et affective, la bouillie devient l'homologue du lait maternel. D'autres médecins, au contraire, les condamnent car ils les accusent d'abîmer l'estomac et l'intestin. Pour Desessartz (1760), la bouillie est « ... plus propre à servir de colle aux relieurs de livres qu'à servir de nourriture aux enfants à la mamelle... ».

Buffon (1749) la considère comme moins nocive lorsqu'elle est donnée à la cuillère après avoir été refroidie dans la bouche ou prédigérée par la salive de la mère (ou de la nourrice). « On voit certaines nourrices, sur-tout dans le bas peuple, qui mâchent des alimens pour les faire avaler ensuite à leurs enfans : avant que de réfléchir sur cette pratique, écartons toute idée de dégoût, & soyons persuadés qu'à cet âge les enfans ne peuvent en avoir aucune impression ; en effet ils ne sont pas moins avides de recevoir leur nourriture de la bouche de la nourrice, que de ses mamelles ; (...) Je le crois fort utile aux enfans, & très-convenable à leur état, c'est le seul moyen de fournir à leur estomac toute la salive qui est nécessaire pour la digestion des alimens solides : si la nourrice mâche du pain, sa salive le détrempe & en fait une nourriture bien meilleure que s'il étoit détrempe avec toute autre liqueur ; cependant cette précaution ne peut être nécessaire que jusqu'à ce qu'ils puissent faire usage de leurs dents, broyer les alimens & les détremper de leur propre salive. »

Le passage par la bouche prolonge la relation nourricière.

Nous avons retrouvé quelques recettes de cette alimentation non lactée :

La panade donnée aux enfants trouvés est composée de pain de froment trempé pendant 6 heures puis bouilli 8 heures, mélangé à de l'anis et du sucre ; le tout est ensuite passé au tamis et devient une crème de pain. On y ajoute souvent du sucre, du miel, de la poudre d'amande, du beurre, du jaune d'œuf (Fig. 19). L'important est de donner au nourrisson une mixture très riche sans souci des possibilités d'adaptation de son organisme.

*L'alimentation lactée exclusive (lait maternel ou industriel) est actuellement recommandée par l'O.M.S. jusqu'à 6 mois (Folliguet et Bénétière, 2006).

Recette pour faire de la Bouillie pour les enfants à la mamelle, avec du riz.

260. Il faut faire moudre une partie de riz, ensuite on fait la bouillie avec un demi-septier de lait, un demi-septier d'eau, un gros & demi de sel, une once & demie de farine de riz : on délaye de la farine avec le lait, l'eau & le sel : on fait bouillir le tout jusqu'à ce qu'il commence à y avoir une croûte légère au fond du poëlon, on l'ôte ensuite de dessus la flamme, & on le met un quart-d'heure ou environ sur la cendre chaude ; on remettra ensuite cette bouillie sur la flamme jusqu'à cuisson parfaite, laquelle se connoît à l'odeur, & lorsque la croûte, qui est au fond du poëlon, est fort épaisse, sans cependant qu'elle sente le brûlé. Quatre livres de farine suffissent par mois, pour la nourriture d'un enfant, à lui faire de la bouillie deux fois par jour ; mais comme la farine de riz seule est un peu trop pesante, deux livres peuvent suffire, en y mêlant un bon tiers de farine de froment.

Fig. 19 : Recette de bouillie, d'après Buchoz, 1783.

On ne connaît les résultats de cette alimentation non lactée que sur les enfants des hôpitaux et ils sont catastrophiques : il y a environ 90% de mortalité en 1765 d'après Raulin, médecin conseillé de Louis XV (Gyotino, 1991).

II.4.3. Le sevrage

Dans la seconde moitié du siècle, de nombreux ouvrages destinés aux mères, portent sur les soins à donner aux enfants. Nous n'avons pu résister au désir de citer certains passages se rapportant au sevrage.

Le sevrage s'effectue à une époque variable entre 6 mois et 2 ans à l'apparition des premières ou des dernières dents de lait. Pour Bunon (1743) : « *Tant que l'enfant n'a point de Dents, il annonce qu'il ne lui faut que du lait & de la bouillie. Aussi-tôt qu'elles commencent à paroître, elles semblent nous avertir que le lait de la Nourrice n'est pas suffisant, & qu'il doit être secondé par quelques alimens plus solides. Ainsi la naissance des Dents, regle & indique la qualité de la nourriture qu'il faut à l'Enfant, à mesure que le corps se fortifie. Mais quoique le lait de la Nourrice & la bouillie, ne puissent pas suffire long-tems à l'accroissement du corps, il est bon de les continuer jusqu'à 18 mois ou 2 ans, & l'on ne doit leur substituer une nourriture plus forte, que quand l'Enfant bien constitué est suffisamment pourvû de Dents, & en état de mâcher ; autrement il est impossible qu'il digere bien, & comme les secondes Dents ne prennent leur accroissement & leur perfection que des sucs mêmes des alimens, elles se ressentiront tôt ou tard du vice de la digestion, & la santé de l'Enfant en sera altérée.* »

Tous insistent sur la nécessité d'un sevrage en douceur. Buffon (1749) écrit que : « *Pour parvenir à l'usage des alimens solides on augmente peu à peu la consistance des alimens liquides, ainsi après avoir nourri l'enfant avec de la farine délayée & cuite dans du lait, on lui donne du pain trempé dans une liqueur convenable.* »

Au moment du sevrage, le lait est remplacé alors par des bouillies, des panades, du sucre, des œufs, du bouillon de bœuf, du gruau, des biscuits, du riz...

Héluvétius (1724) indique des recettes élaborées (Fig. 20) pour les enfants des familles riches mais propose aussi des recettes plus simples, accessibles aux enfants pauvres (Fig. 21).

Dans la seconde moitié du siècle, la nouvelle mère préfère donner des panades et crèmes de riz, conseillées par Rousseau, plutôt que la bouillie traditionnelle. De même, Ballexserd (1762) la désapprouve et croit « *... que la crème de riz, le pain émietté, bien cuit au bouillon de bœuf, ou au lait récemment trait, d'autres fois au beurre frais, dont on fera une panade, ou espèce de bouillie, est un aliment bien préférable pour eux.* » « *Le pain, la soupe variée, le laitage, un peu de viande, voilà leurs meilleurs alimens.* »

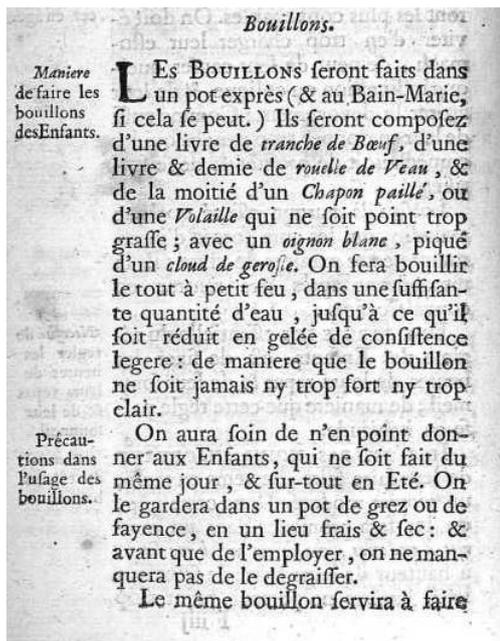


Fig. 20 : Recettes pour les enfants riches, d'après Hélvétius, 1724.

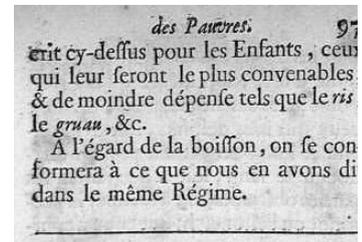
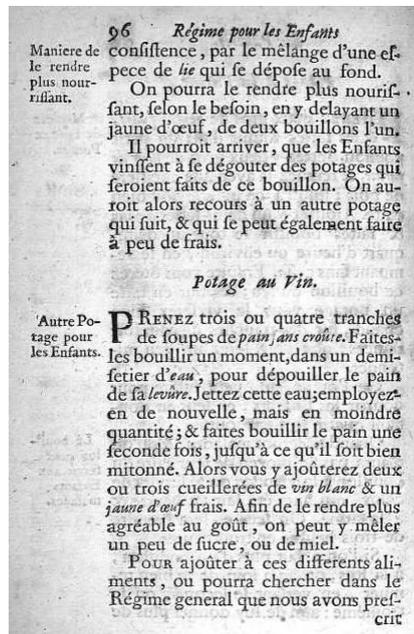
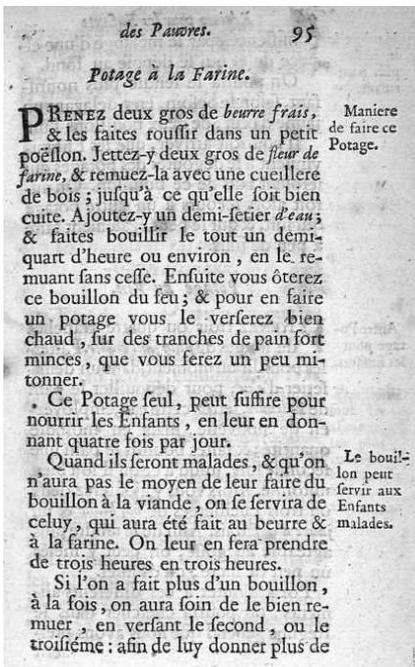
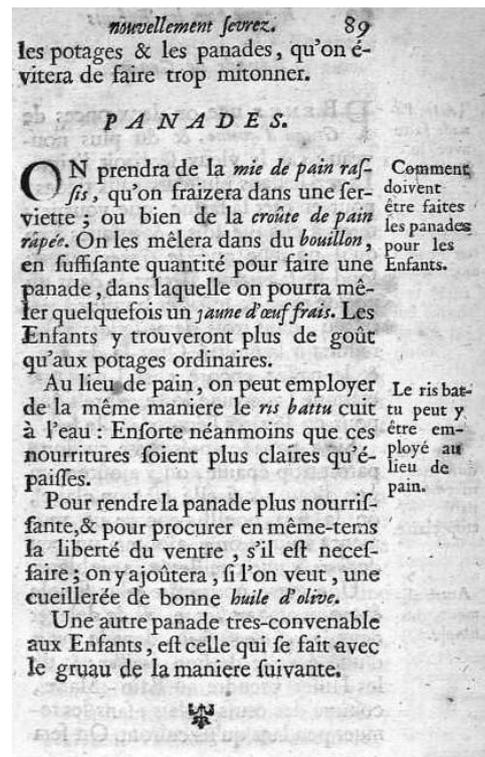


Fig. 21 : Recettes pour les enfants pauvres, d'après Hélvétius, 1724.

et il insiste bien pour que le pain soit « ... *le seul aliment qu'on puisse se permettre de leur donner entre leurs repas ordinaires.* »

Ajoutons que pour Desessartz (1760) « ... *on feroit très-sagement de ne leur point donner de viande avant l'âge de quatre ans ; encore devoit-on alors ne leur donner que du bouilli haché par petits morceaux, & jamais du rôti, & encore moins des ragoûts.* » Il déconseille les fruits verts, susceptibles de donner des vers ainsi que les pâtisseries et sucreries.

Les boissons sont très souvent alcoolisées, malgré les nombreuses protestations des médecins. Buchan (1775) les dénonce : « *Toute liqueur fermentée est dangereuse pour les enfants. Il y a des parents qui leur apprennent à boire de la bière & d'autres liqueurs fortes à tous les repas. Cette conduite ne peut que leur être funeste. (...) l'eau, le lait, le lait de beurre, ou le petit lait, sont les boissons qui conviennent le plus aux enfants.* »

II.4.4. L'alimentation des adultes (Flandrin et Montarani, 1997)

Il nous a semblé important de finir sur l'alimentation de l'adulte, car elle nous permet de mieux comprendre celle du nourrisson.

Si des différences existent selon les milieux, la campagne ou la ville, la base de la nourriture est composée, pour tous, de pains et de bouillies, réalisés à partir de céréales secondaires pour les plus pauvres (seigle, sarrasin) ou de farines de froment pour le pain blanc des gros agriculteurs et des gens des villes.

Bien qu'insuffisante et monotone, cette nourriture absorbe plus de la moitié des dépenses des plus misérables.

Le lard apporte le gras à la soupe quotidienne, composée « *d'herbes* » (chou-salade) et de légumes du jardin ; les œufs du poulailler, les ressources de la chasse ou de la pêche peuvent compléter les repas. Le porc est réservé aux repas de fêtes ; si les vaches sont rares, les paysans possèdent souvent des chèvres et des brebis. La plus grande partie des produits laitiers est écoulée en ville où les marchés sont bien approvisionnés en fromages, en viandes, gibiers et légumes.

L'artisanat semble être le seuil social qui distingue les consommateurs exclusifs de céréales, des mangeurs de viande.

En ce qui concerne les boissons, l'eau des puits et rivières est souvent polluée, les fontaines sont très rares et leur eau de mauvaise qualité. Aussi, les citoyens qui en ont les moyens préfèrent le vin ou la bière (dans le Nord) et l'eau de vie, qui sont des boissons saines grâce à l'alcool qu'elles contiennent.

En fonction de l'élévation du revenu et du rang social, les denrées se diversifient et deviennent de plus en plus raffinées. Les produits coloniaux et exotiques connaissent un véritable engouement : le sucre de canne remplace le miel, alors que le thé et le chocolat, mais surtout le café, deviennent des boissons à la mode. Parallèlement, les manières de table évoluent dans les maisons aristocratiques : chaque pièce répondant à un usage unique, la salle à manger est inventée.

Ce régime comporte, en plus des carences alimentaires, un approvisionnement incertain : suite à l'hiver rigoureux de 1709, la quasi-totalité de la récolte du blé est perdue, et le prix du pain est multiplié par cinq à Paris. Le midi connaît une période de famine en 1753, et le prix du maïs augmente de 25%. Il y a des périodes de disette en 1750 et 1770.

Parmentier, pharmacien militaire, réussit à survivre alors qu'il était prisonnier des prussiens, grâce à la pomme de terre. Il en fit l'éloge dans son Etude des substances alimentaires qui pourraient atténuer les calamités d'une disette. Les paysans sont réticents car ils considèrent la pomme de terre comme nourriture pour les cochons, voir même toxique. Proches de la Prusse, chez les Alsaciens, selon des textes de 1772 et 1775, « ... *l'usage des pommes de terre supplée au défaut de grains...* » et elles « ... *seront à l'ordinaire la ressource des habitants qui sont trop pauvres pour se nourrir de pain pendant l'année entière...* ». Les Lorrains les font cuire à l'eau bouillante ou sous la cendre chaude.

Louis XVI, confronté à la montée du peuple contre le prix du pain, va accrédi- ter la « *bouillie* » de Parmentier. Ce dernier, grâce à sa ténacité et à ses recherches, va faire exploser la consommation de pommes de terre : 40 espèces existent en 1790.

A la fin du XVIIIème siècle, un constat sur l'efficacité des végétaux dans la préservation du scorbut a par ailleurs augmenté la valeur nutritive qu'on leur prête.

Aussi cela amène les savants à débattre du régime alimentaire de l'homme : est-il carnivore ou frugivore ? L'intérêt pour l'architecture du corps et le questionnement sur les morphologies physiques de la bouche, des dents, des ongles, des intestins, vont faire admettre en définitive la qualité d'omnivore : « ... *le tube intestinal de l'homme est parfaitement disposé pour que l'homme soit un animal omnivore. Il ressemble à celui des carnivores par la structure du ventricule et par la brièveté du caecum. Il se rapproche de celui des herbivores par la longueur de l'intestin grêle.* »

II.5. L'hygiène corporelle (Vigarello, 1999)

Alors que rien ne laissait prévoir la découverte de l'antisepsie et de l'asepsie, certains médecins en eurent l'intuition dès le début du XVIIIème siècle.

A. Van Leeuwenhoek fut le véritable inventeur de l'anatomie microscopique, ayant découvert dans les années 1690, les globules sanguins en perfectionnant le microscope.

Spallanzani en 1748 fait naître la bactériologie et invente le terme de « *germe* » en réfutant la génération spontanée. « *Je ne verrais pas qu'il fut possible d'attribuer la naissance des animalcules à d'autres choses qu'à des petits oeufs ou à des semences, ou à des corpuscules organisés que je veux appeler et que j'appellerai du nom générique de germes (...), germes qui résistent pendant un certain temps à la violence du feu, mais qui, à la fin, y succombent.* » (Spallanzani, cité par Vigarello).

Valmont de Bomare préconise la stérilisation prophylactique par l'ébullition en 1769.

Lavoisier s'interroge en 1770 sur la nature de l'eau. Pour les chimistes et les médecins, l'eau devient, avec l'air, l'élément pollué par excellence.

Et c'est L.-B. Guyton de Morveau qui découvre en 1773, les propriétés désinfectantes de l'acide muriatique*. A cette époque, les miasmes attribués aux maladies infectieuses sont généralement confondus avec les mauvaises odeurs. On pense qu'en détruisant ces dernières, on supprime également la cause de l'infection. Et malgré une théorie fautive, l'utilisation de l'acide muriatique va vaincre les miasmes et beaucoup de parasites.

Le chimiste suédois C. W. Scheele découvre le chlore en 1774 ; Berthollet le mélangera à de l'eau et découvrira que cela blanchit les objets : l'eau de Javel est ainsi inventée en 1789 et sa commercialisation débute en 1793. Labarraque la fera adopter comme désinfectant universel en 1822.

C'est au XVIIIème siècle, que l'hygiène publique progresse réellement avec à la fois la fondation du Conseil d'Hygiène et de Salubrité de Paris et la création de la Société royale de Médecine en 1778.

Les pouvoirs publics s'intéressent à l'état sanitaire du pays, et particulièrement à la prévention des maladies. Cela devient une priorité car les épidémies continuent de décimer la population. De nombreux rapports traitent de l'organisation des hôpitaux, l'aménagement des égouts, la réglementation des usines chimiques ou des abattoirs, le déplacement des cimetières hors des villes. Un corps de médecins hygiénistes est créé.

*Ancien nom de l'acide chlorhydrique, utilisé quand le chlore était inconnu.

On commence à édicter des règles d'hygiène pour les hôpitaux, les prisons, les manufactures, les écoles... La société prend conscience du rôle des pouvoirs publics.

Montesquieu, dès 1748, pose les premières bases sociales d'une politique de santé en affirmant dans L'Esprit des Lois : « ... *l'État doit à tous les citoyens une subsistance assurée, la nourriture, un vêtement convenable et un genre de vie qui ne soit pas contraire à la santé...* ».

Par cette phrase, il inspire un article de la Constitution de l'An III, premier texte officiel français définissant les principes de la création d'une Sécurité Sociale.

Condorcet préconise d'ouvrir des « ... *caisses au moyen desquelles de petites épargnes puissent assurer le secours à l'infirmité, à la vieillesse.* » Chamousset installe chez lui un dispensaire gratuit et pose les principes associatifs d'une assurance maladie.

II.5.1. L'hygiène urbaine (Lepine, 1984)

Avec l'épanouissement du siècle des Lumières, se multiplient les esprits qui estiment que l'hygiène est essentielle à la conservation de la santé. Des mesures visent à améliorer la propreté en général, mais aussi plus particulièrement l'amélioration des égouts, la qualité de l'eau, la salubrité des habitations et l'état des cimetières.

Selon Tourtelle (1750), la mort frappe dans le même temps « *un habitant sur 40 dans les campagnes et un sur 24-26 dans les villes.* » (Tourtelle, cité par Lepine).

A la campagne, les familles de paysans ne se lavent pas et vivent à l'étroit, avec leurs animaux, mais bénéficiaient de l'air pur.

A la ville, il faut éviter d'habiter près des boucheries, des hôpitaux, des cimetières, des cardeurs de laine...

Il est vrai que la propreté des villes laisse encore à désirer ; aussi sont édictées les premières mesures de voirie. Les rues ne sont pas toutes pavées, et servent à l'écoulement des eaux usées : il en résulte une boue perpétuelle et leur pavage n'empêche pas l'invasion de détritrus. A Paris, ces boues et immondices sont ainsi conduites jusqu'à la Seine, où l'eau consommée est puisée.

Sous Louis XVI, la capitale reçoit le surnom explicite de « *ville de boue* »...

Ce n'est qu'à partir de la seconde moitié du siècle que les rues sont régulièrement arrosées.

Les premiers trottoirs apparaissent en 1782.

A la campagne, ce sont le plus souvent les médecins, relayés par les municipalités, qui luttent pour l'installation de lavoirs, de fontaines communales, d'abattoirs municipaux, de services de voiries, de fosses d'aisance et de services d'enlèvement des ordures.

Le problème de l'approvisionnement en eau potable

L'alimentation en eau provient de quelques rares fontaines, de puits creusés dans les cours des maisons ou aux coins des rues ; mais cette eau est souvent souillée par les infiltrations et on ne la consomme que lorsque celle du fleuve est imbuvable.

A Paris, la Seine est polluée, comme nous le rapporte l'abbé Jacquin : l'eau de la Seine est en elle-même une eau excellente et salubre « ... *elle ne devient malsaine que par le mélange des immondices, des matières putrides, des sels âcres, corrosifs et urineux qu'elle reçoit continuellement par la rivière des Gobelins, par les égouts des rues, des hôpitaux et des ateliers des artisans de toute espèce. On a cherché plusieurs moyens de la purger de ces corps étrangers qui en corrompent la masse en tout temps, et surtout en été, où le volume des eaux et de la Seine excède à peine de moitié celui des matières et des liqueurs corrompues qu'elle reçoit en passant par Paris...* » (Jacquin, cité par Lepine, 1984).

L'insalubrité des eaux de la Seine a été reconnue très tôt, mais malgré cela, la moitié des Parisiens continue à boire de cette eau impure.

Paris s'équipe donc d'un certain nombre de fontaines (on en dénombre 85 à la veille de la Révolution), approvisionnées en eaux de source par des aqueducs. Les puits restent également d'usage quotidien pendant longtemps puisqu'au début du XIXème siècle, on en compte encore au moins 25.000 privés dans la capitale.

En 1791, l'ensemble de l'eau distribuée permet d'assurer à chaque parisien une quantité d'environ cinq litres d'eau. Or les besoins sont estimés à 20 litres par habitant et par jour.

Les frères Perrier créent alors la Compagnie des Eaux de Paris en 1778, société permettant de distribuer l'eau à titre onéreux chez les particuliers qui souscrivent un abonnement. Leurs « *pompes à feu* », permettent de relever davantage d'eau, transitant par des réservoirs où elle décante avant d'être envoyée dans le réseau.

Pour purifier l'eau, un filtre domestique est installé dans la demeure des privilégiés, mais même si la première usine de clarification est installée en 1806 à Paris, l'épuration des eaux n'entrera dans les mœurs qu'entre les deux guerres.

L'évacuation des déjections humaines

C'est un autre problème qui mettra beaucoup de temps avant d'être résolu.

On se contente à l'époque de les rejeter dans la rue, pratique qui s'est poursuivie séculairement puisque nous en voyons l'interdiction renouvelée, sans succès apparent, de siècle en siècle. Une ordonnance de 1780 défend encore « ... *de jeter par les fenêtres, tant de jour comme de nuit, aucunes eaux, urines, matières fécales et autres ordures à peine de 300 livres d'amende...* ».

La solution est la création de fosses d'aisances qui ne sont pas encore des fosses sceptiques mais de simples puisards qu'il faut vider chaque année.

La description de Mercier, dans son Tableau de Paris, (12 tomes parus de 1782 à 1789) nous semble assez explicite : « *Les maisons sont puantes, et les habitants perpétuellement incommodés. Chacun a dans sa maison des magasins de corruption ; il s'exhale une vapeur infecte de cette multitude de fosses d'aisance. Leurs vidanges nocturnes répandent l'infection dont tout un quartier, coûtent la vie à plusieurs malheureux, dont on peut apprécier la misère par l'emploi périlleux et dégoûtant auquel ils se livrent.* »

« *Ces fosses, souvent mal construites, laissent échapper la matière dans les puits voisins. Les boulangers, qui sont dans l'habitude de se servir de l'eau des puits, ne s'en abstiennent pas pour cela ; et l'aliment le plus ordinaire est nécessairement imprégné de ces parties méphitiques et malfaisantes.* »

« *Les vidangeurs aussi, pour s'épargner la peine de transporter les matières fécales hors de la ville, les versent au point du jour dans les égouts et dans les ruisseaux. Cette épouvantable lie s'achemine lentement le long des rues vers la rivière de Seine, et en infecte les bords, où les porteurs d'eau puisent le matin dans leur seaux l'eau que les insensibles Parisiens sont obligés de boire.* » (Mercier, 2006).

Le problème des inhumations

De tous temps, elles eurent lieu dans l'enceinte des villes, elles sont donc aussi une des causes d'insalubrité et de pestilence. Il arrive que l'on enterre les morts dans les jardins, les cours, les maisons où ils ont habité. De plus, la croyance entretenue par les gens d'Eglise, aux avantages qu'il y a à être inhumé chrétiennement en un lieu consacré, fait que les alentours des édifices destinés au culte sont transformés en cimetières, les personnages importants étant inhumés au sein même de l'église. « *L'odeur cadavéreuse se fait sentir dans presque toutes les églises ; de là l'éloignement de beaucoup de personnes qui ne veulent plus y mettre le pied. Le vœu des citoyens, les arrêts du Parlement, les réclamations, tout a été inutile : les exhalaisons sépulcrales continuent à empoisonner les fidèles.* » (Mercier, 2006).

Au cours de l'été 1773, l'église Saint Etienne de Dijon est envahie d'une telle puanteur que les fidèles en tombent malades.

On commence alors à déplacer les cimetières en périphérie urbaine.

D'autres mesures toucheront certaines catégories d'établissements comme les abattoirs et leurs contrôles vétérinaires, les teintureries, les cafés, les salles de spectacles et les bains publics.

Il faut donc arriver à la fin du XVIIIème siècle, pour que les chimistes et les hygiénistes considèrent que respirer un air pur est une des conditions de la santé. « *Dès*

que l'air ne contribue plus à la conservation de la santé, il tue ; mais la santé est le bien sur lequel l'homme se montre le plus indifférent. Des rues étroites et mal percées, des maisons trop hautes et qui interrompent la libre circulation de l'air, des boucheries, des poissonneries, des égouts, des cimetières, font que l'atmosphère se corrompt, se charge de particules impures, et que cet air renfermé devient pesant et d'une influence maligne. » (Mercier, 2006).

L'urbanisme des Lumières, ne réussit toutefois pas à bouleverser fondamentalement la trame du bâti urbain et le désordre des rues encombrées, mais un certain nombre de mesures et de réalisations contribuent en tout cas à rendre les cités moins malsaines.

La promotion de cette hygiène publique n'empêche toutefois pas la méconnaissance complète de l'hygiène individuelle, ce qui ne fait qu'en atténuer, pour ne pas dire annuler, les effets bénéfiques.

Ainsi, les médecins appelés auprès des malades respirent-ils à travers un tampon imprégné de vinaigre (confondant miasmes et mauvaises odeurs) et, pour la plupart des gens, se parfumer revient pratiquement à se laver.

II.5.2. L'hygiène individuelle (Galmiche, 1999 ; Goubert, 1998 ; Lepine, 1984 ; Mikailoff, 1990 ; Encarta, 2009)

C'est un euphémisme de dire que l'hygiène individuelle laisse à désirer. Les récits de l'époque sont remplis d'anecdotes parfois croustillantes.

II.5.2.1. Le soin du corps

La crainte de l'eau et la toilette sèche

Sous l'Ancien Régime, l'eau suscite la méfiance.

Elle est susceptible de nuire à la vue, de déclencher des catarrhes et des névralgies dentaires, de pâlir le visage, de fragiliser la peau.

De plus, on a remarqué que l'eau chaude, et *a fortiori* les bains, entraînent une dilatation des pores de la peau. Quelles meilleures portes d'entrée ne peut-on créer à tous les miasmes pestilentiels porteurs de maladies ?

La crasse devient alors un facteur de conservation, elle protège. Le principe de l'« *essuiement* » est à son apogée. L'opération consiste à se frotter le corps avec des linges propres et blancs et d'en changer jusqu'à ce que ces derniers ne portent plus aucune trace de saleté. Cosmétiques et essences sont dès lors les outils d'une propreté de surface qui privilégie les apparences. La toilette à l'eau est réservée à la populace qui n'a pas les moyens de s'offrir du linge blanc.

Pendant la seconde moitié du XVIIIème siècle, l'hygiène fait de grands pas. Le linge n'apparaît plus comme le meilleur instrument de propreté. L'eau retrouve enfin une place parmi les théories hygiénistes.

Les vêtements

Si les frivolités vestimentaires du XVIIème siècle démarquent le noble du bourgeois et du paysan, ces atours extravagants sont seulement secoués de temps en temps pour les débarrasser de leurs poussières et parfumés pour les masquer de leurs odeurs désagréables.

Le XVIIIème siècle accorde une liberté dans la mode vestimentaire avec une légèreté des tissus, une simplicité des formes qui redonne aux corps toute l'aisance nécessaire à leurs déplacements. Cette liberté annonce le changement des habitudes de propreté qui vont s'opérer dans la seconde moitié du siècle.

Ce royaume de l'apparat mène également à d'autres pratiques, notamment l'usage du maillot de corps, qui contrairement à la peau et aux vêtements, est lavé régulièrement.

Les enfants deviennent très tôt des adultes. Ayant abandonné la robe commune aux garçons et aux filles, ils deviennent vers 6 ans de petits hommes et sont habillés comme tels, avec l'habit et la culotte. Ce n'est que vers la fin du siècle, que naît une véritable différenciation entre les habits des enfants et ceux des adultes.

Les odeurs, point important de l'histoire de l'hygiène

Les odeurs sont acceptées, tolérées jusqu'au XVIIème siècle, puis de nombreuses mesures sont prises, que ce soit à l'échelle de la ville ou des individus. On ne cherche pas à supprimer les odeurs corporelles, mais on les couvre avec des parfums très forts. Visages, mains, bouches sont nettoyés à l'eau parfumée. Puis au XVIIIème siècle, les aristocrates délaissent peu à peu ces parfums trop entêtants (musc, ambre) pour des parfums plus légers, fleuris ou fruités.

Les visages et les fards

Les visages tendent vers plus de naturel, aux poudres blanches blafardes, on préfère maintenant les fards blonds, plus doux. Le fard à outrance est passé de mode, d'autant plus que les médecins dénoncent la toxicité des cosmétiques. En effet, les sels de plomb, de mercure, de bismuth, d'arsenic, de zinc et de soufre qui les composent, attaquent la peau par leurs actions corrosives et desséchantes, déchaussent les dents et fragilisent les yeux. Lady Coventry, décédée en 1760 fut la première victime des effets des cosmétiques, après s'être régulièrement maquillée le visage avec de la cèruse, à base de poudre de plomb blanche.

De plus, par leurs effets colmatants, les fards provoquent une couche de crasse considérable qui empêche la transpiration. La théorie selon laquelle il faut isoler la peau de l'air extérieur devient peu à peu obsolète : il s'agit maintenant, au contraire, de la laisser respirer et de ne pas entraver le processus naturel de sécrétion.

La Société royale de Médecine décrète que les produits de beauté doivent être analysés et approuvés par des chimistes compétents avant d'être mis en vente. Le Dictionnaire universel de commerce, édité en 1762, mentionne le pain d'amande et le savon comme articles d'hygiène. L'ouvrage reconnaît que les savons rendent les matières grasses solubles dans l'eau et, par conséquent, qu'ils sont « ... *très propres à nettoyer et à dégraisser...* ».

Les dents

(Bogolposky, 1995 ; Burthier, 1984)

Au XVIIIème siècle, tous les grands protagonistes de l'art dentaire s'accordent sur la nécessité d'une hygiène rigoureuse et journalière (Fig. 22). Fauchard déplore surtout le manque de motivation de ses contemporains. Il désire les amener à consacrer plus de temps et d'attention à l'entretien de leurs dents.

On se sert donc surtout de cure-dents, de gratte-langues et d'éponges. Fauchard propose même une véritable méthode de brossage, qui n'est pas sans nous rappeler nos techniques : « ... *se laver la bouche tous les matins avec de l'eau tiède en se frottant les dents de bas en haut et de haut en bas, par dehors et par dedans, avec une petite éponge des plus fines trempée dans la même eau.* » (Fauchard, cité par Burthier, 1984).

La brosse à dents (Fig. 23) n'est pas encore répandue et reste l'apanage des gens aisés. Dans les ouvrages de l'époque, ses allusions sont rares, et lorsqu'elles existent, c'est souvent pour en déconseiller l'usage. Fauchard lui-même en est ennemi. Il craint que sa matière trop rude n'abîme les dents et les gencives. Les opiacés, dentifrices et élixirs sont très en vogue.

Le nettoyage chirurgical des dents, le détartrage, sont des opérations mentionnées dans tous les grands traités chirurgicaux (Fig. 24). Bunon (1746), suivant Fauchard, relate l'importance d'un détartrage régulier effectué par un dentiste : « ... *quand une fois des dents saines sont nettes et propres il ne faut plus qu'un peu de soin pour les conserver longtemps dans cet état...* ». Pour d'autres, cet acte est réputé nocif car censé rayer les dents.



Fig. 22 : Nécessaire d'hygiène dentaire, 1726-1732



Fig. 23 : Brosse à dents en argent et poils de sanglier, 1726-1732



Fig. 24 : Trousse à détartrage, fin XVIIème siècle.

Les mains

Les manuels de savoir-vivre insistent sur leur ablution quotidienne. Pourtant, les bassins à laver les mains ne sont utilisés que dans les grandes réceptions pour faire honneur aux invités et il est rare que soit ajouté quelque ingrédient à l'eau fraîche.

L'usage des fourchettes passant dans les mœurs, améliorent grandement la propreté des mains. Mais, avec l'usage de manger avec les doigts, disparaît celui de se laver les mains avant le repas. À la campagne où les mains servent souvent de couverts, on les lave au puits après le repas. Ce n'est qu'à la fin du XIX^{ème} siècle que les prescriptions des hygiénistes et les efforts de l'éducation rendent l'hygiène quotidienne.

Les cheveux

La brosse à cheveux n'a pas une origine clairement établie, elle apparaît au XV^{ème} siècle, et son usage restera limité tant que la mode des perruques poudrées régnera sur l'Europe (jusqu'au XVIII^{ème} siècle). Les cheveux sont couverts de parasites, qui sont considérés comme un dérèglement des humeurs (lié à l'alimentation) plus que comme une preuve de saleté. En effet, les cheveux restent enfermés dans les chapeaux et les perruques, ce qui fait que les soins apportés n'empêchent pas les poux d'y proliférer. Même si la mode des perruques s'estompe au XVIII^{ème} siècle, leur commerce reste florissant à Paris, avec 1100 perruquiers en 1782, aidés de 6000 garçons-perruquiers.

II.5.2.2. Ce que l'on conseillait pour les enfants

L'embaillotement

Aussitôt né, l'enfant est soigneusement embailloté. Le corps bien serré, entouré jusqu'au cou de bandelettes, il a l'aspect d'une momie (Fig. 25). Le maillot (qui avait une grande importance dans les siècles précédents) a pour but d'empêcher le stade animal de la marche à quatre pattes, de conserver la chaleur corporelle, de contribuer au façonnage du squelette et de permettre un transport facile sans voiture. Mais il est aussi un agent puissant de malpropreté dans la mesure où on hésite à le renouveler.

Montaigne condamnait déjà cette coutume ; mais il ne fut point écouté, et à la fin du XVII^{ème} siècle, les médecins la regardent comme excellente. Mme de Maintenon dénonce cet usage qui fait croupir les nourrissons dans leur saleté. Dans une lettre du 24 avril 1707, elle explique à la princesse des Ursins qu'en Angleterre, au contraire, dès le troisième mois, les enfants ne sont enveloppés que « ... dans un lange et une couche sans aucune bande ; ce qui fait qu'on les change aussitôt qu'ils ont fait la moindre saleté, et ne demeurent jamais, comme les nôtres, serrés et bandés dans leur ordure. »



Fig. 25 : Bébé emmailloté

(Maintenon, cité par Franklin, 1896). Cette nouvelle conception de l'embaillotement mettra du temps pour se répandre et ne sera connue en France qu'au XIX^{ème} siècle.

Buffon peut encore écrire un demi-siècle plus tard : « *A peine l'enfant est-il sorti du sein de sa mère, à peine jouit-il de la liberté de mouvoir & d'étendre ses membres, qu'on lui donne de nouveaux liens, on l'embaillote, on le couche la tête fixe & les jambes allongées, les bras pendans à coté du corps, il est entouré de linges & de bandages de toute espèce qui ne lui permettent pas de changer de situation ; heureux ! si on ne l'a pas serré au point de l'empêcher de respirer, & si on a eu la précaution de le coucher sur le coté, afin que les eaux qu'il doit rendre par la bouche, puissent tomber d'elles-mêmes, car il n'auroit pas la liberté de tourner la tête sur le coté pour en faciliter l'écoulement.* » (Buffon, 1749).

De même, Desessartz (1760) dénonce cette pratique et en montre les méfaits : « *Il y a des Nourrices qui serrent si fort les langes sur cette partie [la poitrine], qu'à peine l'enfant peut-il respirer.* » ; « *... les liens dont on les enveloppe s'opposent à leur accroissement...* ».

L'habillement du nourrisson est complété par des bandes de toile, une chemise, une camisole, un lange de toile, un lange de laine et, éventuellement, des langes brodés. Mais aussi par un béguin, coiffure rigide en paille dite aussi « *chaperon* », « *bonnet pare-choc* » ou « *bourrelet* », censé protéger la tête des traumatismes crâniens ; ainsi qu'une calotte de laine et une cornette destinées à la réchauffer.

Rousseau considère le maillot comme une « *extravagance barbare* ». Avec Saucerotte (1741-1841), il condamne l'antique modelage-pétrissage du crâne, défendu par Astruc (1684-1766). Le succès qu'obtient L'Emile, traité d'éducation naturel et hygiénique paru en 1762, a enfin raison d'une coutume si invétérée.

Concernant la toilette, le petit enfant est baigné et lavé, car selon la théorie humorale toujours en vogue, la base de la santé est la régularité avec laquelle se fait la transpiration. Aussi, si cette humeur viciée ne peut pas s'évacuer à cause de la saleté de la peau, elle refluera à l'intérieur du corps et l'empoisonnera.

Mais encore faut-il respecter le « *chapeau* », couche de crasse protégeant la fontanelle encore membraneuse et considérée comme une couche de santé.

Quant à l'urine, toujours très employée en thérapeutique, on conserve son pouvoir bénéfique en faisant sécher les langes sans les laver.

Malgré l'usage de la chaise percée et du pot de chambre, l'éducation sphinctérienne et l'apprentissage de la propreté laissent beaucoup à désirer à une époque où les latrines n'existent pas et où chacun se soulage comme il le peut.

En 1703, Jean-Baptiste de La Salle, dans Les règles de la bienséance et de la civilité chrétienne, propose aux écoliers de nettoyer leur face avec un linge, de peigner leurs cheveux, de frotter leurs dents, de couper leurs ongles. Il s'agit d'avoir une bonne

apparence, de paraître propre, sans se laver vraiment. L'auteur met son lecteur en garde contre les ablutions susceptibles de fragiliser le visage et d'ôter les protections naturelles contre le chaud et le froid. Les éducateurs se soucient du corps des écoliers mais ne pensent pas aux bains, trop vilipendés par les médecins.

Rousseau, toujours dans L'Emile, préconise les ablutions d'eau froide (Fig. 26) et les mœurs primitives. Il admire les indigènes qui trempent leurs enfants dans les rivières et leur laissent l'entière liberté de leurs membres. Jusqu'à l'adolescence, Rousseau souhaite éveiller la sensibilité enfantine par un mode de vie libre, conforme au besoin de mouvement du jeune âge. Il veut habituer l'enfant à l'hygiène quotidienne et l'endurcir tout en dynamisant ses capacités corporelles par des promenades, des courses, des sauts, des exercices gymnastiques, des jeux et la natation.

II.5.2.3. Les appareils sanitaires (Lepine, 1984)

Qu'on ne s'y trompe pas, de tout temps, - et jusqu'à une époque très récente -, c'est d'abord la nature qui accueille les excréments humains. En ville, c'est le seau, la rue, la rivière ou le fleuve qui les recueille. La maison du Roy par exemple est une véritable place publique. Les dessous des escaliers, les balcons, les tambours de porte servent à satisfaire toutes sortes de besoins. Les 100 marches du palais de Versailles servent de lieu d'aisances. Les dames ne portent pas de culottes, ce qui simplifie les opérations.

Les « *porteurs d'aisances ambulantes* », munis d'un seau et d'un grand manteau qui fait office de rideau, proposent pour 4 sols, leurs services aux promeneurs pris d'un besoin pressant... et revendent ensuite les excréments comme engrais.

L'usage des chaises percées, toujours en vogue, se répand. Les monarques et leurs épouses ont leurs chaises personnelles, et on en trouve également dans les maisons bourgeoises.

Dès 1769, des architectes proposent les premiers water-closets « *à l'anglaise* », mais ces derniers s'imposent lentement, et tout le long du XIX^{ème} siècle, les chaises percées et les pots de chambre gardent la faveur des Français.

Sous Louis XVI, les gestes de l'hygiène corporelle commencent à s'effectuer dans des pièces spécifiques, à l'abri des regards. L'eau commence lentement à être acceptée.

C'est aussi au XVIII^{ème} siècle qu'apparaît le bidet.

La salle de bains devient la mode dans les classes aisées. Les cuves ne sont plus en bois doublé de plomb, mais en cuivre étamé, que les particuliers peuvent acheter chez le chaudronnier. Il y a la baignoire-sabot, des baignoires en forme de sofa ou de



Fig. 26 : Le bain, Illustration de L'Emile de Rousseau.

chaise-longue. (Fig. 27) Mais cette mode est plutôt dans une optique de détente : on y cause, on fait salon.

C'est vers 1770 qu'apparaissent les premières baignoires en tôle. À partir de ce moment, la vente des baignoires commence vraiment à s'accélérer et leur usage peu à peu à se populariser. Pourtant ce n'est qu'au XIX^{ème} siècle que le bain devient une pratique hygiénique.

Toutefois au XVIII^{ème} siècle, on se baigne encore souvent dans les rivières, à la grande indignation de certains qui critiquent cette pratique qui s'effectue le plus souvent dans le plus simple appareil à côté des bateaux-lavoirs où se rassemblent les femmes. Puis, à la fin du siècle, des bateaux « *toues* » abritant les baigneurs des regards indiscrets s'installent au bord des rivières.

Néanmoins, des inégalités sociales persistent.

La saleté du corps est certes pratiquement aussi répandue dans l'aristocratie que chez les plus pauvres ; mais les gens du peuple s'entassent dans les quartiers insalubres des villes, véritables cloaques permanents, ou dans les pièces uniques, souvent à lit unique, des habitations rurales. Les riches eux, occupent des hôtels particuliers ou des châteaux, protégés des pollutions et entourés de jardins.

II.6. La santé de l'enfant

Le XVIII^{ème} siècle voit apparaître dès son début un esprit nouveau qui n'accepte pour vérité que ce qui est vérifié par l'observation et par l'expérience, mais il n'y a pas de révolution médicale. Les médecins se préoccupent de tous les comportements et conditions de la vie courante : l'habitat, la propreté du corps et de la maison, l'alimentation... Mais la pratique médicale s'effectue toujours sans aucun examen clinique du patient.

Les fondements de la médecine reposent sur la théorie des humeurs, vieille de vingt siècles, que nous pouvons résumer ainsi :

Le corps est constitué des quatre éléments fondamentaux, air, feu, eau et terre possédant quatre qualités : chaud ou froid, sec ou humide. Ces éléments, mutuellement antagoniques, doivent coexister en équilibre pour que la personne soit en bonne santé.

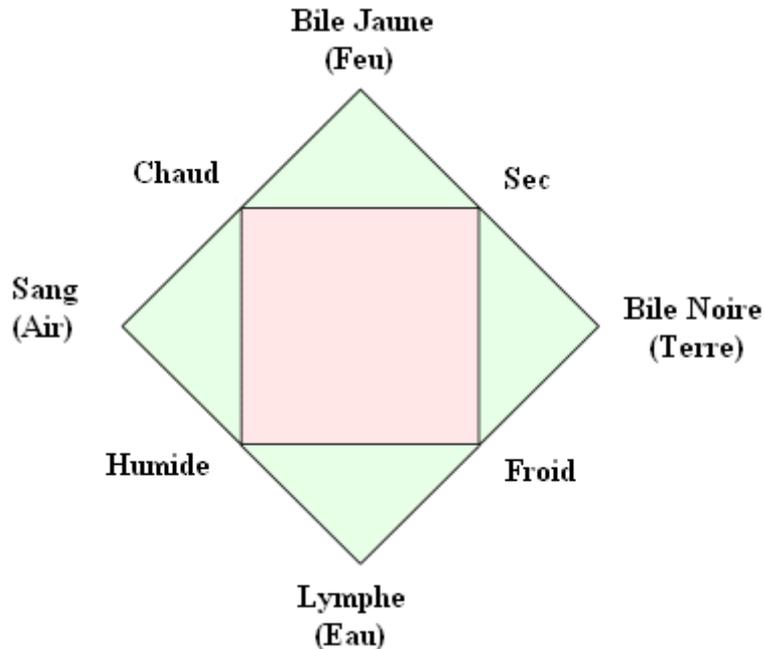
Ces éléments sont représentés dans l'économie animale par quatre humeurs (ou liquides) :

- le sang : produit par le foie, reçu par le cœur,
- la pituite ou flegme ou lymphe : rattachée au cerveau,



Fig. 27 : Types de baignoires, XVIIIème siècle.

- la bile jaune : venant également du foie,
- la bile noire ou atrabile : venant de la rate.



Selon leur prédominance, ces humeurs vont déterminer les quatre tempéraments fondamentaux :

- le bilieux (chaud et sec), est plutôt anxieux ou coléreux,
- l'atrabilair (froid et sec), est plutôt triste, mélancolique,
- le flegmatique ou pituitaire (froid et humide), a un caractère froid et lent,
- le sanguin (chaud et humide), est plutôt joyeux.

Notons que les personnes au tempérament pituitaire sont considérées comme particulièrement sujettes aux douleurs dentaires.

Ces humeurs sont influencées par les saisons et les âges de la vie.

Tout déséquilibre mineur entraîne des « sautes d'humeur », tout déséquilibre majeur menace la santé du sujet.

En effet toute maladie correspond à un déséquilibre (surabondance ou insuffisance) qualitatif ou quantitatif des humeurs. La guérison est donc liée à un retour à l'équilibre, en conséquence, aux drogues sont associés des purges, des saignées, des ventouses, des bains, des frictions, des fumigations, et un contrôle du régime alimentaire par des diètes sévères.

La médicalisation de l'enfance est tardive, elle est plus ou moins contemporaine des progrès de l'obstétrique, et n'a commencé à susciter chez les médecins un intérêt réel et soutenu qu'à partir des années 1750. Mais la thérapeutique déçoit et les mères

continuent à appliquer un savoir oral et coutumier sur les manières de guérir un enfant malade. Les amulettes, les prières et les pèlerinages complètent la panoplie des soins.

II.6.1. Les maladies de l'enfant (Huard et Laplane, 1979)

3 grands types de maladies frappent les jeunes enfants :

- les maladies digestives comme la gastro-entérite. Elles sévissent surtout en été. Provoquant des diarrhées, elles conduisent à la mort ou à une perte sévère de poids. Les aliments ne sont pas correctement assimilés du fait de la réduction du transit intestinal, le corps perd ainsi des éléments nutritifs ce qui déséquilibre le métabolisme, les parents remplacent la nourriture solide par des aliments dilués ce qui aggrave l'état nutritionnel du jeune malade. Le déficit pondéral et la dégradation nutritionnelle préparent le terrain aux maladies infectieuses.

- les maladies respiratoires au rang desquelles figurent les pneumonies, les bronchites, les pleurésies, les formes tuberculeuses (primo-infection, méningite tuberculeuse). Elles frappent d'avantage en hiver.

- les maladies épidémiques qui regroupent la variole, la rougeole, la diphtérie, la dysenterie... Ces pathologies infectieuses sont largement dominantes car il faut souligner qu'à cette époque bien antérieure aux travaux de Louis Pasteur, il existe une méconnaissance totale en matière d'infectiologie. Les notions de germes pathogènes, d'asepsie et les concepts épidémiologiques de base sont totalement ignorés. Il faut attendre 1796 pour que Jenner prouve que le pus de vaccine introduit par scarification dans l'organisme humain le protège de la variole. Ce procédé nouveau divise encore les médecins, mais la vaccination finira par s'imposer et remplacera la variolisation au début du XIX^{ème} siècle. Des campagnes massives de vaccination seront alors organisées dans toute l'Europe.

Les autres affections les plus courantes sont la rage, les tumeurs cancéreuses, et les maladies vénériennes, regroupées sous le nom de « vérole ».

Les maladies carenciales et nutritionnelles sont nombreuses, causées par la cherté de la vie. La malnutrition, en particulier phosphocalcique, multiplie les cas de rachitisme, maladie considérée à tort comme nouvelle.

II.6.2. La thérapeutique

Les médecins connaissent mal les enfants dont ils sont pratiquement séparés par l'écran des mères et des nourrices. Ils se cantonnent dans le verbalisme et les généralités. La thérapeutique restée peu efficace montre bien le décalage existant entre le savoir considérablement accru et le pouvoir resté très faible du médecin.

Hormis l'utilisation du quinquina*, le médecin reste totalement désarmé devant la plupart des pathologies. On se contente de pratiquer des saignées, de poser des sangsues ou de prescrire des vomitifs et des lavements. Et bien souvent, plutôt que de médicamenter le nourrisson trop fragile, on saigne et on purge à sa place sa nourrice.

La chirurgie quant à elle, est plus qu'aléatoire de fait de l'infection, des septicémies, du tétanos et de la pourriture d'hôpital qui fait des ravages parmi les opérés. De plus, l'anesthésie est toujours inexistante (Galmiche, 1999).

II.6.3. Les soigneurs

Au début du XVIIIème siècle, les médecins n'ont pas encore le monopole des soins. Les chirurgiens jouent un rôle de plus en plus important au sein de la société. Ils se basent sur des connaissances anatomiques précises et détaillées ; ils sont habiles, mais les raisons qui favorisent l'opération sont encore mal définies.

L'existence d'une médecine non professionnelle, exercée par les membres du clergé, les innombrables charlatans, voire par les malades eux-mêmes (qui pratiquaient déjà une certaine forme d'automédication), ne peut être occultée, dans un contexte de pénurie de praticiens diplômés. Nombreux sont ceux qui pratiquent, avec plus ou moins de bonheur, l'art de guérir : religieuses, rebouteux, rhabilleurs...

En effet, issus de la bourgeoisie (qui peut payer à ses fils des études longues), les médecins s'installent dans les villes, très peu dans les campagnes. Aussi les malades s'adressent bien souvent au curé et aux moines. Etant donné que les causes des maladies sont inconnues, elles sont bien volontiers attribuées à des puissances occultes ou surnaturelles. Face à ces puissances malfaisantes, on s'en remet aux saints, en pratiquant des oraisons spécifiques, voire parfois en organisant des pèlerinages. Ces pratiques prennent de telles proportions que l'Eglise doit intervenir pour interdire le culte de plusieurs saints qui ne sont pas reconnus. Paysans et pauvres restent aux mains des rhabilleurs, des rebouteux, voire des sorciers et des commères de village. Grâce à leurs secrets, ils peuvent intercéder auprès des puissances bienfaitrices pour contrer le mal qui les habite.

Les guérisseurs sont à la fois respectés et très redoutés par les gens, qui craignent que ces derniers n'utilisent contre eux leurs pouvoirs. Les rebouteux, quant à eux, prétendent guérir entorses, fractures et luxations. Leurs méthodes sont totalement empiriques, tout comme des charlatans qui prodiguent des soins, sans aucune connaissance médicale et sans aucun scrupule. A cette époque, la distinction entre « médecin » et « guérisseur » échappe au commun des mortels (Grignon, 1993).

*L'écorce du quinquina contient des alcaloïdes, dont la quinine, qui a des propriétés médicinales reconnues.

La dentisterie est elle aussi une profession mixte. Nombreux sont les protagonistes qui s'en chargent : les chirurgiens, les barbiers, les opérateurs dentaires...

A Paris, il y a quelques « dentateurs ». Ils sont sédentaires, parfaitement outillés et qualifiés pour arracher les dents dans de bonnes conditions, préparer et vendre des élixirs, traiter le scorbut des gencives. Ils répondent aux besoins des personnes de qualité, soucieuses de leur santé buccale, des dames de l'aristocratie parisienne en particulier. Ils sont plus ou moins reconnus par la Communauté des Chirurgiens, et vivent difficilement de leur activité.

Et s'ils sont diplômés comme la législation l'exige, ils sont « Experts pour les dents ». Le public ne fait pas encore la distinction. De nombreux opérateurs ambulants parcourent les villes et les villages, s'installent sur les marchés et les foires et sont bien souvent baptisés « charlatans ». Dans les campagnes reculées, lorsqu'une extraction facile doit être pratiquée entre deux passages des « arracheurs de dents », c'est généralement le forgeron ou le coutelier qui s'en charge à l'aide de ses outils.

III. La santé bucco-dentaire de l'enfant au XVIIIème siècle

Nos propos distingueront :

1°) les connaissances scientifiques acquises sur les dents et plus particulièrement celles des enfants (Fig. 28),

2°) les pathologies odontopédiatriques et leurs traitements, abordés dans un second temps.

Cette citation de Courtois nous semble parfaitement appropriée à l'introduction de ce chapitre : l'homme est à peine né « ... *qu'il paie le tribut de la vie par les douleurs de la dentition, qui quelquefois le conduisent au tombeau. Cette opération de la nature par laquelle se fait la croissance des dents chez les enfants, leur occasionne des accidens sans nombre : tels que la fièvre, le dévoiement & des convulsions. Mais l'enfant parvient-il à franchir cette crise terrible des premiers jours de sa vie, il n'en est pas pour cela quitte des autres maladies auxquelles nous exposent les dents ; plus avancé en âge, on a lieu de craindre la carie, les fluxions, les fistules aux gencives, & autres affections qui ne sont pas moins redoutables dans leurs effets que la dentition.* » (Courtois, 1775).

III.1. Les connaissances générales acquises par les « Experts pour les dents »

Nous avons vu que c'est au cours du XVIIIème siècle que se manifeste un sentiment nouveau de l'enfance, par la prise de conscience de sa spécificité et un vif souci de sa préservation, de sa santé.

Les "Grands Dentistes" de ce siècle ne restent pas à l'écart de ce mouvement. En effet, la dentisterie moderne apparaît au XVIIIème siècle grâce à des praticiens formés par la chirurgie et nommés « Expert pour les dents » ; les plus connus étant Fauchard, Bourdet, Jourdain, Géraudly, Bunon ou encore Laforgue. Bien qu'inspirée des connaissances passées et particulièrement de celle d'Hémard et du traité de Martin (1679), la dentisterie a acquis ses lettres de noblesse grâce aux nombreux ouvrages publiés par ces praticiens, groupant déjà les pathologies et traitements en différentes

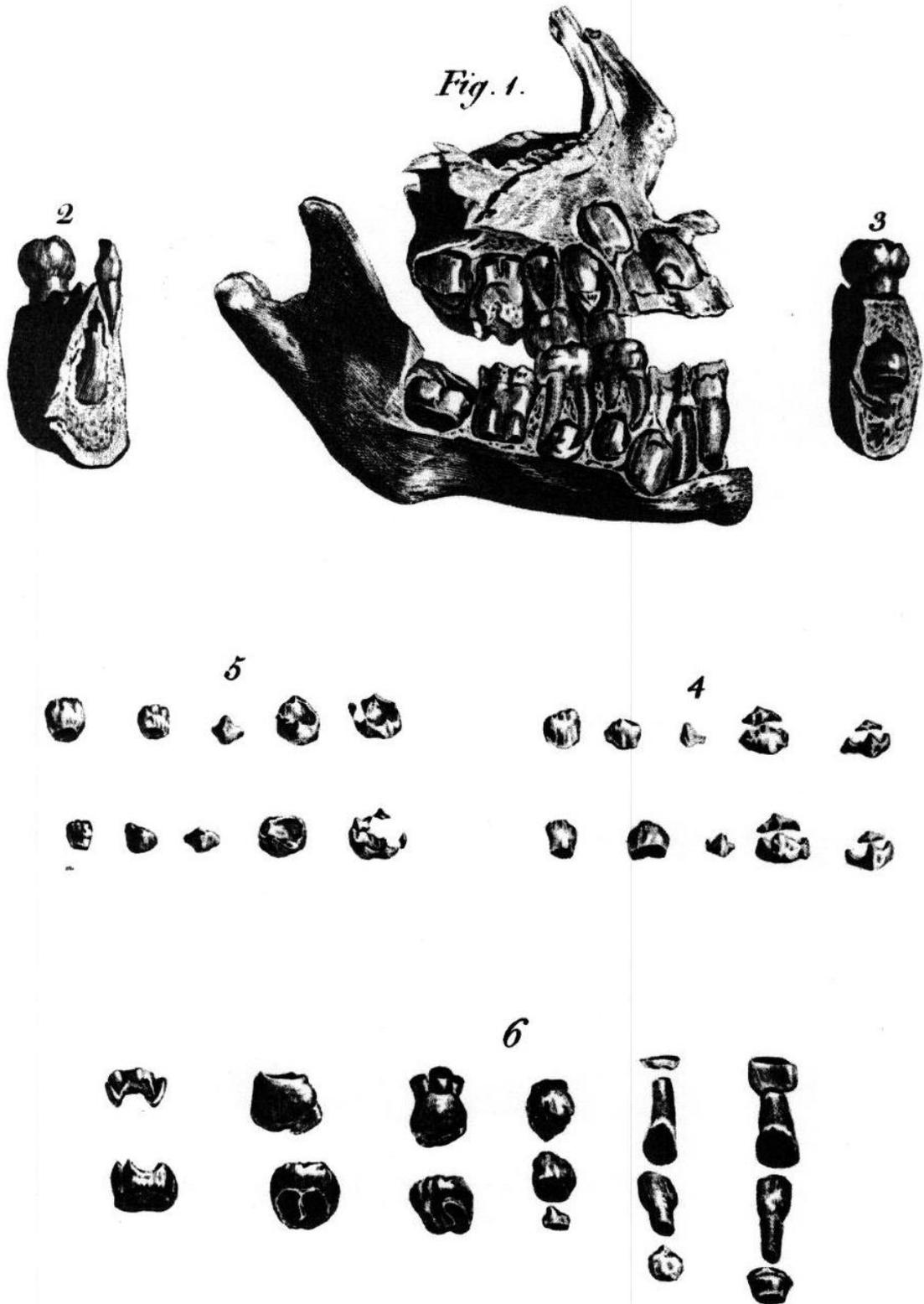


Fig. 28 : Mâchoire d'enfant et dents de lait, d'après Hunter, 1773.

spécialités. Tous consacrent plusieurs chapitres de leurs ouvrages, voire même des traités entiers, aux problèmes bucco-dentaires de l'enfance.

III.1.1. Nature et propriétés des dents

Tous les auteurs modernes, suivant les dires des Anciens, considèrent les dents comme des os, tout en faisant état de leurs particulières propriétés. Ainsi, Fauchard, Courtois, Lécluse ou encore Géraudly les décrivent comme « ... *des espèces de petits os de différentes figures, mais les plus durs, les plus solides et les plus blancs du squelette.* » (Geraudly, 1737).

Ils ont noté que les dents sont couvertes « ... *d'un émail qui les défend d'une partie de leurs atteintes, & qui paroît inaltérable.* » (Bourdet, 1759). Cette « *matière vitrée* » est « *fort blanche* » et à peine d'une « *demie-ligne d'épaisseur* » sur la couronne (Lecluse, 1754). Elle s'use « ... *mais pas aussi promptement que plusieurs le prétendent...* » (Courtois, 1775). La substance qui revêt la racine est « ... *mince, tendre, & d'une couleur moins blanche que l'autre.* » (Lecluse, 1754).

Beaucoup pensent encore qu'« ... *elles reviennent quand on les a perduës, & renaissent plusieurs fois : elles croissent incessamment, & jusques à la fin de la vie.* » (Martin, 1679). Cette idée perdurera jusqu'à Hunter en 1775. D'autant plus que l'égression d'une dent n'ayant plus d'antagoniste semble confirmer cette notion. Fauchard (1728) est convaincu de la possibilité des dents à se régénérer, et notamment pour les molaires définitives qu'il affirme avoir vu « ... *renâître jusqu'à deux fois (...) après avoir ôté la dent de lait & la seconde qui lui succède...* ». Il est conscient que c'est « *contraires à l'opinion commune* » mais affirme : « *Ce fait est si constant, que l'expérience seule suffit pour justifier mon opinion.* » Dans son traité, parmi les six observations qui rapportent ce phénomène, la plus étonnante pour le chirurgien dentiste de notre époque, pourrait être l'observation n°II (Fig. 29) Géraudly partage l'avis de Fauchard.

La sensibilité des dents est reconnue.

Martin, expliquait déjà la sensibilité de la dent « *par l'esprit animal* » que le nerf porte dans sa substance osseuse. En 1691, Havers voit au microscope des canaux contenant des nerfs qui traverseraient l'ivoire jusqu'au périoste.

Pour Fauchard (1728), les dents sont sensibles, comme toutes les autres parties du corps. « *On s'y conformera davantage par l'expérience journalière, qui fait voir que les maladies qui attaquent les dents, causent de la douleur, & que par conséquent les dents sont capables de sentiment.* »

II. OBSERVATION.

Sur une grosse dent molaire regenerée.

En 1708. Mademoiselle Deshayes à present épouse de M. de Seve demeurant à Paris, rue de Baune, étant pour lors âgée de quatorze ans, eut la premiere grosse dent molaire de la mâchoire inférieure cariée. La douleur que cette dent lui caufoit, la fit résoudre à se la faire ôter, pour cet effet elle me vint trouver, & je la lui tirai. L'année suivante elle revint chez moi pour se faire nettoier la bouche, & j'observai en la lui nettoïant, que cette dent étoit entierement regenerée.

Fig. 29 : Observation II de Fauchard, 1728.

Il distingue deux sortes de sensibilité :

- la douleur « *fixe & permanente* ». C'est la douleur « ordinaire », poignante ou distensive des caries ou des fluxions.

- « *l'agacement* », ou douleur passagère qu'il compare à la sensation particulière du touché de certains tissus.

Fauchard décrit les dents comme sensibles : « ... *non seulement par rapport à la membrane, dont leurs racines sont revêtues ; mais encore par rapport aux filets nerveux & membraneux qui sont répandus dans tout le corps de la dent. La seule chose qu'on doit observer, c'est que la sensibilité est bien moins grande à l'émail, qu'au reste de la dent...* ».

Certains remarquent que toutes **les dents ne sont pas pareillement sensibles**. Selon Bunon (1743), « ... *suivant que le vaisseau qui porte à la Dent l'esprit animal est plus ou moins avancé dans la couronne, & qu'il communique au corps osseux plus ou moins d'esprits, la Dent est à proportion plus ou moins sensible.* » Ainsi la sensibilité peut différer d'une personne à l'autre, d'une dent à l'autre, mais aussi selon l'âge.

Judicieusement Fauchard (1728) ne manque pas d'observer qu'« ... *elles leur faciliteront les moyens de trouver les remèdes propres à réussir dans certaines conjonctures ; soit pour emporter radicalement le mal, soit pour apaiser la douleur, la calmer, ou du moins la rendre plus supportable : par exemple dans les fluxions où l'on voit que les vaisseaux sont engorgés, on juge que la saignée convient aussi-bien que certains topiques, &c.* », soulignant ainsi l'importance sémiologique de la douleur dentaire.

L'anatomie dentaire est traitée dans de nombreux ouvrages. Elle est plus ou moins détaillée selon les auteurs. Bourdet est le premier à étudier tout spécialement la morphologie de chaque dent et les bases de la détermination exacte d'une dent hors bouche. Il décrit également pour la première fois « *les marques qui font distinguer les dents de lait* » afin d'éviter de « ... *funestes méprises qui ont fait sacrifier des secondes dents, pour des Dents de lait.* » (Fig. 30). En effet Courtois dans sa septième Observation : « *Où l'on prouve la nécessité d'une connaissance parfaite des dents de lait d'avec les dents du second germe.* » (Fig. 31) rapporte les accidents ou les bévues de dentistes maladroits ou incompetents.

Nous pouvons également citer Fauchard (1728) qui constate que certains praticiens « ... *croient faire merveille, lorsque de deux dents mal arrangées dans la bouche d'un enfant, dont l'une est tortuë, l'autre droite, ils choisissent celle qui est tortuë pour l'ôter, laissant celle qui paroît droite & mieux placée ; mais ils se trompent, car il arrive que celle qu'ils ôtent, est justement celle qu'ils auroient dû laisser ; puisque ce n'est pas la dent qui est tortuë, qui nuit à la dent qui est droite ; mais au*

Une Demoiselle de ma connoissance a perdu de même les deux grandes Incisives qui étoient renouvelées depuis peu, par l'ignorance d'un Dentiste qui ne sçavoit pas distinguer les Dents de lait d'avec les Dents secondaires. Ce Dentiste sçut persuader aux parens qu'il falloit ôter ces Incisives que leur largeur rendoit difformes, pour les faire remplacer par de plus belles, & ils consentirent à l'extraction. La Demoiselle n'avoit alors que huit ans & demi; mais comme, au lieu de Dents de lait, c'étoient des Dents renouvelées, elle en est privée pour jamais, & elle a recours aux artificielles.

Fig. 30 : Observation de Bourdet, 1757.

LE DENTISTE OBSERVATEUR. 163

SEPTIÈME OBSERVATION.

Où l'on prouve la nécessité d'une connoissance parfaite des dents de lait d'avec les dents du second germe.

L'ART du Dentiste ne se borne pas à savoir extraire les dents de leurs alvéoles, & à en remettre d'artificielles, pour suppléer au défaut de celles qui manquent; il ne doit pas seulement savoir traiter les différentes maladies de la bouche, mais il doit encore avoir une parfaite connoissance de la différence des dents de lait d'avec celles qui remplacent la chute des premières. Cet avantage conséquent ne s'acquiert que par l'étude, l'attention la plus grande & l'expérience la plus consommée. Sans cette connoissance, le Dentiste est ex-

164 LE DENTISTE OBSERVATEUR.

posé à faire des fautes, d'autant plus grandes, qu'elles sont irréparables.

Je fus mandé, il y a quelques années, pour voir une jeune Pensionnaire d'un Couvent de St Denis. Cette enfant âgée d'environ huit à neuf ans, avoit une difficulté de parler, qui réveilla l'attention de la Religieuse chargée de l'éducation des enfans. Ne sachant à quoi attribuer ce défaut, qui augmentoit de jour en jour, cette Religieuse s'avisa de regarder la bouche de l'enfant, chez qui elle trouva des dents qui perçoient à l'intérieur de la bouche, & qui gênoient les mouvemens de la langue, d'où résulta une prononciation difficile & défectueuse. On fit aussitôt venir un Dentiste pour remédier à cette vicieuse conformation. Le Dentiste appelé, peu versé dans la connoissance qui sert à distinguer les dents de lait d'avec celles du second germe, proposa de faire l'extraction des dents qui étoient hors

Fig. 31 : Septième Observation de Courtois, 1775 ; (fin page suivante).

de rang, & qui se plaçoient intérieurement. Son avis fut écouté & malheureusement exécuté; en sorte qu'au lieu d'ôter les dents de lait, ce qu'il auroit dû faire, quoique bien rangées, il préféra d'ôter celles qui étoient revenues, parce qu'elles étoient déplacées. L'étendue de ses lumières ne lui permit pas de juger que les dents de lait étoient un obstacle à l'arrangement régulier des dents du second germe, & que c'étoit des premières, par préférence aux secondes, qu'il eût fallu faire le sacrifice; mais après tout il n'est coupable que d'impéritie qui, le mettant hors d'état de faire la distinction des dents de lait d'avec celles qui étoient revenues, l'a empêché de connoître la conséquence de son opération en le faisant pencher en faveur de celles qui, quoique bien rangées auroient dû être ôtées, pour faciliter une plus heureuse situation à celles du second germe qui s'é-

un coup de foudre pour la mère de l'enfant qui m'écoutoit, ainsi que pour la Religieuse qui avoit appelé le Dentiste, dont l'ignorance coûtoit si cher à l'enfant. Il n'est pas difficile, en effet, de se représenter la peine d'une mère qui voit dans son enfant une beauté naissante, entièrement interrompue par la privation de ses dents, qui sont, il faut en convenir, un des ornemens qui concourt le plus à la perfection de la figure & de la beauté. La Religieuse de son côté, se reprochoit d'avoir pris sur elle le soin de la bouche de sa petite pensionnaire; mais, quelque regret qu'elle ait fait paroître, & quelle qu'ait été sa bonne volonté, il n'a pas été possible de faire renaître d'autres dents, tant il est vrai qu'on ne sauroit trop faire d'informations, quand il s'agit de s'adresser à quelqu'un dont les connoissances puissent nous mettre à l'abri de tout reproche, & lorsqu'il faut sur-tout

toient mal placées, & qui, dans toutes autres mains que celles du Dentiste qui en fit l'extraction, auroient été infailliblement conservées.

Quelques jours après je fus appelé, mais trop tard, puisque le mal étoit sans remède, pour voir cette jeune personne; ses parens, non plus que le Couvent où elle étoit, n'avoient aucun soupçon du malheur qui lui étoit arrivé. Ayant examiné la bouche de l'enfant, j'observai la place de trois dents qui lui avoient été ôtées, & dont la plaie n'étoit pas encore refermée; je vis de plus qu'il ne lui manquoit aucune de ses dents de lait, ce qui me fit dire aussi-tôt que le Dentiste qui avoit vu l'enfant quelques jours avant moi, lui ayant ôté trois dents revenues, l'enfant feroit brèche-dent sans ressource à la chute de ses dents de lait, sur la durée desquelles on ne pouvoit plus compter, eu égard à leur foiblesse. Mon avis fut

faire quelque opération, dont le but est la conservation de quelqu'un de nos membres. Cet exemple nous prouve aussi qu'on ne sauroit trop exiger de précautions de la part de ceux qui veillent à l'éducation des enfans, & qu'on ne doit prendre aucun parti sans en instruire les pères & mères qui seuls ont le droit de prendre un parti décisif; d'ailleurs ils sont trop intéressés au sort de leurs enfans, pour ne les confier qu'à des personnes dont ils connoissent les talens & la prudence.

contraire, que c'est celle qui est droite, qui rend l'autre tortuë & la fait placer hors de rang, en ne lui laissant pas la liberté entière de sortir. (...) La dent qu'ils ont laissée n'est pas long-temps sans tomber, & sans qu'il en revienne une autre pour la remplacer. »

Par ailleurs, Bourdet (1757) observe que **certaines personnes conservent des dents de lait au-delà de leur temps de renouvellement**. Nous pouvons les distinguer de la sorte : « 1°. Elles sont plus lisses & plus polies, mais moins blanches ou d'un blanc bleuâtre & elles sont toujours moins longues que celles qui les remplacent, (...). L'extrémité de celles de lait est encore plus lisse & plus rase que les secondes, qui sont garnies de deux pointes. 2°. Plus on avance en âge, plus les Dents de lait perdent de leur solidité & de leur blancheur ; parce que leurs racines diminuant chaque jour de volume, le corps de la Dent s'altère de même... » (Bourdet, cité par Ruel-Kellermann).

Hébert (1778) souligne que **la constitution des deux dentitions est indépendante** : « ... les premières peuvent être venues fort mauvaises, en raison des difficultés des premiers temps de la naissance, & les secondes fort bonnes : de même les premières fort bonnes, & les secondes fort mauvaises : ces accidents dépendent de l'état du sujet lors des germinations, & des différentes maladies dont il peut être attaqué dans le temps du développement des différents germes... » (Hébert, cité par Ruel-Kellermann).

III.1.2. Développement dentaire

L'ordre d'éruption des dents

Les auteurs s'accordent sur le fait que l'Homme a un nombre défini de dents. **L'ordre d'éruption des dents de lait est connu**, cependant les auteurs restent assez vague sur les dates. Géraudly (1737) résume assez bien ces différentes phases d'éruption, c'est pourquoi nous avons choisi de le citer : « *Si les Dents fussent venues en même-temps, les Enfants auroient succombé à une si grande douleur ; mais la nature y a pourvû en la faisant passer à différens âges. Ces tems différens prennent le nom de Dentition.*

La première Dentition s'observe depuis l'âge de deux, trois, quatre, cinq ou six mois, & finit à la deuxième et troisième année. Il pousse d'abord une première Dent à la Mâchoire inférieure au devant de la Bouche, & peu de tems après une seconde à côté de la première. Ce sont les deux petites Incisives de la Mâchoire inférieure.

Quelques mois après paroissent les deux grandes Incisives de la Mâchoire supérieure presque dans le même tems ; ensuite sortent l'une après l'autre, & à

quelques mois de distance les deux grandes Incisives de la Mâchoire inférieure, & les deux petites Incisives de la Mâchoire supérieure.

Les deux Canines succèdent ensuite à l'une & à l'autre Mâchoire. Après la sortie des Incisives & des Canines paroissent successivement, & à quelques mois de distance les petites Molaires, quatre à la Mâchoire supérieure, & quatre à la Mâchoire inférieure ; de sorte qu'à l'âge de deux ans ou environs, les Mâchoires des Enfans se trouvent garnies de vingt Dents.

La deuxième Dentition est vers la septième année, & produit les quatre premières grosses Molaires, une à chaque Extrémité des deux Mâchoires.

La troisième Dentition se fait vers la dixième, douzième ou quatorzième année, & produit quatre autres Molaires.

Enfin, vers la vingtième année s'observe la quatrième Dentition, où les quatre grosses Molaires se manifestent, une à chaque Extrémité des deux Mâchoires, ce qui compose en tout trente-deux Dents.

Cet ordre pour la sortie des Dents est le plus ordinaire, mais il varie quelquefois. »

Cependant, si Martin (1679) écrivait que les dents viennent en différents âges « ... indifféremment selon leur bonne ou mauvaise constitution... », un siècle plus tard, Mahon observe des **facteurs jouant sur le temps d'éruption des dents** « ... suivant l'état constitutif et actuel où se trouve le sujet. Elles tiennent aussi des dispositions ordinaires ou momentanées des parens, et sur tout de la mere, au moment de la conception ; ainsi que de ce qui s'est passé pendant la grossesse. Il est encore de circonstances où le tempérament de la nourrice, (...), peut hâter ou retarder la pousse des dents. » (Mahon, 1797).

Fauchard (1728) estime que « Trois dispositions sont essentiellement requises, pour que les dents sortent facilement, dont deux appartiennent aux dents, & la troisième aux gencives.

Il faut premièrement, que la dent soit d'une consistance assez solide pour diviser la gencive qui la recouvre. (...)

Secondement, que son extrémité soit d'une figure propre à faire cette division. Ainsi les molaires n'étant pas tranchantes comme les incisives, ni pointuës comme les canines, elles ne sont pas si disposées à percer la gencive.

Troisièmement, que la gencive soit molle, souple, & qu'elle ne soit point trop épaisse. »

Toutefois, si la poussée des dents de lait est douloureuse et dangereuse, celles-ci « ... depuis l'âge de sept ans jusqu'à celui de 14 ou 15 ans tombent et se renouvellent

presque sans douleurs, et à peu près dans le même ordre et dans le même temps qu'elles étaient venues la première fois. » (Géraudly, 1737).

Hébert (1778) nous propose à cette occasion une intéressante remarque : « *Elles y travaillent à peu près de la même manière, mais moins douloureusement, parce que tout dans l'individu a acquis de la force & de l'accroissement considérable, & que l'enfant étant plus fort, est plus occupé, plus distrait ; qu'il broie presque continuellement des aliments qui ont plus de consistance... »* (Hébert, cité par Ruel-Kellermann).

L'odontogenèse

Le développement des dents intrigue depuis bien longtemps les savants, scientifiques et philosophes... « *La manière dont les Dents se forment & s'accroissent, est digne de toute l'attention des Physiciens. Il est curieux d'en considérer les progrès, depuis le premier développement du germe, jusqu'à ce que le corps de la Dent s'élève de l'alvéole, & sorte au-dehors. »* (Bourdet, 1757).

L'intérêt de la connaissance du développement des dents est certain, puisque tous vont dissenter sur le sujet. Au début du XVIIIème siècle, les dentistes, médecins et chirurgiens savaient déjà que les dents apparaissent chez le fœtus au 7^{ème} mois grâce à Fallope (1523-1562) et Hémard (1582) qui avaient décrits les germes dentaires et leurs follicules.

Ainsi, si tous décrivent les germes dentaires enfermés dans un petit sac membraneux très vascularisé, **plusieurs théories sont proposées pour tenter d'expliquer la formation de la dent.**

Bourdet (1757) fait des déductions à partir des connaissances acquises : « *On sçait que toutes les parties osseuses, avant leur ossification, commencent par être membraneuses : le germe des Dents suit la même loi. »* Ce qui nous apparaît comme un raisonnement construit, puisqu'à l'époque, les dents étant considérées comme des os, on cherche à décrire le processus d'élaboration de la dent à l'image de processus d'ossification.

Bourdet l'imagine ainsi : « *Ce germe est enveloppé par une membrane vésiculaire qui prend naissance de celles des gencives. En augmentant de volume, il écarte & dilate la loge osseuse dans laquelle il est renfermé ; & à mesure qu'il s'ossifie, sa membrane s'épaissit, s'étend, & s'attache fortement tant à sa base qu'à la racine qui succède. Les couches de la Dent qui se forment & qui s'ossifient les premières, sont les couches extérieures du corps spongieux. Aussi-tôt qu'il y en a deux ou trois l'une sur l'autre, il se dépose un suc osseux sur l'extérieur du corps de la Dent, qui suit à peu près le même ordre & les mêmes progrès d'ossification que ce corps spongieux. Ce suc*

osseux qui est contenu dans les cellules de la membrane dont le germe est environné, est apporté par cette membrane : c'est de-là, qu'il vient couvrir peu à peu le corps de la Dent, où il se durcit à mesure que l'intérieur de cette Dent se remplit de nouvelles couches. Ainsi lorsque la Dent a pris sa consistance, toute sa surface est revêtue d'une sorte de croute osseuse distinguée tant par sa dureté que par sa blancheur & par son poli, de tous les autres os du corps. Cette croute solide est l'Email. Le suc dont il est formé, avant son ossification n'a rien qui ressemble à une substance membraneuse : mais il se filtre peu à peu par le tissu des cellules, & se répand sur tout le corps spongieux, à mesure que la Dent s'ossifie. La matiere de l'émail en se formant, n'est donc qu'une espèce de pâte molle qui acquiert insensiblement de la consistance, & qui devient enfin une vraie lame osseuse, si dure & si compacte, qu'on l'a crue long-tems incombustible ; vieille erreur qu'un peu d'attention a détruite. » (Bourdet, 1757).

Selon Mahon (1797), la substance originale est non membraneuse mais « mucilagineuse » et se différencie en 3 éléments : « *La matière originale de la dent est une substance mucilagineuse, qui se transforme dans son développement en trois parties très-distinctes.*

La premiere qui occupe le centre, est composée d'une veine, d'une artere, et d'un nerf dont la rupture, lorsqu'on arrache la dent, est la principale cause de la douleur vive que l'on ressent.

La seconde qui entoure la premiere, est osseuse, et devient avec le temps, l'os le plus dur de notre corps.

La troisieme est ce brillant que présente la dent à extérieur, et que l'on nomme émail. »

Fauchard (1728) défend les observations des Experts contre les divergences des anatomistes contemporains : « *Presque tous les Anatomistes veulent que l'arrangement des couches qui forment et perfectionnent les dents, soit différent de celui qu'on vient d'établir ; ils prétendent que les lames les dernières formées sont extérieures, & les premieres interieures : mais comme l'opinion moderne, contraire à celle-ci me paroît plus vrai-semblable, c'est celle que j'adopte ; c'est de M. Winslow que je la tiens. »*

Gariot (1805) confirme l'opinion moderne : « *Ce qu'il y a de remarquable dans l'ossification des dents, c'est que les vaisseaux qui pénètrent en grande partie dans les cavités dentaires donnent lieu à un développement de lames concentriques qui tendent avec l'âge à obstruer ces cavités ; tandis que, dans les autres os creux, l'accroissement se fait par couches excentriques, et les cavités s'agrandissent par la destruction des parois intérieures. »*

Parmi les observations de Bunon (1743), nous lisons que « *L'Ossification de la Dent se fait donc de la couronne aux racines, & se forme des sucs portés dans ces*

différentes parties par les vaisseaux de la membrane vésiculaire, jusqu'à ce que la Dent soit élevée ou poussée suffisamment hors de l'alvéole & de la gencive, & que les racines ayent acquis toute leur étendue & leur solidité. »

Parallèlement, Bourdet (1757) a noté « ... qu'à mesure que la Dent s'avance vers la gencive, les parois de l'alvéole s'allongent & s'épaississent en même-tems, pour recouvrir entièrement la racine. »

En 1771, Auzebi se démarque nettement de ses contemporains en proposant une « nouvelle idée sur l'origine et la formation des dents » : « Je crois prouver que, loin d'être des os comme les autres, elles sont une portion de la lymphe, qui, par la compression de la vésicule, obligée de se séparer du sang, traverse les pores, et, par les globules lymphatiques, se répand dans l'alvéole, s'endurcit et peu à peu forme la dent. »

Son raisonnement suit la logique de la théorie humorale. Ainsi, il conçoit que « Les dents de lait sont moins fortes que celles des adultes, car dans le premier âge les humeurs sont beaucoup moins chargées de parties salines et de parties terrestres que dans un âge plus avancé, et que ces deux principes forment essentiellement la base des corps durs et solides. »

Concernant la sortie de la dent hors de l'alvéole, Fauchard écrit en 1728 : « ... à mesure que la dent prend de la nourriture, elle croît selon toutes ses dimensions ; c'est pourquoi elle dilate l'alveole : en s'allongeant elle pousse la gencive qui ferme l'alveole, par des efforts & des impulsions répétées : elle l'étend & le dilate de telle manière qu'elle en écarte & en déchire les fibres. » alors que Bourdet en 1757 estime que « Pendant que la racine s'allonge & se perfectionne au fond de l'alvéole, la Dent s'élève vers la gencive pour sortir au-dehors. Elle commence par écarter les parois de l'alvéole : parvenue au bord de cette loge osseuse, la Dent ouvre d'abord la membrane dont elle est encore enveloppée, puis celle qui bouche l'entrée de l'alvéole, & ensuite la gencive. »

Enfin, Bunon (1743) aborde **l'importance de la bonne constitution de la mère**, sur laquelle il insiste puisqu'il est persuadé que l'influence agissant « ... sur toutes les parties de l'Enfant, à mesure qu'elles se forment & s'accroissent, fait le même effet sur les germes des Dents. Car quoique l'Enfant ne se nourrisse que de la plus pure portion du sang de la Mere, il y en a toujours quelque portion moins pure qui passe dans toute son habitude, & qui altère les germes des Dents. (...) De même les passions violentes, le mauvais régime pendant la grossesse, les maux secrets dont les Peres & Meres peuvent être atteints dans le tems de la génération, influent en diverses manieres sur les germes

des Dents qui sont formées dans ces circonstances, & par conséquent ne produisent que des Dents de mauvaise consistance. »

Parlant du lait, « ... *pour peu qu'il pêche, comme il est la base de la subsistance de l'Enfant, il altère le sang & la lymphe ; & ces deux principes étant vitiés, les germes des premières & des secondes Dents, n'acquièrent point la perfection nécessaire* » (Bunon, 1743).

De l'existence des racines des dents de lait

Dans leurs écrits, les auteurs ne se contentent plus seulement de décrire l'anatomie des dents, mais commencent à s'interroger sur l'existence de racines aux dents de lait.

En effet, les moyens techniques comme la radiologie n'existant pas, le doute est permis puisque ces dents sont sans racine lors de leur chute. Nous choisissons ici de rapporter en détails les arguments utilisés par les Experts pour confirmer ou infirmer la présence de racines car la polémique fut vive et longue.

Pour **les « anciens auteurs »**, il semble que cela ne fasse aucun doute : ils admettent tous, plus ou moins implicitement que les dents temporaires n'ont pas de racines.

Citons Martin (1679) à cet égard qui écrit : « ... *par la providence de la nature, ces petites dents viennent sans racines, comme il semble que ce soit nécessaire...* ». Ainsi ces dents n'ont pas de racine pour faciliter leur chute et « ... *faire place à celles qui leur doivent succéder...* », lesquelles, « ... *trouvant les alvéoles occupées de racines sortiroient tortües...* »

Puis **les « auteurs modernes »**, comme Fauchard, vont affirmer l'existence des racines des dents de lait ; « *Ces vingt premières dents ne sont pas sans racines, comme quelques Auteurs le disent ; il est bien vrai qu'elles n'en ont pas lorsqu'elles tombent d'elles-mêmes ; mais si on les ôte avant qu'elles soient chancelantes, on y en trouve qui sont à proportion de leurs corps, aussi longues, aussi fortes, & même aussi dures que celles qui ne sont pas de lait.* » (Fauchard, 1728).

L'expérience, l'observation, et l'autopsie des mâchoires d'enfants montrent alors la réalité de ces racines.

Bunon reprend : « *Les uns prétendent qu'elles n'ont point de racines, & c'est l'opinion la plus commune : d'autres croient qu'elles ont une racine, mais seulement depuis leur sortie hors des gencives jusqu'à leur chute, & qu'alors elles n'en ont plus, sans qu'on sçache ce qu'elle devient.* » puis il ajoute : « *Pour moi j'ai toujours trouvé*

que les Dents de lait avoient des racines... ». L'observation suffit pour en être convaincu, mais il note qu'on peut également en faire l'expérience, « ... si l'on ôte quelques Dents de lait aux Enfants (...) on distingue aisément leurs racines... » (Bunon, 1743).

Lecluse (1754) consacre tout un chapitre aux Racines des Dents de lait, dans lequel il souhaite répondre à Martin concernant : « ces prétendus inconvénients » qui résulteraient de l'existence de ces racines. « 1°. Que les dents de lait ont des Racines qui les tiennent & les affermissent dans les alvéoles, tant que les secondes qui sont dessous n'ont pas acquis leur perfection & cette dureté capable de contribuer à leur destruction par le mécanisme dont nous parlerons ci-après. 2°. Qu'il se contredit en disant, que si les secondes dents avoient des Racines, elles sortiroient tortues, comme cela se voit souvent ; puisque c'est prouver qu'elles en ont. 3°. Que l'on n'ôte les dents de lait, que lorsqu'elles branlent assez pour les tirer sans un grand effort, à moins qu'elles ne nuisent totalement à la sortie de celles qui doivent succéder ou à celle de leurs voisines, ou qu'elles ne les carriesent. Je ne connois pas d'autres raisons pour sacrifier ces dents. Or si la dent branle, la Racine n'existe plus. »

Il affirme l'existence de ces racines car il les a vues lors de ses dissections. « J'ai disséqué nombre de mâchoires d'enfants nouveaux-nés, dans lesquelles j'ai trouvé partie de leurs premières dents ossifiées & ayant leurs Racines enfermées dans les mêmes alvéoles, immédiatement au-dessus des germes des secondes dents... ».

Jourdain peut donc affirmer en 1766 : « On ne doute plus actuellement de la racine de cette dent... », et Courtois (1775) « Les dents de lait ont des racines, rien n'est si constant... ».

Pourtant, en 1771, **Auzebi remet en cause l'existence de ces racines**. Dans son chapitre IV : « Causes de la chute des dents de lait et de leur remplacement. De l'erreur où l'on est de croire qu'elles ont primitivement des racines, et que ces racines sont ensuite détruites, lorsqu'elles sont prêtes à tomber. », il explique que leur « ... chute se fait d'autant plus facilement que les dents de lait n'ont point de racines ou fort peu. »

Citant Bunon et Bourdet et leurs théories postulant l'existence des racines des dents de lait, il déclare : « Il est évident que leurs systèmes portent à faux, qu'il ne sauroit y en avoir ; car un fait incontestable, est que les dents de lait n'ont jamais de racines, quel que soit leur degré d'accroissement, et si jusqu'à présent on a cru le contraire, c'est par méprise & par inattention. »

C'est la couronne de la dent qui commence à se former puis le collet et, en dernier, les racines. « Voilà une preuve évidente que les dents n'ont point originellement des racines, et que ce n'est que dans la suite qu'elles peuvent en avoir. »

Et à ceux qui les ont vues lors de dissections, il répond : « Les chirurgiens qui ont autopsié des mâchoires d'enfants tout nouveaux nés se sont trompés ; ce qu'ils ont

pris pour la racine n'était que tout le corps de la dent qui se formait dans l'alvéole avant que de se manifester en dehors, et que nécessairement il fallait qu'une de ses extrémités en touchât le fond, puisque le corps d'une dent a pour le moins autant d'étendue que peut en avoir son alvéole ! »

« Quand, au contraire, on a examiné les mêmes dents prêtes à tomber, on a été surpris de les trouver sans racines, et l'on a cru qu'elles avaient été détruites : point du tout ! Elles étaient telles qu'on les avait vues dans l'alvéole ; mais les nouvelles dents qui poussaient en dessous d'elles, les ayant forcées d'en sortir, les faisaient alors paraître sans racine, parce que la portion par laquelle elles touchaient le fond des alvéoles, avait été portée sur leurs bords, et n'était plus retenue que par la gencive. »

Quant aux dents de lait qui ne tombent pas, Auzébi ne les « ... comprend point dans le nombre de celles que l'on nomme dents de lait... », elles prennent racines comme les autres « ... parce que le suc osseux continue de s'adapter et de se joindre à leur corps... ». Elles « ... ne font donc qu'une seule et même espèce avec les dents secondaires et n'en diffèrent que très peu. »

Hébert le rectifie rapidement « ... les dents de lait ont absolument des racines... » ; « ... quoique l'Auteur du nouveau traité d'Odontalgie assure très-certainement le contraire (...) Je répète après ces artistes [Bunon et Bourdet] & bien d'autres dignes de foi, j'offre à le prouver qu'elles en ont d'assez longues, et d'assez fortes, suivant leurs proportions.(...) Il [Auzébi] ne prévoyoit pas sans doute que personne chercheroit à approfondir après lui ; il s'est trompé ; il y avoit déjà longtemps que je fouillois, feuillettois, & étudiois la nature pour me convaincre, afin de ne rien avancer au hasard, avant que cet auteur eût pensé à écrire : il a apperçu avec tout le monde, que lorsque les dents de lait tombent seules, sans autre aide que la nature, elles n'ont pas de racines, il s'est fortement persuadé qu'elles n'en devoient point avoir, il l'a écrit de bonne foi.

J'ai dit, & je répète, que les vingt dents de lait qui doivent tomber ont des racines analogues & proportionnées aux corps des dents dont elles émanent : que ces racines croissent à mesure que le corps de la dent sort de l'alvéole, & qu'elles continuent à croître, jusqu'à ce que ce corps soit tout-à-fait dehors de la gencive jusqu'à son collet : qu'alors elles restent en repos jusqu'au temps où les secondaires, après avoir rompu leurs barrières, sont parvenues à les toucher par leurs extrémités inférieures... » (Hébert, 1778).

Le mécanisme de résorption des racines

L'existence de racines des dents de lait étant admise par la plupart des Experts, cela soulève d'autres questions, comme le délicat problème de **la cause de la chute de ces dents de lait**. Geraudly (1737) est loin d'être très clair sur ce point :

« ... les sentiments sont partagés.

Les uns veulent que la portion de la Dent renfermée dans l'Alvéole, étant composée de Sucs (...) qui ont formé la portion extérieure de la Dent de Lait, doit résister aux secousses & aux efforts de la Mastication que la portion extérieure ne peut soutenir.

Les autres veulent que chaque Alvéole qui renferme les Dents de Lait, ait deux germes ; que celui qui est dessous ayant pris nourriture, pousse la première Dent produite par le premier Germe ; que celle-ci affermie & plus exposée aux efforts, s'ébranle, sort & cède la place à celle qu'a produit le second Germe.

Comme il y a plusieurs phœnomènes inexplicables par la première opinion, nous nous arrêterons à la seconde ».

Fauchard (1728) souligne ce problème, mais sans proposer de théorie : « Pour concevoir la véritable cause de la chute de ces dents, il faudroit pouvoir rendre raison de la façon avec laquelle leur corps se sépare de leur racine ; mais comme c'est une question qui jusqu'à présent reste indécise, il faut se contenter de rapporter ce qu'on observe d'ailleurs dans leur chute, ou dans la séparation de leur alvéole. »

Bunon (1743), relève cette phrase de Fauchard, et y ajoute : « Voilà de son aveu des faits ignorés ou du moins indécis jusqu'alors. Cette indécision, au lieu de me rebuter, ne fit qu'enflammer encore plus le désir ardent que j'avais de connaître et de pénétrer ces effets naturels, pour être en état d'en rendre raison, ou de savoir par moi-même à quoi m'en tenir dans le cas d'une impossibilité insurmontable. »

Pour la première fois, il va exposer clairement **le mécanisme de résorption des racines** : « Les germes de la première & de la seconde Dent, sont formés sans doute en même-tems. Le premier tire sa substance du suc des alimens laitieux ; mais comme il faut que la deuxième Dent, pour l'usage auquel elle est destinée, ait plus de solidité que celle de lait, son germe reste sous le premier, jusqu'à ce que les sucs provenans d'alimens plus substanciels qui succèdent au lait, ayent perfectionné son accroissement. (...)

La couronne de cette seconde Dent se trouve donc dans le même alvéole sous la racine de la Dent de lait, mais séparée par une lame très-mince, à mesure qu'elle s'accroît, & que les racines s'allongent en s'avançant vers les bords de l'alvéole ; elle presse et chasse par la pointe la racine de la Dent de lait, qui tendre & formée du suc délicat des alimens du premier âge, n'est pas en état de lui résister. Ainsi le corps le

plus foible cède au plus fort : la racine de la Dent de lait s'use insensiblement par la pression, & les particules de cette racine ou sont consumées par la chaleur de ces mêmes parties, ou entraînées par la salive : ce qui continuë jusqu'à ce que la deuxième Dent ait pris la place de la première, en consumant de cette sorte toute sa racine. » (Bunon, 1743).

Il veut le prouver en ajoutant que sur une dent de lait ôtée prématurément « ... on peut remarquer l'impression que la couronne de la deuxième Dent a faite, en poussant cette racine qui est usée et consumée à proportion que cette dent est avancée... »

Nous pouvons remarquer sa démarche tout-à-fait scientifique, lorsqu'il écrit : « Ces Observations, que j'ai d'abord faites sur une infinité de sujets vivans, ont toujours été confirmées par celles que j'ai faites encore sur nombre de cadavres. »

Bunon ouvre ainsi la polémique sur les causes de la résorption de ces racines, faisant réagir de nombreux auteurs qui tentent de démontrer ses erreurs, et d'apporter leurs propres explications.

Fauchard, s'il ignore toujours le mécanisme de résorption de ces racines, va tout de même ajouter un paragraphe dans la deuxième édition de son traité, pour montrer à Bunon l'inexactitude de son raisonnement : « Il est vrai que la seconde dent par son accroissement et par sa pression, pousse et chasse peu à peu la première dehors ; mais pour en user elle-même la racine, il serait difficile d'imaginer comment cet effet pourrait être produit ; car il faudrait pour cela que la couronne, ou extrémité de la seconde dent, fût agitée en différents sens contre la racine de la dent de lait, avec un assez grand mouvement, pour qu'alors le frottement qui se ferait, fût seul capable de l'user (...) » (Fauchard, 1746).

Cela lui semble improbable « ... par la raison que la seconde dent ne faisant simplement que la toucher et pousser peu à peu, cela ne doit point causer l'effet d'un frottement. »

Cependant, si il s'emploie à démonter les propos de Bunon, il ne tente pas d'explication.

Lecluse (1754), n'adopte pas plus le point de vue de Bunon. Lors de dissections de nombre de mâchoires d'enfants nouveau-nés, il a pu observer une « ... partie de leurs premières dents ossifiées, et ayant leurs racines enfermées dans les mêmes alvéoles, immédiatement au-dessus des secondes dents, mais séparées par une petite lame osseuse très mince. » Hémard (1582) avait déjà signalé cette lame osseuse, et Fauchard (1728) la cite avec cette note : « C'est une petite lame d'os fort mince qui se remarque entre la racine de la dent de lait et le corps ou la couronne de la seconde dent, et qui les sépare jusqu'à ce que cette dernière ait percé. » Lecluse tente donc une

explication du phénomène de résorption à partir de la présence de cette lame osseuse, venant priver la dent de lait de son suc nourricier. Cette dernière ne subsiste alors plus que par son autoconsommation, à la façon d'un tubercule végétal : « *Par la séparation de cette lame, on doit juger que la dent de lait n'a point de communication avec les vaisseaux qui portent le suc nécessaire à la nourriture des dents, et que le second germe, ayant pris son volume et sa formation, reçoit seul les liqueurs filtrées par les vaisseaux dentaires ; de sorte que la racine de la première dent ne peut être nourrie intérieurement que du suc qu'elle contient, et qui, s'étant croupi par un long séjour, contribue plutôt à la détruire qu'à la conserver.* »

Quant au devenir des particules résiduelles de la racine, il pense qu'elles sont « *broyées entre ces deux corps osseux* » puis sont « *entraînées par la salive* » lorsque la dent commence à chanceler ; ou par le sang, si on doit la tirer.

Bourdet (1757) trouve l'hypothèse de Bunon "ingénieuse" et trouve qu'au premier abord « *... on est tenté d'adapter un système assez vraisemblable...* ». Cependant l'examen de « *... mâchoires fraîches où les secondes Dents commençoient à s'ossifier...* » suffit pour voir « *... que la seconde Dent, à mesure qu'elle s'élève, reste enveloppée dans sa membrane, jusqu'à ce qu'elle soit prête à sortir de son alvéole ; en sorte que cette membrane est entre elle & la racine de la première Dent. (...) Cette racine cependant se trouve détruite, & ne donne pas à la seconde le tems de l'atteindre.* » Il appuie ses propos d'une autre observation : « *J'ai encore trouvé que, quand la seconde Dent prend une mauvaise direction, & ne rencontre pas la racine de la Dent de lait, cette racine ne se détruit pas moins* ».

Bourdet opte donc plutôt pour **un phénomène chimique**, où des sucs environnants les racines « *... acquièrent une âcreté assez forte pour les consumer* ».

L'ouvrage d'Hébert (1778) comporte lui aussi un chapitre intitulé « *De la Régénération des Dents ou de la Seconde Germination* ». Sa démonstration est simple : « *Les dents de lait, (...) n'ont subsisté qu'avec le secours & par le moyen des nerfs nourriciers qui leur ont porté à chacune la nourriture journalière.*

Aussi-tôt que la dent secondaire touche la pointe de la racine de la dent de lait, elle intercepte le filet nourricier, elle le rompt, le détache de la dent »

Et la racine de la dent de lait, attendrie par le défaut de nourriture « tombe en deliquium, en boue, laquelle petit à petit se transude à travers l'alvéole & les bords de la gencive pour être entraînée par la salive »

L'explication de Laforgue (1802) est plus compliquée, dans laquelle intervient l'« *appareil fondant* », un facteur chimique, qui nous rappelle l'idée de Bourdet : « *Quand on arrache la couronne d'une dent de lait, on trouve, entr'elle et la dent de*

remplacement, un bouton charnu et une liqueur visqueuse et très-filante ; je crois que la partie charnue sert d'éponge à la liqueur, et la conserve sur les parties qui doivent se ramollir et de décomposer. (...) Il y a toujours un espace entre la dent de lait et la dent remplaçante ; un espace occupé par l'appareil dissolvant. »

Une théorie beaucoup plus originale est proposée par Jourdain en 1766, dans son Essai sur la formation des Dents. C'est une version bien différente de celle qu'il défendait dix ans auparavant, lorsqu'il suivait le raisonnement de son maître, Lecluse.

Il reprend tout d'abord une à une les théories de ces prédécesseurs, en montre les limites et puise dans chacune ce qui lui semble justifié, pour aboutir à une sorte de synthèse, faisant à la fois intervenir des **facteurs mécanique, biologique et chimique** :

- mécanique : par la poussée de la seconde dent,
- biologique : par obstruction des vaisseaux nourriciers de la dent de lait,
- chimique : suivant l'hypothèse selon laquelle les vaisseaux nourriciers détruits fourniraient « ... un fluide qui par son séjour peut acquérir de très légers principes à peu près semblables à l'eau régale, qui, comme on le sait, contient une partie acide. »

Il rapporte également une expérience pour appuyer sa thèse : 4 dents humaines et un morceau de fémur ont été entièrement dissouts après 24 heures d'immersion dans de l'eau régale pure (ammoniac et esprit de Nitre). Et il conclut : « *Les racines des dents de lait disparaissent sans qu'on en trouve le moindre vestige, comme il arrive aux parties osseuses mises dans l'eau régale ; quel inconvénient y aurait-il à croire que la nature peut se servir d'un moyen à peu près égal pour la destruction des racines des dents de lait ?* »

Ces polémiques sont très intéressantes car elles illustrent parfaitement l'esprit critique des auteurs de cette époque mais aussi leur raisonnement qui correspond à une démarche tout-à-fait scientifique.

L'essentiel était de faire reconnaître que les racines des dents de lait parvenaient à une totale édification et disparaissaient ultérieurement. Ceci était une grande innovation à cette époque (Schalk, 1993).

III.2. Diagnostic et traitement des maladies de la bouche chez l'enfant

A travers les écrits des Experts, nous envisagerons ici, les différentes pathologies et leurs traitements spécifiques chez l'enfant.

III.2.1. Les accidents d'éruption de la première dentition

III.2.1.1. Le diagnostic

Le premier problème bucco-dentaire se pose au moment de la percée des dents de lait. Pour Géraudly (1737), « *Il n'y a point de maladies qui exposent les petits Enfants à tant d'accidens que la sortie des Dents...* » (Géraudly, cité par Ruel-Kellermann). Ce moment est le plus angoissant pour les parents car c'est une période entre toutes dangereuse pour le nourrisson. Fauchard (1728) suivant la tradition hippocratique, écrit que : « *Les premières maladies des dents sont si considérables, qu'il y va quelquefois de la vie...* » (Fauchard, cité par Ruel-Kellermann).

On pense que la poussée des dents affaiblit l'enfant, le rend plus vulnérable aux agressions de l'extérieur. De plus, l'antisepsie n'existant pas à cette époque, les conséquences d'incidents d'éruption sont rapidement dramatiques. Par ailleurs, on redoute les cris prolongés dont on pense qu'ils risquent d'entraîner des convulsions. Fauchard et de nombreux autres citent Hippocrate qui avait déjà remarqué que : « *Ceux à qui les premières dents percent en hiver en supportent beaucoup mieux la sortie, parce qu'ils sont exposés à la fièvre ou aux convulsions dans une saison froide que dans un temps chaud.* »

Au vu de l'extrême gravité que peuvent revêtir les troubles de la première dentition, les dentistes, mais aussi les médecins et les chirurgiens commencent à étudier avec sérieux ce sujet.

Les praticiens s'accordent pour dire que **les canines et les molaires sont tout particulièrement concernées**. Bunon établit même une analyse comparative des symptômes les moins graves pour les incisives inférieures aux plus graves pour les canines ou les molaires. Géraudly (1737) explique que « *Les Molaires présentant une surface plate, ne sauraient percer sans causer une grande douleur...* ». Bunon (1743) considère que la souffrance est telle que « *La douleur causée par un aiguillon, dans quelque partie du corps qu'il fut enfoncé n'approcherait pas de celle que causent les dents, lorsqu'elles piquent la gencive pour les percer...* ».

Ces accidents sont tout autant dus à l'éruption qu'à l'accroissement de la dent : « *... C'est alors que par la forte dilatation, le déchirement des fibres et la pression des parois, l'on voit naître les accidens, d'autant plus que la dent étant à ce point, elle écarte avec force et douleurs les rebords de l'alvéole(...) & tous ces effets naturels (...) mettent très souvent l'enfant en danger & en font périr un grand nombre* » (Bunon, cité par Ruel-Kellermann).

Les Experts décrivent de façon détaillée les différents symptômes qui accompagnent l'éruption des dents de lait.

Ceci « ... cause à l'Enfant des tourmens aigus, qui argumentant encore par l'irritation de la membrane, par le déchirement des fibres, par la dilatation de l'alvéole, que le volume de la Dent force à s'écarter en pressant leurs parois intérieures pour sortir, occasionnent l'odaxisme ou prurit, qui est la démangeaison de la gencive ; le ptialisme, qui est la salivation ou la bave. » C'est l' « état critique... », souvent suivi de « ... l'inflammation, du gonflement, de la tension des gencives, des tumeurs des parties voisines, de l'engorgement des amigdales, & même des parotides... » puis « ... ces accidens entraînent communément la diarrhée, les vomissements, les fièvres, l'insomnie, les convulsions, le sommeil létargique, & quelque fois la mort. » Il précise que « Ces douleurs sont si cruelles & si dangereuses, qu'elles emportent tous les jours un grand nombre d'Enfans, dont la perte cause la désolation des familles. » Et il met en garde les adultes : « Des exemples si funestes devraient rendre chacun plus attentif sur ceux dont ils sont chargés. » (Lecluse, 1750).

A l'instar de Lecluse, tous les Experts exposent un tableau clinique sévère dont le risque majeur est la mort.

Fauchard consacre cinq pages à la description de ces divers accidents survenant lors de la sortie des dents de lait.

Bourdet décrit : « ... Quand les enfants sont forts et robustes, leurs dents séjournent beaucoup moins dans les gencives (...) mais aussi les dents chez eux viennent souvent en foule et leur causent des convulsions qui les font quelquefois périr en très peu de temps ». (Bourdet, 1757)

Jourdain n'est pas plus optimiste : « Le premier accident qui arrive à l'enfant est le gonflement, la rougeur, la démangeaison des gencives, et une salivation abondante.

Le second accident est l'état critique, des tumeurs aux parties voisines et l'engorgement des amygdales.

Le troisième enfin est la diarrhée, le vomissement, les convulsions, l'insomnie, et la fièvre, le sommeil léthargique, et quelquefois la mort si l'on n'y apporte un prompt secours ; ainsi ces accidents doivent être divisés en simples, en complets et en compliqués »

Sa réflexion très intéressante puisqu'il distingue en quelque sorte les accidents locaux, régionaux et généraux.

Andry, doyen de la Faculté de Médecine de 1724 à 1734 propose trois étiologies aux difficultés d'éruption. « Les dents ont peine à pousser soit :

- parce que les vaisseaux ne leur portent pas avec assez de force le suc nourricier dont elles ont besoin pour prendre leur prompt accroissement et percer sans lenteur la gencive,

- parce que le corps de la dent est d'une consistance trop molle pour pouvoir faire aisément cette division,

- parce que les fibres des gencives étant trop flasques, et prestant plus qu'il ne faut à l'effort de la dent, s'étendent au lieu de se rompre... » (Andry, 1741).

Ces trois causes peuvent exister ensemble ou séparément, quoiqu'il en soit, dans tous les cas, « ... il résulte toujours de là un tiraillement, mais un tiraillement long, qui doit exciter des douleurs cruelles aux enfants, et qui prolonge quelquefois leur supplice des semaines entières, ce qui réduit un enfant à passer les jours et les nuits sans repos (...) Ces douleurs, accompagnées de veilles, empêchent le lait qu'ils sucent de se digérer ; ce lait non digéré se tourne en sérosités piquantes qui agacent les intestins, excitent les tranchées et causent même quelquefois des convulsions, par l'irritation violente qui se fait dans le genre nerveux. Le peu de suc nourricier qui se produit et qui devrait entrer dans les vaisseaux lactés, est dérobé par le cours de ventre, et le corps frustré de nourriture tombe dans un dessèchement général, que la mort suit de près. »

Tous constatent que les complications sont souvent tragiques. Ces accidents peuvent aussi quelquefois occasionner une « *apopléxie mortelle* » (Fig. 32).

Bunon reste cependant conscient qu'il ne faut pas attribuer à tort un accident à la dentition. C'est pourquoi il propose un intéressant diagnostic différentiel. Pour cela, il faut ausculter l'enfant, ce qui passe nécessairement par un examen très attentif de la bouche. Le « *ptialisme* » est alors le signe pathognomonique, avec la rougeur, la douleur et le gonflement des gencives.

III.2.1.2. Les traitements

Les premiers traitements très largement employés sont les remèdes populaires.

III.2.1.2.1. Les remèdes populaires dits de « Bonne Femme »

Faisons un petit aparté sur cette expression dont la connotation est très péjorative ; à l'origine il était question de remèdes « de bonne fame » (du latin « *bona fama* ») c'est-à-dire de bonne renommée. Il faudrait en toute logique parler de « remèdes bien famés », de « remèdes fameux » ce qui n'a rien de diffamatoire envers les femmes. Souvent un mot inusité est progressivement remplacé par un mot de même consonance - mais de sens parfois différent - plus couramment utilisé alors. Ce qui expliquerait le glissement d'un « remède de bonne fame » vers « un remède de bonne femme ».

Devant le manque de moyens, de structures de soins, et de médecins, les gens tentent de se soigner par eux-mêmes en utilisant les vieilles recettes issues du

PREMIERE OBSERVATION

*Sur une apoplexie forte à cause de la sortie difficile
des dents (a).*

L'an 1638, à huit heures du soir, le fils du Baron Ferdinand, &c. mourut d'une forte apoplexie, à cause de la difficulté qu'il eut à pousser ses dents environ le douzième ou le treizième mois de son âge. Je proposai à ses parens, le quatrième jour avant sa mort, l'application du cautère actuel à l'occiput, quelquefois fort avantageuse & que j'ai souvent expérimentée : mais les parens ne voulurent point y consentir. C'est pourquoi je me servis des remèdes connus pour l'enflure & le purrit des gencives avec fièvre & catharre. Mais cela n'empêcha pas l'enfant de mourir d'une parfaite & forte apoplexie, sans aucune convulsion des membres, cris, grincement des dents.

Fig. 32 : Première Observation de Jourdain, 1778.

patrimoine familial. Ces pratiques populaires sont alors plus largement diffusées par la publication de plusieurs manuels de santé. En effet ils connaissent un grand succès aux XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècle où ils occupent alors une place non négligeable à côté de la « *médecine professionnelle* ». Cet engouement est consécutif au fait que, bien que ces remèdes reposent sur des méthodes empiriques, ils sont le fruit d'une pratique répétée par plusieurs générations.

De plus, leur rédaction en français au lieu du latin, les rend encore plus accessibles à partir du XVIII^{ème} siècle, d'autant plus que le nombre d'individus capables de lire est en nette augmentation. Ces ouvrages sont largement diffusés grâce aux colporteurs qui les vendent jusque dans les campagnes les plus reculées. Dans les villages, c'est donc la personne qui sait lire qui détient le manuel et en cas de problème, les gens viennent lui demander conseil.

Les manuels de santé ont pour ambition de soigner les affections les plus courantes. De toute façon, chez les gens pauvres comme chez les riches, le médecin n'est appelé que pour les maladies graves. On propose ainsi dans ces recueils des remèdes pour différents petits maux comme l'indigestion, le rhume, les brûlures ou pour stopper les vomissements, mais aussi pour les traitements de maladies plus invalidantes comme l'épilepsie...

Cette médecine repose sur la préparation de remèdes utilisant des substances d'origine minérale, animale ou végétale. Les remèdes peuvent également être achetés directement aux colporteurs. Certains d'entre eux sont spécialisés dans la vente de potions, décoctions ou autres tisanes qu'ils transportent dans de nombreux flacons. De nombreuses substances nécessaires à l'élaboration des remèdes sont directement prélevées dans la nature. Les gens des campagnes se transmettent les connaissances nécessaires à cette quête, et bien souvent, les plantes les plus utilisées sont cultivées dans les jardins, afin de les avoir à portée de main en cas de besoin.

À cette époque, les moines cultivent aussi des plantes médicinales dans leurs monastères, de même que les apothicaires, qui cultivent chez eux une grande partie des plantes dont ils ont besoin pour leurs préparations. La thériaque, a un grand succès : elle est utilisée pour quasiment tous les maux, en espérant que l'un ou l'autre des principes contenus dans la préparation aura bien une action bénéfique sur l'évolution de la maladie.

α Les fondements des remèdes populaires

Contre les maux de la dentition de nombreux procédés sont décrits, destinés à calmer la douleur. Ils témoignent de l'inquiétude des parents.

On distingue trois types de thérapeutiques :

- les ports d'amulettes,

- les objets à mordiller,
- les massages ou applications sur la gencive.

Ces différentes pratiques sont généralement associées : les amulettes se portent pendant toute la période critique, les objets à mordiller sont proposés à l'enfant quand il en manifeste le besoin, les massages se font au moment même de la douleur. Les baumes sont généralement appliqués par la mère, avec le doigt. Ce sont souvent des produits doux et onctueux dont la saveur calme l'enfant : du miel, de l'huile d'olive, du beurre de lait de femme, ou encore de la gelée de corne de cerf mélangée avec du lait de femme. L'efficacité du remède tient à la fois à ses propriétés empiriques, souvent anti-inflammatoires, mais aussi dans des significations symboliques. Ainsi, en Lorraine, on préconise un décocté de feuilles de lierre cuites dans du lait de vache noire. Chacun des éléments de cette recette est chargé de significations symboliques : le lait de vache remplace celui de la mère et la couleur de la vache évoque la séparation ; par ailleurs, plante grimpante, le lierre rend les dents aptes à « tenir » et la forme pointue de sa feuille évoque celle des dents.

Ces remèdes sont principalement fondés sur les croyances religieuses et sur la magie. D'après Dussau (1970) deux sortes de magie entrent en jeu :

- **la magie homéopathique**, basée sur la loi de similitude. En effet, la plupart des rites magiques peuvent être ramenés à des formules simples du genre « *similia similibus* », « qui se ressemble s'assemble ». Les remèdes utilisés pour guérir sont soigneusement choisis de telle sorte que leur aspect ou leur nature ait avec le mal une ressemblance frappante (analogie de forme, de couleur...).

- **la magie contagieuse**, basée sur la loi de contact ou de contagion. Elle a pour but de mettre en rapport l'homme avec la créature ou la chose sur laquelle il veut exercer une influence quelconque. Souvent le contact réel suffit. Des intermédiaires peuvent cependant fort bien jouer ce rôle. Ainsi le mal est transmis par « contagion » à des objets inanimés, des végétaux, des animaux ou des hommes.

La magie homéopathique et la magie contagieuse posent comme principe que les choses agissent à distance l'une sur l'autre par l'effet d'une sympathie secrète.

Voyons deux exemples illustrant bien ce concept :

- Cas de la souris et de la dent de lait

Le conte de la petite souris remonte à très loin dans le temps, où l'homme essayait grâce à la magie, de se concilier les faveurs de la souris, afin de posséder, comme elle, des dents solides et saines.

1° L'offrande à la souris d'une dent humaine tombée, c'est-à-dire peu solide, en échange d'une dent de souris supposée solide, est un rite de magie homéopathique (application de la loi de similitude).

2° La dent, en tant que partie détachée du corps humain, est le véhicule grâce auquel la souris peut exercer son action bénéfique sur la personne qui en était la propriétaire, car en touchant la dent, c'est la personne elle-même que la souris touche (loi de contagion).

- Cas des reliques

Sainte Apolline, vierge morte martyre vers 249 (Fig. 33), est fréquemment invoquée pour soulager les maux de dents, car ses bourreaux lui brisèrent et lui arrachèrent les dents. Elle est donc particulièrement habilitée à intervenir dans ce genre de souffrance (loi de similitude). De plus, aller toucher une châsse contenant des reliques de cette sainte pour faire cesser son mal de dents, cela est un acte de magie contagieuse (loi de contact).

Le même type de raisonnement par analogies et correspondances se retrouve dans tous les cas de transfert du mal. Il peut se faire à des animaux, des végétaux, des objets inanimés, à des hommes, (directement ou indirectement) ou encore être assimilé à l'expulsion d'un démon.

Pour emporter la douleur, les rites transmetteurs sont très nombreux et variés : (Lalanne, 2006)

- toucher la dent douloureuse avec un clou, faire une oraison et enfermer le clou dans une boîte en bois.

- prendre une grenouille, lui cracher dans la bouche en la priant d'emporter le mal.

- mâcher du pain, le donner au pigeon.

Ils peuvent également utiliser la force vitale des êtres et des choses pour faire « renaître » la santé (Dussau, 1969 et 1972).

⌘ Croyances religieuses et Superstitions

Si la foi et la superstition font partie intégrante de tous ces remèdes populaires, certains sont uniquement basés sur le respect de certaines coutumes comme le port d'amulette préconisé pendant toute la période critique pour protéger l'enfant.

Nous avons vu que la religion influence grandement la vie quotidienne, aussi pouvons-nous constater qu'elle occupe une place de choix dans bon nombre de ces rites.

Les rites préventifs ont pour but d'assurer à l'individu une protection de tous les instants contre les mauvaises influences et les maladies ; ici, ils servent à préserver



Fig. 33 : Sainte Apolline, reliquaire, 1783.

l'enfant du mal de dents et donc assurent et facilitent une bonne dentition :

- la sage-femme peut, le jour du baptême, tremper furtivement son doigt dans les fonds baptismaux et en frotter la gencive du nouveau-né ;
- il en sera de même si on laisse tomber le cordon ombilical dans une église ;
- la mère peut aussi, trois samedi de suite, rentrer de l'église en silence et souffler dans la bouche de l'enfant ;
- il faut de plus le sevrer préférentiellement le jeudi Saint ou le jour de la Saint-Jean ;
- la mère doit également dès la première année, couper avec ses dents les ongles de l'enfant ;
- par ailleurs, les parents ne doivent pas transgresser certains interdits. Les personnes les plus superstitieuses, doivent s'abstenir de présenter à la mère et à l'enfant, des individus suspects ou étrangers ;
- pour la même raison, l'enfant doit se garder de tenir ses pouces à l'intérieur de ses poings fermés lorsqu'on lui prodigue des soins ;
- s'il a moins d'un mois, il faut éviter qu'il regarde à travers un miroir ;
- la mère doit en outre éviter de suspendre la lessive du bébé dans une pente du jardin (Aubert, 1987).

Certains prétendent qu'il ne faut surtout pas toucher la dent qui pointe car elle risquerait de pousser de travers ou devenir une dent de chien. Par contre, d'autres préconisent de masser la dent qui sort avec l'index recouvert d'un linge de fil fin afin qu'elle pousse droite.

Le doigt peut être aussi un agent de transmission entre le remède et la gencive. Il est humecté de salive, d'eau bénite ou sert à transporter le miel ou du citron.

Les rites curatifs ont pour but de supprimer le mal en le chassant ou en le « tuant », ou bien d'utiliser la force vitale des êtres et des choses pour faire « renaître » la santé :

Le culte des Saints guérisseurs

Sainte Apolline

Comme nous l'avons vu précédemment, elle aurait obtenu de Dieu la grâce de soulager ceux qui souffrent des dents.

Le culte de Sainte Apolline apparaît en France au XIII^{ème} siècle, elle sera vénérée jusqu'à la Révolution.

Sainte Quiterie

Quiterie serait la fille d'un roi portant le nom de Catilinus, dont l'épouse Calsia descendait de Julien l'apostolat. Elle aurait reçue la foi à 13 ans de la bouche d'un ange.

Refusant de se marier avec un certain Germain, elle fut décapitée par celui-ci le 22 Mai 477. Une relique de la Sainte se trouve à Nauviale, en Rouergue. On la prie tout spécialement contre les rages de dents et les accidents de la dentition chez les petits enfants (Ginoux, 1982).

Sainte Radegonde

Cette sainte possède une chapelle près de Cancale, en Ile et Vilaine ainsi qu'une fontaine surmontée de sa statue. Elle est également invoquée pour soulager les douleurs inhérentes à l'éruption des dents (Ginoux, 1982).

Le culte de l'aïeul

On peut encore suspendre au cou de l'enfant, de préférence durant la semaine Sainte, une dent provenant d'un de ses grands-parents. Parfois, le mort doit être décédé à la suite d'une cause violente. Ainsi la loi de la similitude est-elle appliquée par l'intermédiaire des dents de morts. En effet, même après la mort les dents ne subissent pas de décomposition et donc conservent toute leur vertu de vie et de guérison.

Le rôle de l'animal

Mis à part les amulettes, la superstition populaire conseille aux mères de placer près de leurs enfants des animaux pour le protéger des convulsions occasionnées par l'éruption des dents.

Voici quelques exemples de protections placées très près de l'enfant :

- « *Placer un morceau de peau de taupe sous le bonnet de l'enfant le préserve des convulsions, il peut être aussi cousu.* » De même, on peut placer les pattes de derrière de la taupe avec des têtes de vipères sur le bonnet.

- « *Placer une tête de lièvre avec de grandes dents sous l'oreiller ou un fer à cheval.* »

On peut aussi pendre l'animal au-dessus du berceau, il protégera ainsi l'enfant lors de son sommeil.

- « *Prendre un gros crapaud vivant. Le pendre par une patte de derrière au-dessus du berceau ou du lit de l'enfant, à la verticale de celui-ci soit directement au plafond, soit au plafond de l'étage supérieur ou du grenier. Au fur et à mesure que le crapaud meurt, le feu des dents disparaît.* »

- « *Tuer une taupe, lui couper les pattes et les suspendre au pied du lit.* » (Dussau, 1972).

Le renouvellement des dents

Le passage de la dent de lait à la dent définitive symbolise le passage de l'enfance à l'âge adulte. Elle coïncide avec ce que l'on appelle l'âge de raison. Sept ans, c'est l'âge auquel l'enfant quitte le statut intermédiaire de la première enfance et où on peut commencer à lui confier des responsabilités. Les rituels qui lui sont liés marquent cette étape. Ils servent à endiguer la peur de la douleur que ressent l'enfant. Aider la dent à tomber est le plus souvent le rôle de la mère. Généralement, elle prend son enfant sur les genoux et, tout en le cajolant, enlève par rotation la dent branlante. Quand cela ne suffit pas, on a recours au procédé encore connu du fil (Fig. 34) comme dans la recette suivante où les enfants trouvent dans la prière tout à la fois la force et la confiance qui permettront de vaincre l'appréhension de la douleur et un élan temporel nécessaire pour « se jeter à l'eau » : « *On attache un fil très fort à la dent qu'on veut voir partir ; puis, s'étant agenouillé, on fixe l'autre bout du fil à un objet résistant, un pied de table par exemple ; ensuite, on récite la prière suivante : "mon Dieu, faites que ma dent s'en aille sans me faire de mal", et en même temps on se relève brusquement.* » (Dubois, 2006).

Dans certaines régions, on interprète ce rite de passage en plaçant sous l'oreiller de l'enfant un bouton de pantalon avec le cordon ombilical. Le bouton symbolise alors l'âge adulte et le cordon l'enfance.

On fait attention à ne pas faire n'importe quoi avec la dent tombée, d'une part par crainte de la sorcellerie, mais également par peur qu'un animal ne s'en empare. Pour des raisons semblables à celles qui président aux rituels relatifs à la poussée des dents de lait, on pense que d'elles-mêmes les dents ont du mal à pousser sans être attirées par la force d'un animal. En même temps, cela ne peut être n'importe lequel. Si c'est un animal familier de la ferme - un cochon ou un chien - on craint que la nouvelle dent pousse chez l'enfant avec une forme empruntée à l'animal. En plus d'être inesthétique un croc de chien dans la bouche d'un enfant risquerait de le rendre violent ou « mordeur ». La pratique la plus courante est de placer la dent dans une cavité, et en particulier de la jeter dans un trou de souris, facile à trouver dans les intérieurs ruraux. Pour la ressemblance entre les dents à venir et celles de l'animal qui les a avalées, les dents de souris conviennent parfaitement : elles sont fines et aiguës, blanches, solides et durables. De plus, elles ont la qualité de ne pas être agressives. Elles sont faites pour manger et non pour dévorer. Et leur blancheur promet que les dents de l'enfant le seront aussi, c'est-à-dire non cariées. Par ailleurs la souris est un animal familier aux enfants de la campagne. Ainsi, l'enfant met sa dent dans un trou de souris tout en disant : « *Petite souris, voilà une dent à moi, donnez-moi une dent encore plus belle* » (Westphalen, 1934).

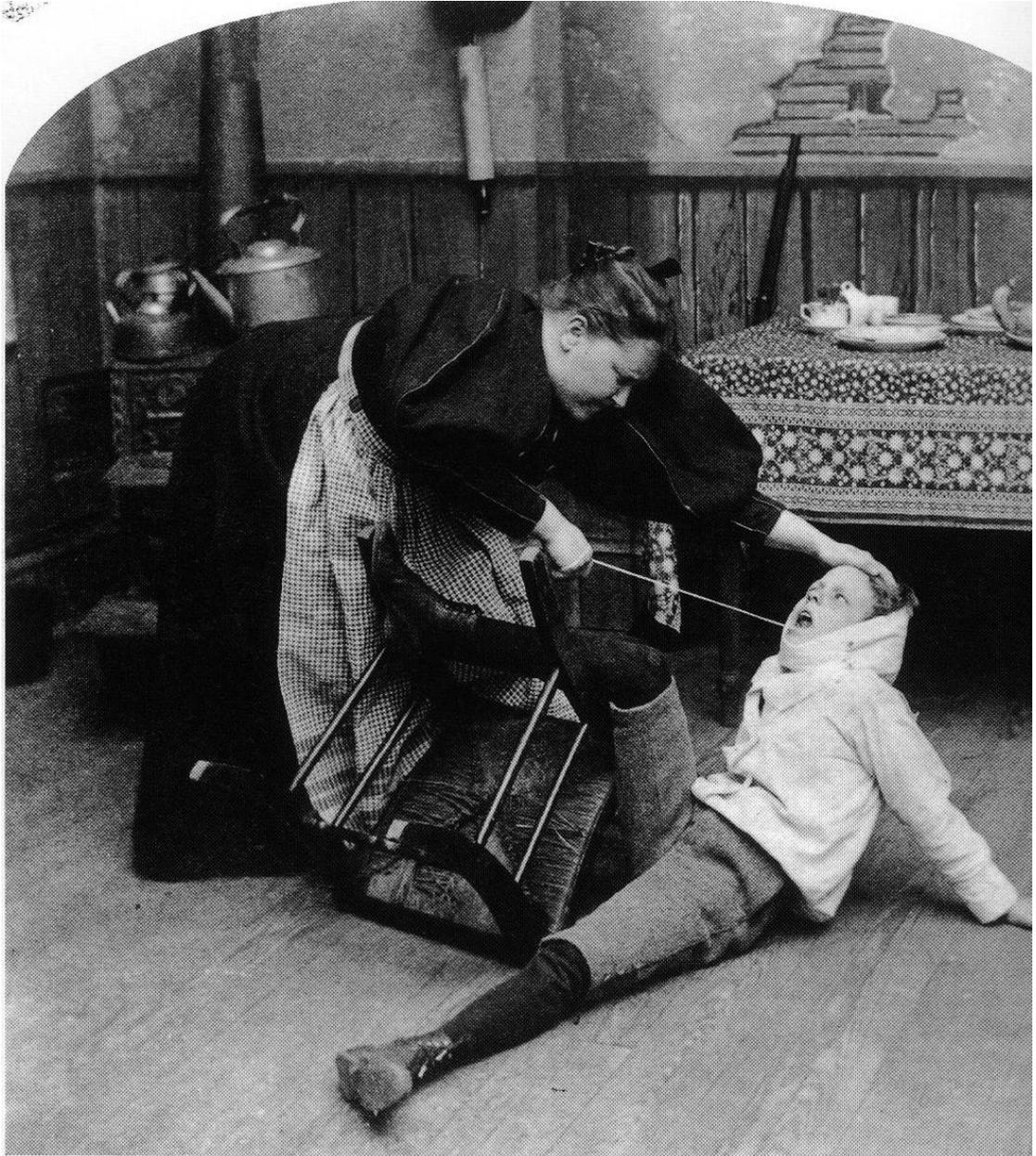


Fig. 34 : Extraction dentaire, photo de 1897.

α Le port d'amulettes

Qu'elles soient d'origine animale ou végétale, elles sont employées en vertu de leurs formes, de leurs couleurs, d'une légende ou encore d'une fausse étymologie attribuant à leur nom un rapport avec le mal à combattre.

L'emploi des amulettes pour se protéger des mauvais esprits et des maladies peut être associé, dans le cas de l'éruption des dents de lait, à celui des « colliers de dentitions ». Ces derniers sont assez longs pour que le bébé puisse les porter à la bouche et les mâcher. Ils sont généralement constitués de baies ou de graines de végétaux ou de minéraux comme le corail ou l'ambre (Dussau, 1972).

En revanche, les talismans suspendus au cou des enfants sont plus courts ou accrochés par une épingle au col. Ce sont souvent des sachets, qui peuvent contenir ces graines, baies, racines, cailloux, etc. Souvent ils contiennent des cendres d'animaux, des pattes ou des dents.

Si ces objets ont la forme de collier, c'est aussi parce qu'ils entourent la gorge de l'enfant et ainsi sont censés le protéger contre l'étouffement qui est la conséquence la plus redoutée des convulsions.

Les amulettes d'origine animale

Beaucoup d'animaux sont utilisés sous ces formes pour prévenir les douleurs des dents de lait, nous allons voir les plus courants :

- La taupe

La taupe a payé un lourd tribut dans cette coutume.

Sa mâchoire, ses dents, sa peau, ses pattes et parfois l'animal tout entier étaient utilisés. Le choix de la taupe comme thérapeutique lors de l'éruption des dents, s'explique par son déplacement sous la terre. On assimile le passage des taupes à travers la terre à celui des dents à travers la gencive. C'est aussi pourquoi les pattes qui leur servent à avancer sont le plus souvent recommandées dans les remèdes. Ainsi à Marseille, on met au cou de l'enfant un collier composé de pattes de taupes (Dussau, 1972) (Fig. 35). En Lorraine, on préfère prendre une taupe vivante, lui couper les pattes et le museau et mettre le tout dans un sachet que l'on place sur la poitrine de l'enfant (Raybois, 1975). En Loir et Cher, les pattes doivent provenir d'une taupe étouffée de la main gauche et qui n'ait pas encore eu de petits (Dussau, 1972).

Cependant, il suffit parfois simplement d'attacher autour du cou de l'enfant, le fil qui a traversé une taupe. Et on utilise aussi d'autre partie du corps de la taupe. Ses dents mises dans un sachet protégeront l'enfant à condition qu'elles aient été arrachées sur une taupe mâle et vivante.



Fig. 35 : Collier de pattes de Taupe, XIXème siècle.

« Pour faire germer les dents des enfants, on prendra une Taupe, on lui coupera, pendant qu'elle est encore vivante, les ongles des pattes de devant et on enfermera ceux-ci dans un sachet que l'on suspendra au cou de l'enfant. Plus le sachet sent mauvais et plus la guérison est rapide ! » (Dussau, 1972).

En général, la taupe est vivante quand elle est capturée puis elle est mutilée. Cette férocité s'explique par le fait que la taupe symbolise les mystères de la terre et de la mort. Ainsi en la faisant souffrir, on éloigne la mort.

D'autre part, on applique le transfert du mal : la douleur subie par l'animal doit atténuer celle de l'enfant, et plus l'agonie est longue plus il y a de chances de guérison.

Pour capturer ces taupes, on fait appel au taupier ; il s'agit d'un métier qui a disparu actuellement. Le taupier est un personnage étrange à qui l'on prête des pouvoirs maléfiques ou thérapeutiques. Comme pour les guérisseurs, c'est un métier qui se transmet de père en fils et il est pratiquement considéré comme un don (Roche, 2000).

- La limace et l'escargot

En Poitou, « ... pour favoriser la dentition, rien ne vaut un collier d'os de loches si ce n'est une dent de loup. » Les loches ou limaces n'ont pas d'os ; mais un groupe de limaces, «... les testacelles, portent une petite coquille, et les arions, roux et gris renferment un tégument nacré ayant un peu l'apparence de la dent qui se dégage de son alvéole. » Ces « os » sont aussi appelés « dents de loches ». Ainsi lorsqu'elles sont suspendues au cou de l'enfant, elles appellent ses dents lactéales à sortir (Roche, 2000).

On retrouve ces concrétions calcaires dans les cornes d'escargot et elles sont aussi portées en amulettes. Le nombre de dent de loches ou d'escargots à porter varie selon les régions.

- La souris

Les dents de souris sont portées en pendentif, mais parfois c'est aussi la tête ou la souris entière vivante qui est suspendue au cou de l'enfant.

On peut comparer la souris à la taupe car elles vivent toutes deux sous terre. Pourtant, dans les croyances populaires, la première est cajolée alors que la deuxième est torturée. En effet, on réalise un troc avec la souris et dans plusieurs pays la dent de lait est appelée dent de souris (Dussau, 1972).

La souris tient une place très importante car ses dents apparaissent comme inusables.

- La vipère

Elle est moins utilisée, mais certains remèdes préconisent de passer autour du cou du bébé un cordon sur lequel est enfilé le squelette d'une vipère, ou un sachet

contenant une tête de vipère. Il s'agit en effet d'un animal qui fait peur mais qu'on admire en même temps pour ses dents (Roche, 2000).

Hémard fait porter à l'enfant, suspendu à son cou, une dent de vipère mâle.

Les dents de divers animaux sont également utilisées pour protéger l'enfant des douleurs de l'éruption :

- Les premières dents qui tombent aux poulains, et plus sûrement encore si elles n'ont pas touché la terre.

- Si on arrache avec ses propres dents les incisives d'un lièvre vivant et qu'on les suspend au cou de l'enfant.

- Les dents de loup à qui on attribue une vertu puissante contre les convulsions, la peur, la colère et la rage ; à Metz, un hochet d'enfant est aussi appelé "dent de loup".

Parfois, les remèdes sont plus inattendus et on suspend autour du cou du bébé des amulettes qui ne semblent pas avoir de rapport avec ses dents :

- La laine d'agneau à laquelle reste attachée un peu de peau.

- Les insectes comme les larves de cétoines dorées ou sept ou neuf punaises des bois (Dussau, 1972).

Les amulettes d'origine végétale ou minérale

Grâce à leurs racines, les plantes puisent l'énergie dans les entrailles de la terre, et leurs tiges s'élèvent vers les cieux, les étoiles et le soleil. Elles possèdent donc à la fois des vertus fortifiantes et revivifiantes tirées du sol et des vertus magiques de par leur harmonie avec les constellations.

Les amulettes sont utilisées en colliers ou en sachets, suspendues au cou des enfants.

Les graines rouges d'iris et de pivoine sont contenues dans une capsule dite « perles dentaires », tout comme le germe de la dent lactéale avant son apparition sur l'arcade. Ainsi, ces deux plantes sont le plus souvent employées comme collier que l'enfant peut mâchonner. De plus, la couleur rouge, bénéfique et évocatrice du sang, renforce l'action thérapeutique de ces plantes.

Hémard fait suspendre au cou de l'enfant, un sachet renfermant soit de la racine de coloquinte, soit de la racine de ronce (Chaing, 2000).

Le corail est surtout employé dans les accidents d'éruption ; le corail est la « pierre » zodiacale du taureau et du scorpion, et l'amulette spéciale des enfants et des mères. Il possède des propriétés médicinales mais aussi une force protectrice.

D'autres plantes, minéraux, et même un métal servent à la confection d'amulettes ; certains d'entre eux entrant également dans la composition de remèdes, nous avons choisi de les répertorier sous forme de tableau pour une meilleure lisibilité (Tableaux 1 et 2).

Dans l'arsenal des remèdes, surtout à partir du XVIIIème siècle, les plantes sont les plus sollicitées, et supplantent même l'usage des animaux.

Il est à préciser que certaines de ces plantes figurent toujours dans la pharmacopée moderne.

☒ Les objets à sucer ou mastiquer

Le fait de mâcher et de mordre quelque chose peut aussi soulager l'enfant.

De façon universelle, nous retrouvons la guimauve officinale, les hochets d'argent, les morceaux de bois ou les croûtes de pain. On peut encore rechercher une action scarifiante en frottant les gencives avec un morceau de sucre. En Normandie, pour que les premières dents d'un enfant poussent sans douleur, on lui fait sucer un morceau de pomme.

Une « racine » de corail bien lisse fait aussi l'affaire, et il semble que le corail blanc soit particulièrement recommandé à cause de sa similitude de couleur avec la dent qui pointe.

Il existe aussi des coutumes qui préconisent les animaux. Par exemple, en Silésie, pour que l'enfant ait rapidement ses dents, on lui passe, dans le sens de la longueur, une queue de chat entre les lèvres. En Saxe, c'est un poisson vivant (Dussau, 1972).

L'emploi des conjurations magiques et des vieilles recettes traditionnelles, nées dans un passé séculaire, est maintenu par l'enseignement oral, les transcriptions et les brochures, et ce jusqu'à la fin du XIXème siècle.

Madame Fouquet fait paraître un Recueil de Remèdes Faciles et Domestiques présentant des thérapeutiques aux algies dentaires. Ce recueil est établi pour les pauvres et ces remèdes seraient, d'après l'imprimeur « ... *approuvés par messieurs les doyens et les professeurs de la Faculté de Paris...* ». Parmi ces recettes, certaines comportent des détails qui prêtent à sourire : « ...*pour le mal de dents, prenez la patte gauche d'un crapaud séché au soleil, mettez-la entre deux linges fins, et appliquez-la sur la joue à l'endroit de la dent qui vous fait mal, et la douleur cessera...* » (Chaing, 2000) ou cette autre pour faire venir les dents à un enfant sans douleur : « *Prenez un Coq, coupez avec des ciseaux un peu de sa Crête, et frottez-en les gencives du sang qui en coulera...* » ou encore « *Prenez la tête d'un lièvre bouilli ou rôti, il n'importe, ôtez-en la cervelle, mêlez-la avec un peu de miel et de beurre, et en oignez souvent les gencives de l'enfant* » (Chaing, 2000).

Les végétaux	Mode Opérateur	But Thérapeutique
Ail	-En collier -En massage de la gencive	-Similitude avec la forme d'une canine -Action antiseptique
Aubépine	Petite branche dans un sachet suspendu au cou	Rôle protecteur qui a rapport avec la couronne du christ en aubépine
Chélidoine	Racine suspendue au cou	Rôle protecteur (en Bavière)
Eglantier	3 épines cueillies à reculons, avant le lever du soleil, dans un sachet suspendu sur la poitrine	Favorise efficacement la percée des dents
Epine-vinette	Coudre des fleurs dans un sachet, lui-même mis dans un sac rouge, suspendu au cou Le changer tous les mois à la même date et heure. Brûler le précédent sac en récitant 3 Notre Père	Rôle protecteur
Figue	En friction sur la gencive	Emollient et adoucissant
Fougère	Donner au nourrisson un lit de feuilles de fougère (matelas, oreillers remplis de feuilles)	Assure une bonne formation des dents et une denture normale (Région de Metz)
Guimauve officinale	En friction sur la gencive ou à mâchonner	Adoucissant
Iris	Mâcher le rhizome ou les graines en collier	Les graines ressemblent aux germes dentaires et les mâcher fortifie la musculature des maxillaires
Lierre	En massage ou en décoction	Action tonique et asséchante
Ortie blanche	En massage sur la gencive	-Rafraîchissant et adoucissant -Le blanc rappelle la couleur de la dent
Pivoine	En amulette ou mâcher la racine	Rôle protecteur car les graines sont appelées "germe dentaire"
Réglisse	Bâton à mâchonner	Action calmante, adoucissante et rafraîchissante

Tableau 1 : Végétaux et leurs propriétés

Les Minéraux et un métal	Mode Opérateur	But Thérapeutique
Aigue-marine	En collier	Prévention du mal
Corail	En collier à mâchonner	Rôle protecteur et rôle de scarification de la gencive
Faux-Ambre	En amulette s'il contient la perle de la convulsion	Ressemblance avec une dent
Mercure	Suspendu au cou de la mère et de l'enfant dans un tube de verre	Protection pour éviter les convulsions

Tableau 2 : Minéraux, métal et leurs propriétés

⌘ La friction des gencives
(Dussau, 1972 ; Roche, 2000)

Ce sont des remèdes intra-buccaux.

Pour soulager les problèmes de dentition chez l'enfant, voici une recette datée de 1691 : « *Mélangez de l'eau de sperme de grenouille avec du beurre frais sans sel et la moitié d'un jaune d'œuf. Battez le tout pour faire un liniment dont vous frotterez les gencives.* » (Ginoux, 1982).

Ainsi c'est surtout la période d'éruption des dents lactéales qui est considérée comme dangereuse et tout un arsenal de thérapeutiques empiriques est mis en œuvre pour protéger l'enfant notamment des préparations à base d'animaux et d'éléments d'origine humaine.

Le but de ces thérapeutiques est de faciliter la sortie des dents afin d'éviter les fièvres, les pleurs et les convulsions qui l'accompagnent. On agit alors directement sur la gencive en la frictionnant ou en faisant mordiller des objets.

Chaque animal ou partie d'animal utilisé dans les préparations des remèdes a une signification symbolique. On utilise surtout la tête et la cervelle car elles représentent la morsure, ce qui permet le transfert du mal de dents. Parmi les préparations à base d'animaux, on retrouve le plus souvent le lièvre, le coq, le cerf.

- Le lièvre

Le lièvre est censé avoir beaucoup de vertus. Au XVIII^e siècle, il faut porter sur soi un cœur de lièvre pour se protéger des sorcelleries. En effet, les lièvres qu'on rencontre après le coucher du soleil sont souvent des sorciers ou sorcières métamorphosés qui cherchent à faire du mal (Ribon, 1983).

De plus, le lièvre est un animal dont les dents poussent continuellement, il semble donc indiqué pour accélérer l'éruption des dents de lait. C'est également un animal craintif censé guérir des cris et des tremblements entraînés par les convulsions.

Ainsi trouve-t-on de nombreuses préparations, répandues dans toutes les régions françaises, le plus souvent à base de la cervelle du lièvre. Ce produit est utilisé seul ou mélangé avec d'autres ingrédients.

- Le coq

Le coq est un animal familier souvent cité dans les remèdes. Sa crête rouge rappelle la gencive rouge et enflammée de l'enfant lors de l'éruption. La tête toute entière présente aussi un pouvoir car il faut utiliser le sang qui coule après l'avoir coupée. La graisse de poule mêlée d'un peu de miel frictionnée sur les gencives est aussi préconisée (Raybois, 1975 ; Roche, 2000).

Le plus souvent, c'est un vieux coq de couleur blanche qui est employé. En effet le blanc a une connotation magique bénéfique et de protection (Raybois, 1975).

- Le chien et le loup

On emploie le lait de chienne à la base de certains collutoires. Les frictions des gencives des nourrissons avec les cendres de dents de chiens mélangées avec du miel et du beurre sont aussi recommandées.

En Suisse, on frotte la gencive du bébé avec une dent de loup.

- Le cerf

La corne ou la moelle de cerf dissoute dans du lait de nourrice ou mélangée à du beurre frais est un traitement préventif lors de la période d'éruption.

- Le cochon

Pour activer la dentition, on frotte les gencives avec du lard bouilli ou grillé légèrement.

- Le mouton

La cervelle de bélier favorise la percée des dents de lait si on en frotte les gencives des enfants. D'autre part, la dentition est accélérée si on pousse trois fois, avec la bouche, l'enfant contre un bélier qui, le soir venu, rentre de la pâture.

La vertu curative du bélier est liée à une très vieille croyance qui veut que le bélier, premier signe zodiacal, soit la tête du monde. Il a donc pouvoir sur toutes les maladies qui touchent la tête, en particulier dans son troisième décan.

Dans les recettes à base d'animaux, le miel est souvent ajouté, peut-être pour leur donner un meilleur goût et un aspect plus appétissant. On peut aussi l'étaler seul avec le doigt sur la gencive et le palais (Dussau, 1972 ; Roche, 2000).

III.2.1.2.2. Les soins préconisés par les Experts

Ne perdons pas de vue que la majorité de la population n'est pas soignée par de véritables spécialistes et a toujours recours aux charlatans et aux remèdes empiriques. Les gens du peuple restent ignorants face aux nouvelles méthodes thérapeutiques. Les nouveautés du siècle sont dispensées par les dentistes « Experts » au profit des nobles et des bourgeois.

Cependant, la thérapeutique du début du siècle, avec Fauchard et ses contemporains, ne s'est guère libérée de certaines traditions.

⌘ Les frictions de la gencive

Tous les auteurs présentent leurs recettes pour faciliter la sortie des Dents. Voici ce que recommande Lecluse (1750) : « *Faites liquifier dans un pot de terre vernissé sur des cendres chaudes, égale portion de cervelle de lièvre, de beurre frais, d'huile de lis, & de miel de Narbonne, que vous conserverez dans un pot bien bouché. Non seulement ce remède apaise les violentes douleurs & les inflammations des gencives ; mais ce*

frottement fait que la Dent se nourrit mieux, parcequ'il attire le suc nourricier en agitant les petits vaisseaux qui le portent, ainsi elle acquiert plus de fermeté, & perce par conséquent la gencive avec plus de facilité. »

Selon Fauchard, **les frictions de la gencive la rendent plus molle, plus souple et plus flexible**, donc cela prévient et calme les douleurs. Ces massages sont effectués avec le doigt, toujours enduit de remèdes animaux tels que « ... *moëlle d'os de râble de lièvre, graisse d'un vieux coq ou sang de sa crête fraîchement coupée...* », ou végétaux comme « ... *l'extrait qui se fait des racines de chiendent ou d'une liqueur faite de parties égales d'eau de mauve, d'eau de guimauve, de miel de Narbonne ; ou encore de décoctions d'orge mondé, raisins de Damas, figues grasses, racines de guimauve.* » Jourdain (1756) conseille une pommade composée « ... *de beurre frais, d'huile d'amande douce (...), de moelle de veau, de sirop de violat, de miel de Narbonne et de pulpes de feuilles de guimauve, à parties égales.* »

D'autres indiquent l'utilisation d'un morceau de lard frais.

Bunon indique de frotter la gencive « *avec le doigt chauffé* » et s'il y a inflammation, il faut user d'« *émolliens* » : miel de Narbonne, beurre frais, cervelle de lièvre etc. Puis, lors de la percée, il est bon de « ... *frotter la nuque du col, les épaules, le dos, les cuisses et les jambes de l'enfant...* » (Bunon cité par Ruel-Kellermann). De même, Lecluse dit que si l'on veut prévenir l'enfant des grandes douleurs, « ... *la Nourrice sera attentive à le lever & le frotter depuis la nuque du col jusqu'aux jambes, toujours en ramenant la main en bas pour détourner le cours de l'humeur qui se porte à la bouche, & qui pourroit le suffoquer s'il étoit couché.* »

Selon Bourdet, les « *émolliens* » sont fort peu nécessaires. Le « ... *jus de citron est le remède le plus propre à prévenir les accidens...* » par son acidité et sa vertu astringente. Il s'utilise de temps en temps « ... *jusqu'à ce que la Dent soit découverte, & la Gencive divisée.* » Il combat sans danger aphtes et fongosités.

En effet, **la sortie des dents est quelquefois précédée des aphtes**, « ... *qui sont des petits ulcères qui attaquent leur bouche. Il y en a des noirs qui sont forts dangereux, & qui s'étendent jusqu'aux amygdales, & même au fond de la gorge. Ceux qui viennent à la langue, autour des gencives & des parotides, sont moins à craindre : cependant il faut remédier promptement à l'un & à l'autre.* » (Lecluse, 1750).

Selon Lecluse, « *l'humidité de la bouche* » ralentit les effets des remèdes, c'est pourquoi il faudrait oser en employer de plus forts. Voici toutefois ceux dont il se sert avec succès : « *On prendra une once de miel rosat, quarante ou cinquante gouttes de mon Elixir, à son deffaut le double d'eau vulnérable spiritueuse, une cueillère d'eau de plantin, & trois ou quatre gouttes d'esprit de vitriol que l'on mêlera ensemble à froid, & l'on en frotera les ulcères plusieurs fois le jour avec un pinceau ou un petit plumasseau*

au bout d'un brin de baleine ; s'il ne sont point de conséquence, & qu'ils ne s'étendent point, on supprimera l'esprit de vitriol. »

Pour les « *convulsions des nerfs du visage causées par les douleurs des dents* », Fauchard recourt à la moëlle de veau, dont il conseille qu'on « *frotte le visage de l'enfant* » (Spaeth, 1981). Lecluse (1750) écrit que les convulsions provoquées par les dents s'annonce par « *... l'agitation de quelque partie de la tête, le tremblement, le renversement réitéré des yeux, appelé Strabisme...* » dans ce cas, il faut lui frotter le visage avec le remède suivant : « *Prenez égale portion d'huile d'iris, de camomille, d'hipéricum, & de moëlle de veau, que ferez fondre ensemble à petit feu, & ferez chauffer pour l'employer.* »

Le chirurgien Jean-Louis Petit se montre lui aussi partisan de ces remèdes traditionnels.

A l'inverse, le médecin Andry (1741) estime que ces remèdes émollients « *... à moins que les gencives ne soient attaquées d'inflammation, ne peuvent que retarder l'action des petits rameaux d'artères qui portent la nourriture aux dents, empêcher les mêmes dents de se durcir au point qu'il faut pour devenir perçantes, relâcher les fibres déjà trop lâches des gencives, et retarder par ces trois effets, dont un seul suffit pour faire beaucoup de tort, la sortie qu'on a l'intention de procurer...* » Toutefois un frottement doux des gencives produit trois effets avantageux :

- « 1° *Il rappelle le ressort des fibres trop lâches ; il les raidit et les rend cassantes.*
- 2° *Il presse la gencive contre le tranchant du corps dur qui s'élève en dessus ; et par ce moyen, il la met dans la nécessité de se diviser en peu de temps.*
- 3° *Il engourdit le sentiment de la partie, et diminue par conséquent la douleur.* »

Bunon adopte pour l'ensemble les méthodes d'Andry.

Mais Auzebi (1771) n'est pas de cet avis et croit que la friction des gencives est « *... bien plus nuisible que salutaire...* », car elle rend les gencives « *tellement calleuses* » que les dents sortent de travers.

☒ Les hochets

La plupart des dentistes recommandent de donner de bonne heure un hochet à l'enfant (Fig. 36). Fauchard (1728) le justifie ainsi : « *... ce hochet par la fraîcheur calme la douleur, & modère l'inflammation pour un peu de tems : & par sa dureté il facilite la division de la gencive en la pressant, lorsque l'enfant excité par la douleur, porte ce corps dur à la bouche.* »



Fig. 36 : Hochet donné à l'enfant.

De même, « *Lors que l'Enfant porte les doigts dans sa bouche...* », Lecluse (1750) suggère de lui donner un hochet « *de cristal* » qui aide l'éruption « ... par le frottement réitéré. »

Ce hochet de cristal, de corail ou d'ivoire, garni d'or ou d'argent (Fig. 37), jamais de cuivre, précise Jourdain (1766), « ... faisant une pression extérieure et la dent une intérieure, la gencive se trouve comme dans une pince et la dent la coupe plus facilement. »

Duval (1805) préfère à ces hochets de cristal, de corail ou d'ivoire, une racine de guimauve ou de réglisse ou une petite croûte de pain amincée.

Auzebi (1771) conseille l'emploi de hochets inégaux et raboteux qui détruisent « *...l'intime union des fibres entre elles...* » ; il recommande cependant de n'en pas prolonger l'usage sinon ils risqueraient d'user les dents, ce qui pourrait par la suite entraîner des caries.

Gariot (1805) ne pense pas que les accidents d'éruption soient déterminés « *... par la résistance des gencives...* », mais plutôt « *... par la difficulté qu'éprouve l'organisme à opérer le développement des gencives, et, à la grande irritation nerveuse produite vers ces parties* ». C'est pourquoi il estime que l'usage des hochets et des autres corps durs employés en vue de ramollir les gencives sont « *... au moins nuls et, dans beaucoup de cas, ils peuvent produire un effet fâcheux.* »

Quant à Bourdet (1757), il s'oppose à l'usage du hochet qui est « *... plus pernicieux qu'utile...* ». L'enfant mord le hochet et augmente ainsi la douleur de la gencive comprimée entre la dent et la matière dure du hochet. « *Le hochet ne sert évidemment qu'à durcir la gencive, à la meurtrir et à l'enflammer.* »

Hébert (1778) critique également les hochets : « *Pour remédier aux douleurs des gencives & aider la section, ou plutôt procurer l'écartement des fibres de leur tissu, ne donnez à l'enfant aucun corps dur, lisse, & inaltérable ; (...) comme les hochets de crystal, de corail, d'ivoire ou d'os.* » et il se méfie encore plus des hochets « *raboteux* » proposés par Auzebi.

Les racines de guimauve, les bâtons de réglisse ont l'inconvénient « *d'empâter la bouche, d'altérer l'enfant, & de le dégouter.* »

Hébert préconise son hochet de pain, que l'enfant peut mâchonner à volonté et en donne la recette : « *Il faut faire faire chez un pâtissier, ou chez un confiseur, avec de la plus fine fleur de farine, du sucre, & des œufs, de petits bâtons ronds...* » Bien cuits et secs, ils sont percés d'un trou à l'un des bouts, dans lequel on passe un ruban qui permet de l'attacher au cou de l'enfant.

Laforge (1802) lui, voit l'origine de ces accidents dans le frottement des dents sur la gencive nue de la mâchoire opposée. Il va jusqu'à prescrire « *Pour arrêter la*



**Fig. 37 : Quatre magnifiques hochets.
Ivoire, argent, nacre et corail, début XIXème siècle.**

mâchoire inférieure et éloigner le choc de la dent contre la gencive opposée... », de mettre « ... un bandage élastique, qui passe de derrière la tête en avant, qui porte de chaque côté de la bouche une compresse de deux lignes d'épaisseur, qui évite le rapprochement des parties malades. »

☒ La chirurgie

Lorsque les traitements précédents ne suffisent pas, la plupart des auteurs du début du siècle recommandent de pratiquer une incision de la gencive.

Martin (1679) pensait qu'en cas d'éruption difficile, « *Dès qu'on s'aperçoit que la dent a de la peine à troüer la membrane il n'y a nul danger d'y faire une ouverture pour lui donner le jour...* » et cela, disait-il, « *... doit se faire avec une aiguille d'or...* ». Fauchard (1728) conseille de la pratiquer avec l'extrémité d'un déchaussoir bien tranchant et constate que « *Lorsqu'elle est faite à propos, elle peut arrêter tous les symptômes de la maladie et sauver la vie de l'enfant.* »

Tous bannissent les nourrices qui utilisent leurs ongles à cet effet. Car « *... les ongles étant un excrément, ils peuvent communiquer quelque venin à la gencive, (...) y causer un abcès ou un ulcère...* » (Martin, 1679).

Bunon (1743) assure que « *... quand l'épaisseur et la dureté de la membrane rendent tous ces moyens [friction et émollients] peu efficaces, il n'y a point d'autre parti à prendre que d'ouvrir la gencive par une incision cruciale ou longitudinale, en coupant exactement les brides dans les enfoncements ; sans quoi la douleur serait encore plus violente qu'avant l'opération. Il faut ensuite bassiner la plaie plusieurs fois le jour avec du vin chaud, dans lequel on met un peu de sucre candi et de canelle.* » Jourdain (1778), comme son maître Lecluse, préconise exactement la même méthode, l'incision doit être « *... horizontale pour les incisives et cruciale pour les canines et les molaires.* »

Bourdet (1757) recommande l'incision uniquement en cas troubles graves tels que « *dévoiement, fièvre, convulsions* ». Dans ces cas, « *Il ne faut pas hésiter à faire venir un habile dentiste, pour ouvrir, sans aucun délai, les gencives* ». Les émollients, tel le miel de Narbonne, sont alors employés pour la cicatrisation. Il assure que « *... cette petite opération est bien plus effrayante pour les parens, que douloureuse pour l'enfant même...* » (Bourdet, cité par Ruel-Kellermann).

Enfin Bourdet décrit un possible malaise atteignant les enfants et précédant généralement d'une ou deux années la percée des premières molaires : « *Souvent l'enfant est triste, perd l'appétit, maigrit à vue d'œil, & se trouve tourmenté d'une fièvre lente, sans qu'on sache à quoi en attribuer la cause. (...) Quand les accidents subsistent trop long-temps, & que malgré tous les remèdes l'enfant dépérit de jour en jour,*

quoique la Dent ne fasse point encore d'éminence à la Gencive, si l'on veut promptement tirer l'enfant de ce fâcheux état, il faut débrider le péri-maxillaire d'où vient tout le mal (...) en ouvrant la Gencive, & en divisant cette membrane ; (...) en leur ôtant simplement la dernière Molaire de lait... ». En effet, « ... la présence de la Dent, encore renfermée dans la machoire, comprime & dilate avec force & l'Alvéole & le Périoste qui l'environne, ce qui irrite ces parties & occasionne tous les accidents dont j'ai parlé. » Il en déduit même que « Vers l'âge de dix à onze ans, on voit quelquefois arriver les mêmes accidents, & il y a tout lieu de croire qu'ils sont produits par les Dents... » (Bourdet, cité par Ruel-Kellermann).

Puis les auteurs de la fin du siècle sont plus réticents.

Hébert s'interroge : « *Doit-on continuer, ainsi qu'on l'a pratiqué le plus souvent jusqu'à présent, à faire des incisions cruciales, ou longitudinales sur la surface des gencives aux endroits où les dents semblaient vouloir percer ? Non, assurément.* »

Il pense que les douleurs ne sont pas dues à l'inflammation des gencives, mais causées par l'inflammation de la membrane contenant la dent, pressée entre les deux lames des os maxillaires qui enferment le germe et se soudent pour ne plus former qu'un seul os.

Ces opérations sont donc « ... *infructueuses, fausses & inutiles...* » car c'est « ... *l'os qu'il faut ouvrir, grossir et élargir (...) c'est la membrane mal à l'aise qu'il faut empêcher d'être comprimée, froissée, meurtrie (...) c'est le périoste qu'il faut ouvrir et dilater pour donner jour à la dent naissante (...). Il n'y a que la patience, le temps joint au régime qui pourra soulager l'enfant.* » (Hébert, 1778).

De même, Laforgue (1802) estime totalement inutile, et même dangereuse, l'incision de la gencive. S'adressant aux médecins il écrit : « *Vous incisez sans produire aucun bien, parce que les maladies sont ailleurs et que votre opération ne les attaque pas du tout (...). Après vos incisions, le sang sort avec tant d'abondance que vous ne l'arrêtez que très difficilement ; et souvent les enfants en meurent...* ».

Gariot (1805) ne croit pas non plus à l'efficacité de l'incision : « *Cette opération qui a été pratiquée toujours sans succès pour l'objet qu'on se proposait a pu dans quelques cas calmer la douleur par la saignée locale qu'elle produisait, et d'autres fois augmenter les accidents nerveux par l'irritation qu'elle déterminait sur les parties dont la sensibilité était déjà très exaltée par le travail de la dentition.* »

α L'hygiène et le régime alimentaire

Médecins, chirurgiens, apothicaires et dentistes s'accordent pour reconnaître que les enfants en bonne santé percent leurs dents beaucoup plus facilement que les autres,

et que, bien évidemment, la santé de l'enfant est liée à celle de la nourrice, à la qualité du lait qu'elle donne à l'enfant, et aussi aux soins qu'elle lui prodigue.

Pour Martin, comme pour beaucoup, la meilleure des préventions est le bon choix de la nourrice. Il recommandait de les prendre : « *Jeunes & d'un tempérament robuste, brunes plutôt que blondes, d'une humeur douce & joyeuse, modeste & détachée de toutes passions, autant que faire se peut, d'un grand soin & d'un grand amour pour les enfants : & le lait doit avoir bonne consistance, c'est-à-dire, ni trop claire ni trop épais (...)* Sans maris incommodes et peu raisonnables. »

De même, Lecluse dans son chapitre intitulé : « *Avantages et inconvénients du bon ou du mauvais lait de la Nourrice* », indique que **le choix de la nourrice contribue beaucoup à la bonne dentition de l'enfant**. Les qualités qu'il attribue à une bonne nourrice sont une fois encore pour le moins surprenantes : « *Elle ne sauroit être trop saine, il faut qu'elle soit jeune, brune plutôt que blonde, bien faite, de bon tempérament, qu'elle ait de la gaieté, du régime, de la conduite, & qu'elle fasse un exercice modéré ; que son lait soit pur, doux, frais, d'une bonne consistance, & de trois à quatre mois, s'il est possible.* »

Fauchard (1728) pense aussi que « *... la bonne qualité du lait des nourrices est d'une grande importance pour contribuer à la sortie des dents dans le temps qu'elles doivent paraître...* ».

C'est pourquoi la nourrice doit adapter son lait à l'enfant. « *Toutes les fois que la Nourrice s'en appercevra, elle tempérera son lait par un régime doux et humectant ; si l'Enfant est robuste, elle usera d'aliments moins solides, & capables d'affaiblir ses forces ; s'il est délicat, elle prendra une nourriture propre à le fortifier.* » (Lecluse, 1750).

Selon Lecluse, le lait donné à l'enfant est le facteur déterminant les conditions d'éruption des dents : « *... ce lait influant sur toutes les parties de l'Enfant, donne une solidité aux Dents, qui percent plus aisément la gencive ; cette partie abrégée par des sucs balsamiques, se divise facilement & sans que l'Enfant courre le moindre danger, & sans qu'il souffre de vives douleurs...* » à l'inverse, un lait « *... venant à pêcher par la qualité, (comme il est la base de la subsistance de l'Enfant) appauvrit le sang & la limphe...* » ce qui fait que les germes dentaires n'ont pas la perfection nécessaire et la sortie des dents en devient dangereuse.

Les auteurs de la fin du siècle insistent surtout sur les problèmes d'hygiène et de diététique. Le meilleur moyen de disposer les enfants à une dentition facile est de développer en eux une constitution robuste.

Tout d'abord, il faut lui tenir « *... le ventre libre, (sans exciter la diarrhée) avec quelques lavemens émoulliens, dans lesquels on mettra un peu d'huile d'amandes douces*

& du sirop violat ; ou plutôt on le purgera avec quelques laxatifs doux, afin qu'il soit moins sujet à la convulsion ; s'il est au dessous de huit mois, & qu'il soit délicat, on purgera seulement la Nourrice avec quelques purgatifs forts légers. » (Lecluse, 1750).

A cette même fin, Bunon prescrit de lui donner « ... quelques clystères émoulliens, avec un peu d'huile d'amande douce et de sirop violat, ou lui faire prendre pour la purger une once de sirop de chicorée, composée de rhubarbe, une once de manne, et une demi-once d'huile d'amande douce dans un verre d'eau. » (Bunon, 1746).

Enfin, « ... si la douleur semble surpasser les forces de l'enfant, il faudra en venir à une petite saignée, et même, donner une petite secousse à l'estomac pour le vider du superflu des humeurs dont il peut être surchargé. » Et, « ... si l'enfant est tourmenté assez violemment jusqu'à en avoir perdu le sommeil, il faudra, de l'avis d'un homme de l'art, lui faire prendre une petite cuillère de potion rafraîchissante et tant soit peu somnifère. » (Hébert, 1778).

Lecluse constate que « *La bouche des Enfants nouveaux nez, est souvent remplie d'humiditez qui abondent de leur tête...* » c'est pourquoi la nourrice doit prendre soin de la nettoyer « ... en passant très-doucement son doigt (qu'elle aura trempé dans du sirop violat) dessous & dessus la langue, au long des gencives, au fond & dessous la voûte du palais... ». De plus, il est aussi nécessaire chez le nourrisson d'ôter le « limon » qui s'y forme, pour cela, la nourrice doit prendre « ... une racine de réglisse concassée par le bout, qu'elle trempera dans une eau miellée, toutes les fois qu'elle s'en servira. » (Lecluse, 1750).

On continuera pendant longtemps encore à prescrire lavements, purgations et saignées à la nourrice régulièrement et à l'enfant quand il est malade.

Bourdet insiste sur le fait **qu'il ne faut presque pas donner de bouillie ou légère, et pas trop de lait** : « ... car si vous ne lui retranchez point une partie de cette nourriture, comme il se trouve alors dans son estomach certains acides qui font aigrir & cailler le lait ou la bouillie, il aura des indigestions continuelles ; le dévoyement augmentera & deviendra dangereux... » (Bourdet, cité par Ruel-Kellermann).

Fauchard conçoit que « ... suivant la bonne ou mauvaise complexion des enfants, la sortie des dents est plus ou moins prompte, facile et dangereuse ». Si le lait des nourrices y est favorable par sa « douceur » ; il devient nuisible, « par l'inflammation qu'il perçoit du mauvais régime, et de l'excès de vin qui est extrêmement contraire... ». (Fauchard, 1728) Beaucoup se rangent à cet avis.

Andry (1741) préconise de « ... faire attention de donner aux enfants des nourrices dont le lait soit d'une nature très active et très chaud, car ce type de lait se

distribue plus facilement aux dents, les fibres de la gencive étant moins lâches... » La qualité du lait est influencée par l'hygiène de vie de la nourrice qui ne doit pas être trop « sédentaire », car son lait dégénérerait et perdrait l'activité qu'il doit avoir. La nourrice doit être « douce et enjouée », car « ... il est constant que la qualité du lait contribue beaucoup à hâter les progrès des dents et à faire percer plus promptement les gencives. »

Afin de conserver le bon état de l'appareil gastrique, il importe, dit Gariot, de nourrir l'enfant avec sobriété, de ne pas donner le sein dès que l'enfant pleure, car ce n'est pas toujours parce qu'il pleure qu'il a faim. Baumes rejoint Gariot, puisqu'il préconise de régler les tétés et condamne l'excès de nourriture et surtout les bouillies, indigestes et très « fermentescibles », car « *Malheureusement de semblables aliments empâtent les nourrissons et leur donnent un faux air d'embonpoint et de santé.* » (Baumès, 1806).

Le corps médical du XVII^{ème} et du début du XVIII^{ème} siècle était uniquement focalisé sur la qualité de la nourrice ; et ce n'est qu'à la fin du XVIII^{ème} siècle que **l'allaitement maternel** sera de nouveau recommandé aux jeunes mères. Idée très répandue par la publication de L'Emile de Jean-Jacques Rousseau.

Duval (1805) écrit : « *Cette liqueur, préparée dans le sein de sa mère, est la seule convenable aux forces des organes digestifs d'un être si délicats (...) mais tant de causes peuvent le faire varier (...) qui ignore que l'insomnie, le travail forcé, et les sueurs excessives en altèrent la bonté, ainsi que les passions trop vives, telles que la colère, la frayeur, etc... ? Que sera-ce si, à cette nourriture, la plus salubre pour l'enfant, on en substitue une artificielle, c'est-à-dire que l'art cherche à imiter, mais qui n'offre jamais les mêmes avantages ? A combien de dangers n'expose-t-on pas aussi la santé de l'enfant, et par conséquent sa dentition, si on se permet, comme je l'ai vu plus d'une fois, de lui donner du café, du vin sucré ou de la liqueur ? »*

Enfin Bunon (1743) est avant-gardiste lorsqu'il écrit : « *Tous ces accidents, à la sortie des dents, seraient moins fréquents si on les prévenait de longue main, et si les femmes, qui se trouvent enceintes, avaient, pendant leur grossesse, un plus d'attention sur elles-mêmes... Il est sûr que la constitution de la mère, qui influe sur toutes les parties de l'enfant à mesure qu'elles se forment et s'accroissent, fait le même effet sur le germe des dents* ».

Notons qu'il eut bien du mal à faire admettre ce point de vue.

Vers la fin du siècle, une vive polémique s'engage entre plusieurs praticiens. En effet, **certains auteurs contestent l'origine dentaire de ces maladies.**

A ces dangers s'ajoutent ceux du sevrage avec le passage à une alimentation différente, laquelle, nous l'avons vu, n'est pas forcément adaptée aux capacités digestives du jeune enfant. Il est évidemment hors de doute que l'enfant qui, à six mois, commence à prendre une autre nourriture que le lait de sa mère ou de sa nourrice, est alors exposé à des gastro-entérites, plus fréquentes pendant la saison chaude qui favorise le développement des germes.

C'est pourquoi, Duval écrit que « ... *quelques voix se sont fait entendre au fond de l'Allemagne (Hecker, Wickmann et Conradi), en avançant que c'est à tort qu'on attribue des accidents à la dentition...* ».

Laforgue, dans son traité Théorie et pratique de l'art du dentiste (1802) se fait le porte-parole de cette théorie : dans le chapitre intitulé « *De la sortie des dents de la première dentition : signes qui prouvent qu'elle ne cause pas les maladies qu'on lui attribue* », il écrit : « *Les alvéoles sont ramollies et dissoutes dans les parties où doivent passer les dents, avant que les dents y arrivent. Cet amollissement se propage aux gencives, les attendrit et les rend molles, quelquefois un peu rouge, mais sans causer de douleur, et plus souvent les dents sortent sans changer la couleur des gencives, ni causer aucune douleur (...)* Les quatre-vingt quinze centièmes des dents sortent sans causer aucune douleur, ni changer la couleur des gencives : l'apparition a lieu sans troubler aucune fonction... ».

Il ajoute : « *Les gencives peuvent être lâches, molles, rouges, violettes et excoriées, sans que la sortie des dents y ait aucune part ; ces cas se trouvent dans les métastases, dans les enfants mols et dans les scorbutiques. Ces maladies de la bouche, qui sont l'effet de la maladie générale, peuvent se trouver et se trouvent souvent dans le temps de la sortie des dents ; elles induisent en erreur les praticiens, en leur faisant croire qu'elles sont l'effet de la sortie des dents. J'ai vu cela trop souvent.* » Il n'est pas tendre avec ses confrères, qu'il accuse ainsi : « *Vous ne soutenez ce système que pour cacher l'ignorance où vous êtes sur les causes des maladies des enfants, et parce que vous trouvez plus facile de les attribuer à la dentition que de chercher ce qui les produit.* »

Enfin, selon lui, les accidents réellement provoqués par la percée des dents arrivent de la façon suivante : « ... *quand les dents sont sorties, elles vont heurter la gencive de la mâchoire opposée qui leur correspond. Les coups multipliés que la gencive reçoit l'irritent et l'enflamment. Les cris et les pleurs succèdent à ces heurtements et les font multiplier encore ; alors la fièvre s'allume, l'enfant ne mange ni ne boit, les convulsions arrivent, (...)* L'enfant perd la vie, s'il n'est promptement secouru. »

Toutefois, cette opinion est loin d'être partagée par les médecins officiels. Ainsi Baumès critique violemment cette théorie dans son livre en 1806. Nous y lisons : « Lorsque l'on a lu, dans les meilleurs ouvrages de médecine que la dentition est l'époque la plus orageuse de l'enfance, au point qu'on croit être fondé à avancer que le sixième des enfants périt des accidents qu'elle entraîne, et que, lorsque la dentition est finie, on a plus de possibilité pour la vie de l'enfant, n'est-il pas extraordinaire qu'un homme qui se dit expert dentiste, reçu au Collège de Chirurgie de Paris, Monsieur Laforgue, se permette de consigner dans son ouvrage, publié dans le XIXème siècle, cette phrase remarquable : « on a tort d'attribuer la maladie à la dentition, elle n'y a aucune part. Les nombreux auteurs qui ont traité des maladies qu'ils ont attribuées à la sortie des dents n'ont fait que des romans, la cause n'existe pas » (...) On ne peut point répondre sérieusement à un semblable défi. M. Laforgue, Dentiste de profession, n'aura certainement convaincu personne, et les nombreux auteurs qui ont traité des maladies des enfants auront écrit d'après l'observation, et surtout d'après la réalité ».

Les « erreurs commises dans la manière d'élever les nourrissons » et les vices de la constitution ou quelque maladie particulière favorisent également les accidents de la dentition. Duval (1805) reconnaît qu'il « n'est pas rare de voir confondre les accidents de la dentition avec diverses maladies de l'enfance ». Il conseille donc fort prudemment de se garder d'attribuer systématiquement tous les troubles qui surviennent chez l'enfant à la percée des dents, et si la fièvre est forte et si l'enfant semble souffrant, d'appeler ou de consulter soit le médecin, soit le dentiste ou, mieux encore, un chirurgien qui serait dentiste et aurait des connaissances médicales.

Cependant, le problème de distinguer les vraies maladies infantiles des accidents d'éruption demeure. Quoiqu'il en soit, nous ne connaissons guère mieux la pathogénie de ces accidents que nos confrères du XVIIIème siècle.

III.2.2. Les anomalies dentaires

Les praticiens après avoir observé ce qui advient dans la normalité des cas, se mettent à étudier les anomalies qu'ils peuvent rencontrer.

III.2.2.1. Les anomalies de nombre

Fauchard (1728) a un sens de l'observation très poussé pour l'époque, et même si la terminologie actuelle lui est inconnue, il signale **les dents surnuméraires** et en particulier le mésiodens. « Il faut remarquer que la dent qui excède le nombre de trente-deux, doit être regardée comme surnuméraire, & qu'elle vient pour l'ordinaire entre les deux grandes incisives à la machoire supérieure, & que pour lors, ce sont les incisives

qui sont multipliées. Cette dent surnuméraire ressemble assez-bien aux laterales ou moyennes incisives de la machoire supérieure. J'ai vû même deux personnes en avoir chacune trente-quatre, seize à la machoire inférieure & dix-huit à la supérieure, dont les deux qui excedoient le nombre ordinaire étoient situées postérieurement aux incisives supérieures. » (Fauchard, 1728).

Il trouve que certaines dents de lait peuvent ne pas avoir de remplaçantes : **agénésies ou retard d'éruption**. Cependant il ne dispose pas des examens complémentaires tels que la radiologie pour établir un diagnostic différentiel entre ces deux formes d'anomalies. « Lorsque cela arrive cela ne peut dépendre que de ce que le germe des secondes dents a péri par quelque cause qui ne nous est pas toujours connue, ou bien parce qu'il n'a jamais été formé de germes pour reproduire les dents qui auraient dû se renouveler suivant le cours ordinaire... » Il constate que les agénésies des dents de sagesse sont fréquentes et implicitement considérées comme normales, celles des incisives latérales supérieures ou inférieures assez fréquentes, celles des canines de prémolaires plus rares. Il rapporte : « J'ai vu à Tours un petit garçon âgé de cinq à six ans, auquel la plus grande partie des dents n'avait jamais paru : il n'en avait seulement que quelques-unes au devant de la bouche. »

L'oligodontie est exceptionnelle : « Il est rare de voir que la nature ne reproduise pas de secondes dents... ». Il met en cause le rachitisme et établit la **corrélation entre le désordre général du sujet et l'anomalie dentaire** : « J'ai observé plusieurs fois en ceux qui ont été rikais, ou en charte,* que les dents ne leur sont venues que fort tard. J'ai encore observé en des sujets semblables qu'elles ne se régénèrent qu'en fort petit nombre. »

De même Bunon (1743) constate que **le rachitisme est à l'origine de multiples anomalies** : « Les rikais sont les plus exposés à toutes les maladies des dents, car ou la plupart de leurs germes sont détruits par l'effet du rakitis, ou elles n'ont jamais assez de force pour écarter les rebords des alvéoles et percer les gencives (...) De là vient que les dents chez eux se forment difficilement, qu'elles sont irrégulières et rarement complètes. On en voit à qui les incisives manquent en partie, ou même qui n'en n'ont point du tout, qui n'ont point le nombre de canines, ni de grosses et de petites molaires qu'on doit avoir ordinairement, ou qui les ont tortues, mal formées et dans un désordre qu'on regarderait comme une bizarrerie de la nature, s'il n'était l'effet de la maladie : tellement qu'on voit quelquefois une canine occuper la place d'une petite molaire et une incisive occuper celle d'une canine. »

*Enfants atteints de rachitisme.

Duval (1805) souligne **le caractère héréditaire de certaines lésions** : « Parmi les variétés que présente la seconde dentition, je ne doit point passer sous silence la privation de naissance d'une incisive de la mâchoire supérieure, laquelle s'est transmise, comme héréditairement d'un père à sa fille. »

A propos des dents qui ne sortent point, Duval nous fait part d'une anecdote : « ... c'est ce que j'ai vu en 1790 au fils d'un seigneur russe... ; il avait onze ans ; les deux grandes incisives de lait de la mâchoire supérieure n'avaient point paru, et son état de faiblesse pouvait faire craindre qu'il ne fût privé de ses dents le reste de ses jours, si le gonflement du bord alvéolaire ne m'eût porté à croire qu'en augmentant les forces vitales de cet enfant, on serait assez heureux pour en faciliter la sortie, qui était tant retardée ; des bains de marc de raisin et un régime approprié produisirent tout l'effet qu'on désirait. » (Duval, 1805).

III.2.2.2. Les dysmorphies

Au niveau de la morphologie des dents, Fauchard considère que : « La diversité que l'on remarque dans la conformation des dents est si grande, qu'il n'est pas possible de rapporter toutes les manières dont la nature semble se jouer dans les figures surprenantes & extraordinaires qu'elle leur donne quelquefois. Si elle varioit de même dans la conformation de chaque partie du corps humain, il seroit rare de voir quelqu'un qui ne fût contrefait. »

Nous retiendrons cependant de Fauchard (1728) :

- **La fusion entre une canine et une incisive temporaires** (Fig. 38) : « La cloison mitoyenne de deux alvéoles n'ayant pas été formée, ces deux alvéoles ne formant qu'une seule cavité & par conséquent une dent double ou deux jumelles... ».

« J'ai vû des dents qui paroisoient composées de deux ou trois germes qui s'étoient comme liez & joints ensemble, & dont les dents formées par ces germes étoient unies entr'elles à peu près de même que deux enfans qui viennent au monde attachez par le dos ; ce qui m'a fait porter ce jugement, c'est que je remarquai le long du corps de la dent jusqu'à la couronne, des divisions forts sensibles, & semblables à celles dont nous avons fait mention, en parlant des racines jointes ensemble ; si ces sortes de dents n'ont qu'une ou deux racines, il faut penser que l'union de leur corps se sera faite de même que celle des cerises que nous nommons jumelles, parce que leur noïau est doublées, quoiqu'elles n'aïent qu'une seule queue. ».

- **La gémiation** : « M. Laudumiey (...) m'a fait voir une dernière dent molaire du côté droit de la machoire superieure, composée de deux dents unies ensemble par

II. OBSERVATION.

*Sur deux dents réunies ensemble ,
ne faisant qu'un même corps.*

Le 20. Decembre 1723. Mademoi-
selle Le Moyne âgée de huit ans , de-
meurant à Paris près saint Magloire ,

302 LE CHIRURGIEN
fut amenée chez moi ; elle étoit fort
incommodée des douleurs qu'elle souf-
froit aux dents : en examinant sa bou-
che, je trouvai que la canine & l'inci-
sive sa voisine du côté droit de la ma-
choire inférieure, étoient si étroitement
unies ensemble qu'elles ne formoient
qu'un même corps. Entre l'une & l'au-
tre de ces dents il paroissoit une espe-
ce de gouttière peu profonde, qui re-
gnoit tout le long de leurs corps, &
un petit intervalle vers leur extrémité.
Cette double dent étoit formée de deux
dents de lait : elle étoit encore bien af-
fermie. Je ne l'ôtai point, de crainte
d'endommager les germes, qui doivent
naturellement produire les dents qui
leur succèdent. Le hazard fit que ce
jour-là M. Anel se rencontra chez moi ;
je lui fis voir cette singularité ; ce fait
lui parut curieux, de même qu'à plu-
sieurs autres Messieurs qui s'y rencon-
trèrent aussi dans ce moment.



REFLEXION.

Il n'est pas aisé de distinguer, si l'u-
nion des dents jointes ensemble dépend
de ce que deux germes se sont confon-
dus : la cloison mitoyenne de deux al-
veoles n'ayant pas été formée, ces deux
alveoles ne forment qu'une seule cavi-
té, & par conséquent une dent dou-

304 LE CHIRURGIEN
ble ou jumelle. C'est toujours un grand
désavantage d'avoir de pareilles dents ;
parce que si l'une de ces dents jumelles
vient à périr par quelque accident, l'au-
tre est en grand danger d'avoir le mê-
me sort.

Fig. 38 : Observation II. de Fauchard, 1728.

leurs racines. Il y a quelque temps qu'il ôta cette espece de double dent à une femme. Les couronnes de ces dents sont divisées, & leurs racines sont au nombre de sept ; elles semblent être confonduës entr'elles, quoiqu'elles ne laissent pas d'être bien marquées. (...) Ces sortes de dents ne sont pas communes, & elles ne peuvent être ainsi disposées, que parce que plusieurs germes se confondent ensemble, & que la cloison mitoyenne des alveoles qui devoit les séparer, ne se forme pas. »

III.2.2.3. Les anomalies de structure

Il y a 250 ans, toutes les **dysplasies dentaires étaient réunies sous le nom d'érosion.**

C'est d'abord Fauchard qui identifie un certain nombre de malformations de la structure dentaire. Il les classe parmi les « *maladies des Dents produites par des causes extérieures* ». Il répertorie notamment les « *... tâches plus blanches que la substance de l'émail des dents & qui pénètrent jusqu'à la cavité du corps de la dent...* » et l'érosion « *... ou les tuberositez de la substance émaillée de la dent, irrégulièrement détruite, accompagnée d'une crasse noire qui s'engage dans les endroits les plus enfoncés de la surface de l'émail ainsi délabré.* » (Fauchard, 1746). Il affirme que ce n'est point une carie, mais plutôt un vice de conformation des dents qui varie dans ses formes, sa consistance et sa couleur. L'érosion rend la surface extérieure « *... quelquefois inégale et raboteuse, quasi en forme de râpe (...)* Elle provient de ce que l'émail est usé par quelque matière rongeanche, qui y a produit le même effet en cette occasion, que la rouille produit sur la surface des métaux... ». Et il ajoute : « *L'on voit quelquefois des dents d'une substance si transparente que le jour paraît au travers ; ce que l'on observe particulièrement dans les rikais. De celles-là, il y en a de plus ou moins molles, de plus ou moins dures, et de plus ou moins fragiles.* » (Fauchard, 1746).

Bunon met en évidence **la relation entre les maladies de l'enfance et ces anomalies de structure dentaire nommées érosion.**

Fauchard a donc déjà observé ce phénomène, mais Bunon (1743) est indéniablement le premier à s'y intéresser. Non seulement, il le décrit minutieusement, mais surtout il en recherche les causes. Après avoir observé à la Salpêtrière de nombreux cas d'érosion, il en conclut que : « *L'Erosion est un des effets les plus ordinaires des maladies de l'Enfance, quoique toutes les Dents n'en soient pas atteintes ...* » Les enfants dont les dents sont les plus exposées sont « *... outre les Rikais, ceux qui ont eu la Rougeole, la Petite Vérole, ou le Scorbut ; mais ces maladies ne produisent cet effet, que selon leur degré de malignité & l'âge de l'enfant, ou suivant que l'éruption des humeurs est abondante...* ». Il perçoit que l'érosion n'est pas une conséquence inévitable de ces maladies, mais « *... seulement qu'elle en est une suite & l'effet le plus*

ordinaire, de manière qu'avec un peu d'expérience, on peut connaître laquelle de ces maladies aura maltraité les Dents d'une personne, & en quel tems de son Enfance... ». En effet, ce sont les humeurs pressant sur le sac ou sur la membrane vésiculaire qui entoure le germe qui provoquent des pressions qui causent des altérations sur la surface de l'émail des dents.

Cette érosion est responsable de nombreux troubles. Pour Bunon, elle est : « ... la première maladie qui attaque l'émail et le corps des dents. » et « ... la principale source de maux et même de la perte des dents. » Il a établi une relation entre le moment où l'enfant est malade, et les dents plus sujettes à être atteintes d'érosion. Ainsi, les dents de lait sont concernées « ... lorsque les enfants sont attaqués au dessous de deux ans, ou environ... » ; les secondes dents et notamment les grosses molaires, « ... lorsque quelqu'une de ces maladies n'arrive que depuis environ quatre ans jusqu'à la neuvième ou dixième année au plus tard. (...) Mais si ces maladies arrivent dans un âge plus avancé, l'Érosion n'est presque plus à craindre... ».

Les dents permanentes les plus sujettes sont les premières molaires, les canines et les incisives « Ces dents sont sillonnées, piquetées, hérissées et d'une couleur désagréable qui pénètre l'émail ; c'est-à-dire livides, noires ou d'un jaune tavelé. Souvent même elles sont tout à fait dépourvues d'émail ; en sorte que l'air, le chaud, le froid et la moindre compression les rendent sensibles, tandis que les huit petites molaires sont saines, fortes, belles et fort blanches » (Bunon, 1743).

Il en déduit donc que : « C'est avant la sortie des dents et dans le temps que la couronne est encore sous la gencive et dans l'alvéole que se forme l'érosion ; les racines n'en sont jamais atteintes... ».

Il est de plus certain qu'en général, « ... toutes les maladies des Enfants avant l'âge de 7 ou 8 ans proviennent de la qualité des fluides, & qu'elles font aux dents un tort infini. » En effet, « Quantité d'Enfants apportent en naissant des affections Vénériennes ou Scorbutiques qui proviennent des Pères & Mères, & nombre de nourrices communiquent ces mêmes affections à ceux qu'elles allaitent... ». Ce qui prédispose l'enfant au « ... chartre, au Rakitis, et à la langueur, maladies qui font tant de tort aux Dents et qui sont moins bien fréquentes ou plus tardives, ainsi que la Rougeole ou la petite Vérole dans les Enfants dont la Mère bien constituée a joui d'une santé parfaite pendant sa grossesse, & qui ensuite sont échus à de bonnes nourrices : de sorte que par ces heureuses circonstances, toutes ces maladies peuvent être anéanties ou retardées, la plupart jusqu'à la neuvième ou dixième année, ce qui garantit les secondes Dents de leurs mauvaises impressions & du tort qu'elles font à leur durée... » (Bunon, 1743).

Bourdet (1757) consacre lui-aussi un chapitre de son Traité à l'érosion et des maladies qui la produisent. Il reconnaît, avec Bunon, que « ... les maladies qui font sur

les dents l'effet qu'on appelle érosion, parce qu'elles semblent être rongées et comme piquées par les vers et qui causent leur difformité sont le rakis, le scorbut, les fièvres malignes, la rougeole, la petite vérole et en général toutes les maladies où la qualité des fluides est viciée. » Il a fait, avec le chirurgien Tenon, de nombreuses observations sur différentes mâchoires d'enfants morts du scorbut et du rachitisme.

Bourdet soutient, contrairement à Bunon, que **les dents de lait ne sont pas affectées par l'érosion**, mais que les racines peuvent en être atteintes « ... *quand les racines viennent à se former pendant les maladies qui les causent, elles en sont plus ou moins maltraitées (...). Dans le rakis et les fortes affections scorbutiques, les alvéoles sont beaucoup plus spongieux qu'ils ne le sont naturellement...* » (Bourdet, 1757).

Bourdet remarque par ailleurs que : « *Jamais les dents ne sont affectées par la petite vérole lorsqu'elle est d'une qualité bénigne, quand même elle parviendrait à un âge ou la même maladie, lorsqu'elle est maligne, les altère ordinairement beaucoup.*

S'il est donc vrai qu'on ait toujours une petite vérole bénigne par le moyen de l'Inoculation, on peut inoculer les Enfants, sans craindre que les Dents qui sont encore à venir en soient érosées. »

Jourdain (1778) est d'un pronostic plus réservé, s'il subsiste un risque potentiel d'érosion, toutefois cela sera toujours un moindre mal que l'effet même de la petite vérole. C'est pourquoi il encourage la pratique de l'inoculation.

Hébert (1778) traite également de l'érosion : « *Si l'enfant est attaqué de maladies aiguës, la malignité du levain porte son venin également sur le corps des dents encore tendres et à chaque endroit où il se dépose, l'émail de la dent est corrodé, rongé, affaibli, par son contact, plus ou moins profondément, suivant le séjour, la qualité et la viscosité du venin...* ». Il constate judicieusement que « *Les dents d'une mâchoire ne sont jamais toutes frappées d'érosion, par la raison qu'elles ne se développent pas toutes à la fois...* », et observe que « *Les dents frappées d'érosion sont très désagréables à la vue, elles sont aussi sujettes à l'agacement, de même qu'à être sensible au contact de l'air chaud ou froid ; elles ne peuvent souffrir sans douleur les acides, les sucreries : rarement durent-elles longtemps, sans éprouver de caries profondes ; étant fort tendres de leur nature, elles sont fort sujettes au tartre jaune et épais.* » (Hébert, 1778).

La meilleure description semble être celle de Laforgue (1802) qui écrit dans son Art du dentiste : « *L'érosion est cette formation viciée où l'émail n'est pas également distribué. La couronne des dents est comme gravée, façon de sables ; les éminences des dents de sept ans sont grêles ; les couronnes des incisives sillonnées et marquées par des enfoncements non émaillés et plus ou moins profonds (...). L'émaillement des dents fait connaître l'état où étaient les humeurs, lorsque les dents s'émaillaient ; les défauts*

de l'émail dans l'érosion indiquent qu'il y avait une cause qui l'a empêchée d'avoir les bonnes qualités (...) cette altération tient à l'état de mal et de bien où les enfants se sont trouvés et aux soins qu'on a pris d'eux. »

Duval écrit en 1802 : l'émail « ...offre des vices de conformation dont la vraie cause est l'impression que leurs germes ont reçue des maladies (...) ce qui me fait regarder ce vice primordial de l'organe dentaire comme une trace d'atrophie spéciale ou de défaut de nutrition... ».

Mahon (1797) se fait fort de découvrir, par l'examen minutieux des dents, les tempéraments physique et moral, non seulement du sujet, mais de ses parents et éventuellement de sa nourrice.

Il écrit : « *Je suis arrivé au point de discerner par la seule inspection des dents, l'époque des crises qui avaient eu lieu dès le plus jeune âge du sujet ; sa constitution et celle de ses parents.*

Ma persévérance m'a ensuite conduit à pénétrer quelques-unes des affections morales. » (Fig. 39).

De son expérience, **Mahon fait une classification des stigmates d'érosion :**

- petits points : « ... *les enfants qui ont été atteints de rachitis ou nouage ont les dents plus ou moins affectées de ces sortes de points... »*

- raies ou points blancs : « *Entre les enfants à qui on a donné habituellement de la bouillie en place de lait de femme, il en est qui ont dans la substance de l'émail des dents de remplacement, les uns des raies blanches, les autres de petits points semblables à ceux qui viennent quelquefois aux ongles... »*

- raies et rainures : « ... *les maladies survenues dans l'âge tendre, comme la coqueluche, la petite vérole, la rougeole, les fièvres malignes, le scorbut, etc... produisent sur les enfants des raies qui en altèrent l'émail, y opèrent une cessation de continuité plus ou moins marquée. La rainure qui provient de la coqueluche est plus ou moins large, en proportion du temps qu'aura duré la maladie ; et c'est un point sur lequel un dentiste instruit ne se trompera pas. Quant aux enfants qui ont été nourris de lait de chèvre, ils ont des dents de remplacement d'un blanc bleu. On en voit même dont la délicatesse est telle qu'on les croirait transparentes. »* (Mahon, 1797) (Fig. 40).

Fauchard propose de **polir les dents atteintes** et déplore en 1746 que Bunon n'indique aucun remède contre cette érosion. Laforgue (1802) propose une esquisse de thérapeutique : « ... *quand l'érosion est formée, il n'y peut rien faire ; si les trous non émaillés sont de forme à recouvrir et garder le plomb, il faut les boucher avec l'or ou le plomb.*

Si les dents peuvent être limées à leur bord pour effacer l'érosion, on le fait. »

I V^e. F A I T.

Le 29 Pluviôse an 9, étant monté chez le cit. R***, chirurgien-dentiste, mon confrère, il eut l'honnêteté de m'arrêter à dîner avec lui. Son fils, âgé d'environ dix ans, se trouvoit à table vis-à-vis de moi, ce qui me facilita l'occasion de jeter un coup-d'œil sur ses dents, quoique d'assez loin, et sans y toucher, mais qui m'a suffi pour avoir pu dire au père que son fils devoit avoir éprouvé à trois ans une maladie marquante. Sa réponse fut qu'effectivement à cet âge il avoit eu la rougeole. Je crois cet artiste trop ami des connoissances pour contester ce fait, qui, en augmentant mes certitudes, n'est susceptible d'aucune conséquence d'ailleurs.

Fig. 39 : Observation IV de Mahon, 1797.

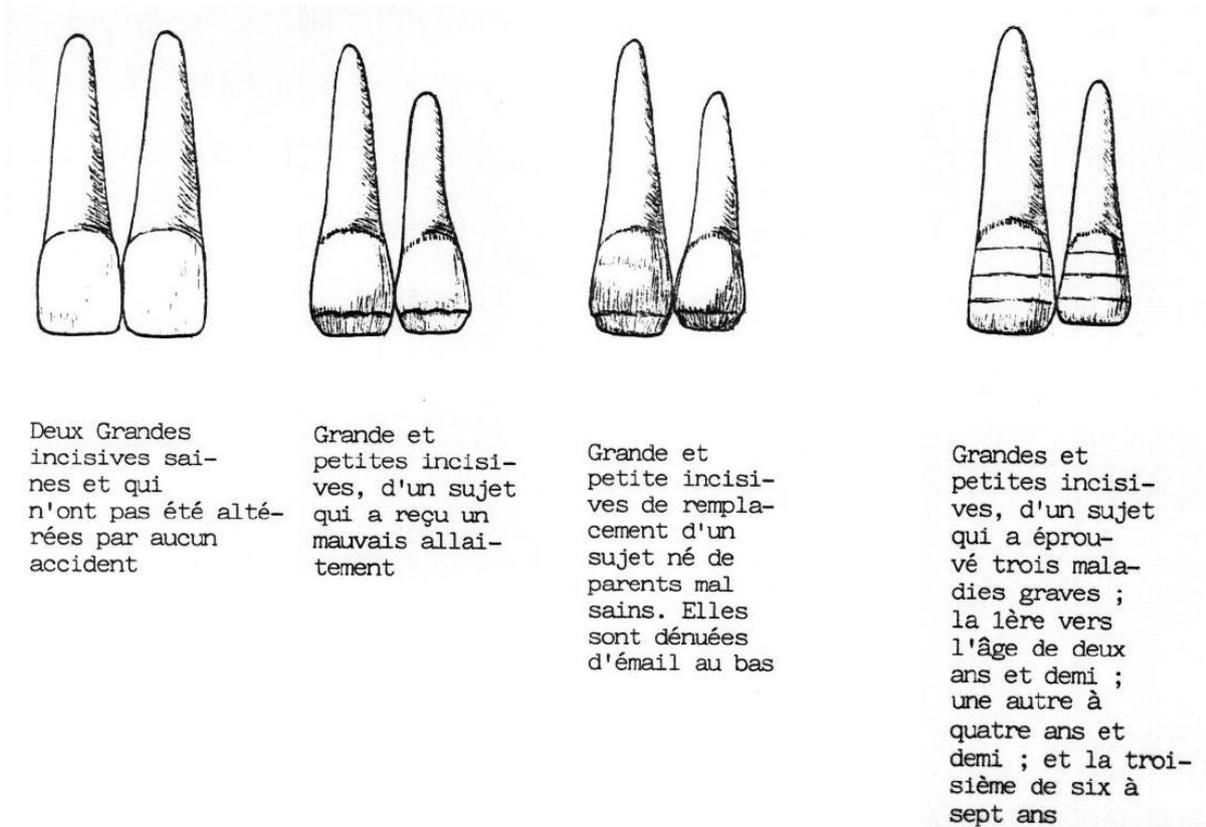


Fig. 40 : Exemples de dents atteintes d'érosion, d'après Mahon, 1797.

Hébert (1778) écrit sur la difformité des dents, qu'« ... il n'y en a pas de naturellement difformes, (...) ces mauvaises conformations ne viennent que des obstacles qu'elles rencontrent. (...) Premièrement des maladies de l'enfant pendant le temps de la germination ; secondement du trop peu d'espace qu'elles trouvent à leur sortie pour se placer, & de la négligence des parents à ne pas faire ôter assez tôt les dents de lait, avant que les secondaires les aient trop ébranlées... ». L'érosion et l'usure peuvent en être aussi la conséquence.

Enfin, tous observent que **les dents attaquées d'érosion sont très sujettes à la carie** et conseillent de faire suivre régulièrement les enfants atteints de ce mal.

Bunon (1743) rappelle alors que « *Lorsque les enfants ont eu quelque'une des maladies qui produisent l'Erosion, il est important de faire examiner leurs dents, le plus tôt qu'il est possible, pour en reconnaître l'état et prévenir ou arrêter la carie : à quoi l'on parvient par le moyen du plomb, et par l'opération de la lime, suivant les circonstances.* »

III.2.3. La carie

Si de nos jours la carie est un terme exclusivement assimilée aux dents, il faut nous rappeler qu'à l'époque la carie est d'abord osseuse. Dans un Dictionnaire de chirurgie de 1767, nous trouvons au terme Carie la définition suivante : « ... *solution de continuité dans les os, avec perte de substance, causée par une matière âcre et corrosive. La carie répond à l'ulcère des parties molles, & on doit la regarder comme une ulcère des parties dures, & une vraie gangrène des os.* » (Dictionnaire de Chirurgie..., 1767) Or nous avons vu que les dents sont considérées comme des os. Fauchard estime qu'elles sont « ... *plus sujettes à la carie que tous les autres os du corps ; parce que leur tissu est plus serré ; d'où il s'ensuit que les vaisseaux y étant plus à l'étroit, il s'y forme plus aisément des embarras, des obstructions, des étranglements, etc.* » Pour Fauchard (1728), « *La carie des dents est une maladie qui détruit leur substance.* » Elle est « ... *la première maladie qui travaille à les détruire ; et qui leur fait le plus la guerre dans tout le cours de la vie...* » Bunon (1743) écrit : « *De toutes les maladies des dents, la carie en général est la plus fâcheuse, ou celle qui produit le plus d'accidens ; & qui cause aussi le plus de douleur...* » et Bourdet la compare à un « ... *fléau destructeur qui attaque principalement les Dents...* ».

III.2.3.1. Etiologie

Rappelons que la cause microbienne de la carie n'est pas encore connue et selon les auteurs de ce siècle, **la carie peut avoir pour origine une cause extérieure ou intérieure.**

Parmi les causes extérieures, nous retrouvons : les coups, les efforts violents, les effets iatrogènes de la lime, les mauvais dentifrices, mais aussi le manque d'hygiène et les aliments qui restent entre les dents, ou encore les sucreries et les fruits acides. Bunon (1743) y ajoute le froid et le chaud, c'est pourquoi recommande d'« ... *empêcher les enfants, autant que l'on peut, surtout en hiver, de boire trop froid après avoir mangé chaud. Ce contraste du chaud et du froid suffit pour occasionner la carie sur toutes les dents, mais principalement sur les incisives et quelquefois même sur les canines de la mâchoire supérieure (...). Le froid succédant tout à coup au chaud, il se fait un contraste qui ralentit ou même intercepte le cours des fluides dans les vaisseaux dentaires et de cette interception naît la carie.* »

Les causes intérieures « ... *sont celles qui se trouvent dans la masse du sang, ou dans le vice particulier de la lymphe.* » (Fauchard, 1728) En effet, les règles de l'humorisme persistent jusqu'au XVIIIème siècle. Le déséquilibre des humeurs entraînent des caries : si les humeurs froides et humides sont en excès dans le cerveau, elles passent sous forme de pituite à travers la lame criblée de l'ethmoïde pour tomber dans la cavité buccale, et détruisent les dents. Selon Bourdet (1757), « *Si les sucs que charrient les vaisseaux Dentaires sont trop épais, ils s'arrêtent & se corrompent par leur séjour, ils affectent bien-tôt la Dent. Si ces sucs se trouvent affectés de quelque vice, la Dent en est plutôt gâtée, suivant le concours des impressions extérieures, ou, suivant que la Dent même en s'organisant & en s'ossifiant, s'est trouvée plus mal constituée...* ». Et en dépit du « revêtement » constitué par l'émail, « ... *il n'empêche pas que le corps spongieux des Dents ne se décompose & ne se mollifie...* » (Bourdet, cité par Ruel-Kellermann).

Mais **le déséquilibre des humeurs** entraînant des caries peut aussi être provoqué par des causes digestives, principalement l'estomac et ses vapeurs acides ; des causes climatiques, le froid et l'humidité ; ou bien encore des dysfonctionnements de l'âme, contrariétés, colères, dépressions ou mélancolie (Vauthier, 2006). Lécluze (1754) écrit : « *La carie provient encore d'une salive âcre & chargée d'acide, ou d'une humeur provenant du vice du sang & de la limphe qui s'arrête autour des dents & dont les particules communiquent à celles de l'émail des impulsions qui en détachent les parcelles les unes des autres.* » Pour Bunon, « *C'est la pituite du cerveau qui, en tombant sur les mâchoires cause la carie aux dents.* » Ce vaste système restera la vérité première jusqu'à la fin du XVIIIème siècle.

Pour guérir il faut rétablir l'harmonie humorale originelle. Les soins sont basés sur le principe « *Contraria a contrariis* » ou la théorie des contraires. Donc il faut soigner par du chaud et du sec. Conformément à ce principe, les traitements sont la saignée, les ventouses, la purgation, les frictions, la transpiration.

Bourdet (1757) considère de plus que « *les dents peuvent se gâter quand elles sont trop serrées, parce que sous la pression réciproque les fibres osseuses s'affaissent et que les fluides n'y circulent plus librement* ».

En outre, les importants travaux de Van Helmont, entre autres, portant sur la génération des animaux hôtes du corps de l'Homme, provoquent chez les odontologistes du XVIIIème siècle le réveil de l'idée ancienne d'une **possible origine parasitaire de la carie dentaire**. Cela suit une idée simple, fortement ancrée dans l'esprit populaire : l'apparition spontanée de vers dans toute matière en décomposition.

Le tartre, pour certains, est un élément déterminant dans l'apparition des vers.

Et dès que l'émail est détaché, dès que la cavité est ouverte, les vers attaquent l'ivoire. (Fig. 41)

Le médecin Andry, en 1700, donne cette explication : « *Les vers dentaires qui s'engendrent aux dents, se forment d'ordinaire sous une croûte amassée sur les dents par la malpropreté.* » D'après l'observation microscopique qu'il en fait, ces vers ressemblent aux « *vers du vinaigre* ».

Jourdain (1778), alors un des plus savants experts pour les dents de Paris s'est également penché sur ce problème : « *La douleur, seule, démontre qu'il perce la dent d'un trou cylindrique qui s'étend depuis la base jusqu'à la racine. Le mouvement pétulant de son bec excite des douleurs énormes. Il a la liberté de se rendre impunément dans son antre caché, dont on ne peut le faire sortir qu'en perdant la dent.*

Il est difficile d'expliquer l'origine et la naissance de ce petit animal. L'explication commune est que les restes des aliments séjournant dans les creux des dents s'y pourrissent, dans lesquels se loge quelque germe animal qui se développe et forme un animal. »

Il cite à propos deux observations « cliniques » faisant état de la présence de « *vers bien mouvants* » dans la bouche de patientes. Il décrit ces vers « *... vus au microscope, leur deux extrémité se terminaient en bec aigu et leur corps était composé d'une infinité d'anneaux.* »

Ces quelques éléments puisés chez les chirurgiens et odontologistes du XVIIIème siècle permettent d'établir que l'on admet, en général, l'existence « *des vers des dents* » ; seul Fauchard reste très réservé à cet égard : « *Il y a des observations qui en font foi. N'en ayant jamais vu, je ne les exclus, ni ne les admetts. Je crois que ce ne sont pas ces vers qui rongent et qui carient les dents ; qu'ils ne s'y rencontrent que*



Fig. 41 : Reproduction d'une sculpture sur ivoire illustrant la théorie des vers dentaires, 1780.

parce que les aliments, ou la salive viciée ont transmis, dans la carie des dents, des œufs de quelques insectes. » (Fauchard, 1728).

Le ver reste très longtemps la cause du mal de dents dans la pensée populaire, c'est pourquoi on trouve beaucoup de remèdes destinés à le tuer. Généralement, on le tue en faisant une fumigation.

L'étiologie du ver semble trouver son explication dans le fait que le nerf de la dent ressemble à un asticot que l'on peut voir à la suite d'une extraction, ou sentir se tordre lors d'une pulpite aiguë (Ginoux, 1982).

III.2.3.2. Formes cliniques

Fauchard distingue **la carie molle et pourrissante, la carie sèche profonde ou superficielle**, celle compliquée de fractures... et il remarque une symétrie des caries sur les dents d'une même arcade (Ginoux, 1982). Il précise : « *Les progrès de la carie molle et pourrissante sont ordinairement plus faciles à arrêter. Celle qui est la moins à craindre est la carie sèche ; puisqu'on peut se passer de la plomber, de la ruginer ou de la cautériser ; quelle est indolente, et même qu'il ne faut pas l'ôter...* ».

La carie sèche correspond à notre carie arrêtée actuelle. La carie molle est la carie active (Lamendin, 2006).

Fauchard voit par expérience que **certaines dents sont plus disposées à se carier que d'autres** : les molaires plus que les incisives et canines, les maxillaires avant les mandibulaires. Pour Bunon (1743), les incisives supérieures sont les plus exposées car la carie attaque particulièrement les dents serrées : « *... la gêne où se trouvent les Dents, en fait éclater ou gerser l'émail, & donne lieu à l'interception de quelque portion acide des alimens, d'un peu de limon ou de salive âcre...* » il est alors possible d'intercepter la progression de la carie « *... en séparant les Dents qui sont trop pressées pour peu qu'on y soupçonne la moindre trace de carie : car il ne faut point que l'émail en soit pénétré...* ». Mais il faut « *... limer peu à peu & à plusieurs reprises, afin que les dents à mesure aient le tems de se fortifier...* » (Bunon, cité par Ruel-Kellermann). Bunon remarque qu'indépendamment de l'érosion, on peut observer très précocement des tâches de carie : « *Les dents, indépendamment du premier cas de l'Erosion, tel qu'il vient d'être exposé, peuvent aussi, dès les premiers temps de la vie, par défaut de conformation, de consistance et de qualité, être atteints de disposition à la carie, ou même être déjà cariées, sans que les sujets aient eu aucune des maladies qui produisent l'Erosion.* »

Fauchard souligne **la précocité et la fréquence des caries dans la jeune population.**

En effet, il écrit : « *A peine les dents ont-elles commencé à paraître dans la bouche qu'elles ont besoin d'un nouveau* secours de la chirurgie. La carie est la première maladie qui travaille à les détruire et qui leur fait le plus la guerre dans tout le corps de la vie. C'est elle qui nous occupe le plus, ou à la combattre, ou à réparer les désordres qu'elle a faits.* » (Fauchard, 1728).

Bunon (1743) concède que l'on peut observer très précocement des tâches de carie, même sur des dents de lait récemment sorties. Il a constaté que « *Le nombre de sujets en qui il se trouve des tâches ou des dispositions à la carie qu'elles occasionnent est plus grand qu'on ne s'imagine ; il est certain qu'il y en a au moins un sixième qui en est atteint, à commencer depuis l'âge de sept ans.* »

Fauchard observe de plus qu'il y a généralement **une symétrie des dents atteintes** : « *... après qu'une dent a été attaquée de la carie, la pareille de l'autre côté de la même mâchoire se carie aussi ordinairement (...) on pourrait cependant penser que ces dents ainsi cariées avec symétrie, étant d'une même consistance et organisées de même que leurs pareilles, les sucs dépravés qui ont pu donner atteinte aux premières n'ont pas eu plus de difficulté à attaquer leurs semblables.* »

Fauchard observe qu'**une dent cariée peut communiquer sa carie aux dents voisines.** En conséquence, « *... il est nécessaire de limer les dents qui se carient par leurs parties latérales et de les séparer les unes des autres pour arrêter les progrès de la carie.* »

Bunon constate que « *Les marques de carie cachées entre les parties latérales des dents sont les plus dangereuses, en ce qu'on les aperçoit souvent que quand elles ont fait beaucoup de progrès ; qu'elles ne s'annoncent d'ordinaire que par la douleur qu'elles causent et, qu'étant serrées entre deux dents, elles les font périr toutes deux à la fois ou peu de temps l'une après l'autre. C'est pourquoi on ne saurait être trop attentif à découvrir les moindres traces de la carie attachées aux parties latérales des dents afin d'en arrêter le cours.* »

Bunon insiste sur le risque de contamination d'une dent saine par une dent voisine cariée, et surtout la contagion aux dents de remplacement. « *Lorsque les molaires de lait sont cariées par leur partie latérales, elles peuvent produire beaucoup de désordre par la communication de leur carie sur les dents voisines (...) Celles-ci produisent le même effet sur les secondes dents et la carie circule ainsi, quoiqu'elle ne se fasse sentir ou apercevoir que plusieurs années après. On peut éviter cette contagion*

*Le premier étant l'incision à la sortie des dents de lait.

et ses suites en ôtant à propos les dents de lait cariées, ou en les limant suivant l'exigence des cas... » (Bunon, cité par Granier, 1988). Il en a fait l'observation lors de ces études cliniques à la Salpêtrière.

Comme Bunon, Hébert (1778) se veut moins conservateur car « ... *il ne faut jamais laisser des dents de lait gâtées, sous quelque prétexte que ce soit, aux enfants, parce qu'elles peuvent communiquer leur carie aux dents de régénération.* »

Fauchard (1728) est plus partagé et pense que les conseils de Bunon sont exagérés. Il conseille alors l'extraction des dents de lait cariées, mais uniquement si « ... *on ne peut [y] remédier par les huiles de cannelle, ou de girofle, le cautère actuel et le plomb...* ». De plus, il craint la détérioration de la dent définitive sous jacente lors de l'extraction. D'autres, comme Martin (1679), recommandent pour éviter abcès et phlegmon de « ... *faire user à l'enfant de gargarisme soit avec les eaux distillées, avec de l'orge, raisins, dattes et jujubes, ou encore une décoction d'avoine qu'on aura fait sécher au four, dans laquelle on mêlera une once de miel rosat clarifié, avec quatre grains d'alun (...) et s'il se fait aux dents incisives de petites taches noires, il convient de les ôter avec un fer aïgu.* »

Duval (1805) n'est pas de cet avis et pense qu'il n'y a aucun inconvénient à conserver ces dents, car il constate qu'« ... *on voit même quelquefois les petites molaires de remplacement, plus petites que celles qui les précèdent, traverser la couronne de celles-ci dont la carie a détruit le centre, et parvenir à leur parfait accroissement : quoique entourées de fragments cariés, elles sont aussi intactes et aussi blanches que si elles n'avaient été recouvertes que par la gencive, preuve incontestable que la carie des premières dents n'empêche pas les secondes d'être bonnes.* »

Il estime que les dents de lait doivent être conservées même cariées, car « ... *l'Art, consulté dans ce cas, ne peut rien sous le rapport des opérations conservatrices : ni le plomb ni la lime ne peuvent être sûrement employés.* » Il soutient « ... *qu'il n'y a rien à faire en un âge aussi tendre...* ».

Jourdain s'exclame : « *On doit revenir de l'erreur dans laquelle on est de ne point faire soigner les dents des enfants.* » (Jourdain, 1778).

III.2.3.3. Les traitements proposés

Pour les douleurs dentaires, les remèdes populaires sont nombreux et variés.

Les préparations à base de plantes sont utilisées en cataplasme sur les joues, ou bien en fermentation sur les dents douloureuses, en bains de bouche, en masticatoires, en emplâtres. Parmi les remèdes utilisés, le **pyrèthre** arrive en tête. On le retrouve pratiquement dans toutes les compositions visant à soulager les odontalgies. Les

masticatoires ont l'avantage d'agir *in situ* en mêlant les qualités dessicatives des plantes à la pituite présente dans la bouche, mais aussi en provoquant l'action mécanique des muscles buccaux qui font descendre la pituite par la lame criblée de l'éthmoïde. Nous trouvons également le **poivre**, chaud et sec lui aussi, qui est broyé avec de l'opium. La **myrrhe** a la propriété de détruire les humeurs, donc de préserver de toute corruption et pourriture. L'**ail** aussi appelée « *thériaque des pauvres* » et la **jusquiame** (Fig. 42) ou « *herbe Sainte-Apolline* » sont employées comme vermifuges dentaires (Lamendin, 2006). De plus, la gousse d'ail ressemble à la forme d'une canine. Le **clou de girofle**, bien connu dans la profession est utilisé directement sur la dent. Outre sa forme qui rappelle celle d'une dent, le girofle possède des propriétés antalgiques et antiseptiques indéniables. Le **pavot** (Fig. 43) est considéré comme une plante divine car elle apaise rapidement la douleur.

Il est conseillé de **fumer du tabac** car l'esprit de nicotine apaise les souffrances. On pense aussi que le tabac faisant saliver, il évacue les humeurs responsables de la douleur (Roche, 2000). On peut aussi citer les **terres sigillées**, encore utilisées au XVIIIème siècle en cataplasmes appliqués sur les joues, la terre attirant l'eau à travers la joue dessèche les humeurs humides et calme l'odontalgie. L'**urine** est réputée chaude et sèche. Au XVIIIème siècle encore, Liautaud, le médecin du Roi, rappelle qu' « *On met avec raison l'urine au nombre des médicaments résolutifs et dessicatifs.* » Et Fauchard, dont l'autorité ne fait aucun doute, écrit : « *J'ai beaucoup soulagé plusieurs personnes qui avaient les dents cariées et que des fluxions et des douleurs tourmentaient. Le remède consistait à se rincer la bouche tous les matins et même le soir avec quelques cuillerées d'urine tout nouvellement rendue.* » Il propose d'autres remèdes, tels l'huile chaude ou l'esprit d'urine rectifiée mêlée à de l'eau de cresson, ainsi que des remèdes à base d'ail, ainsi que des applications d'emplâtres à base de clou de girofle, de poivre, de gingembre ou de cannelle.

Malgré la prévention et tout l'arsenal de thérapeutiques populaires, la douleur dentaire peut apparaître si violente qu'il faut procéder à l'avulsion. Cependant, parfois une dent peut être extraite sans l'aide de la force et du davier.

Voici un secret admirable pour faire tomber une dent sans douleur : « *Prenez un lézard vert en vie, que vous mettrez dans un pot de terre non verni que vous boucherez et luttrez bien ce pot et le mettrez dans un four. Lorsque vous connoîtrez que le lézard sera mort, retirez le pot du four et l'aïant laissé refroidir, faites un trou sur le couvercle de la circonférence d'un pois, par lequel faites couler une once d'eau forte (acide nitrique) et demi once d'eau de vie de la plus forte, meslez ensemble, puis bouchez le trou avec de la terre grasse et remettez le pot au four jusqu'à ce que le tout soit consommé et le lézard réduit en poudre, laquelle vous prendrez et pilerez dans un mortier de bois et la garderez dans un lieu sec pour vous en servir comme il s'ensuit :*



Fig. 42 : Jusquiame



Fig. 43 : Pavot

Frottez en la gencive de la dent gâtée ou douloureuse et un moment après, elle fera séparer la chair de la gencive, même la dent de la mâchoire... et ainsi vous la pourrez tirer facilement et sans douleur... » (Roche, 2000).

Pour traiter la carie, nous avons vu précédemment que le premier acte préconisé par les Experts est d'**isoler la dent atteinte** pour éviter la contagion : « ... *séparer, par quelques légers coups de lime, les dents qui sont atteintes d'avec leurs voisines qui ne le sont pas. On évitera par ce moyen les suites de ces mauvaises dispositions et l'on pourra faire durer ces mêmes dents jusqu'à ce qu'elles soient remplacées par les secondes, sans qu'il s'en suive aucun inconvénient et que le sujet, pendant leur durée, souffre d'incommodités de leur part (...) tandis qu'on voit quantité d'enfants victimes du malheureux préjugé où sont une infinité de personnes qu'il n'y a rien à faire ni à voir aux dents dans un âge aussi délicat et aussi tendre.* » (Bunon, 1743).

Il est également recommandé de **protéger la dent malade**. Bourdet (1757) conseille : « *Lorsqu'une Dent gâtée est sensible au chaud & au froid, qu'elle incommode en mangeant, & qu'elle fait du mal, il faut avoir grand soin de ne rien laisser séjourner dans le creux que la carie y a fait & d'y tenir continuellement un peu de coton trempé dans l'essence de cannelle, ou de girofle, ou dans l'esprit de vin ; on le renouvellera tous les jours, tant pour la propreté, que pour accélérer la guérison de la Dent. On continuera cet usage jusqu'à ce qu'on mange bien sur la Dent, sans nulle douleur, & ensuite on la fera plomber...* » (Bourcet, cité par Ruel-Kellermann)

Les traitements de carie comportent **trois opérations successives** : 1°) le nettoyage de la cavité, chimique (par des substances amères : huiles éthérées de myrrhe, de cannelle, de sauge, de buis, d'aloès, de coloquinte ; ou des caustiques : racine de pyrèthre, poivre, eau régale, eau-forte, huile de vitriol) ou mécanique (par le limage, le ruginage et le fraisage), 2°) le traitement de la pulpe et de ses nerfs par la cautérisation et 3°) l'obturation.

Fauchard définit de façon très précise ces traitements conservateurs, qui varient en fonction de l'importance de la cavité.

- quand la carie est superficielle, il suffit d'ôter le tissu carié et d'obturer la cavité. Dans le cas où l'ouverture du trou carié est trop petite à l'entrée, il faut l'augmenter avec le foret à ébiseler, puis nettoyer la dent avec les rugines.

- quand la carie est profonde et douloureuse, on élimine la partie cariée, et on met tous les jours dans la cavité un peu de coton imbibé d'huile de cannelle ou de girofle pour que la douleur s'arrête. Si celle-ci ne cesse pas, il faut appliquer le cautère et, quelques mois après, on obture.

- lorsque la carie pénètre jusqu'à la cavité de la dent, elle peut y engendrer un abcès. Il faut alors trépaner la dent pour faciliter l'évacuation des matières et la douleur cesse immédiatement. Deux mois après, on plombe la dent.

Si ce sont les dents molaires qui sont fortement gâtées et qu'elles sont très sensibles « ... *on doit se dispenser d'ôter tout ce qu'il y a de carié de peur de découvrir les nerfs et de rendre le remède pire que le mal.* » (Fauchard, 1728). La taille de la cavité étant une chose très difficile, Fauchard a construit un tour de manivelle. Mais il se sert surtout d'un archer de bijoutier pour actionner un foret.

Bunon (1743) comprend très bien le **risque de mortification pulpaire** « *En effet, quand le nerf de la dent serait mort, desséché, pourri (...) les dents n'étant plus susceptibles alors d'aucune sensibilité ni aucune douleur, ne laisseraient pas de causer des obstructions, des inflammations, des fluxions, des abcès, la carie des alvéoles, etc.* » Il conseille de conserver, autant qu'il est possible l'intégrité de la pulpe et dans ce but, il met au point une thérapeutique de dernier recours semblable aux actuels « coiffages pulpaires indirects » en utilisant des essences de cannelle ou de girofle (Schalk, 1993). « *...lorsque la carie est si profonde et approche tellement de la cavité de la dent qu'elle n'en est plus séparée que par une lame osseuse mince et flexible, en sorte qu'on ne peut toucher cette lame ou le fond de la carie sans quelque sensibilité (...) Donc ce qu'il faut faire dans ces circonstances, pour disposer le fond de la carie et la lame en question à souffrir le plomb (...), c'est se servir d'essence de cannelle ou de girofle, pour mortifier ces parties, en dissiper la sensibilité et pour les durcir de manière qu'elles puissent supporter le plomb, et les pressions qu'on est obligé de faire pour l'engager solidement, sans que la lame où il pose au fond de la carie fléchisse.* » Bunon se donne 15 jours à 3 semaines en surveillant le traitement de près, pour réussir. Si passé ce délai, la dent est encore douloureuse, il faut penser à s'en séparer.

Pour les caries profondes, **rugines et cautère assurent l'efficacité nécessaire pour détruire le nerf**, mais, ne « ... *sont pas sans douleur...* ».

Jourdain (1766) décrit les nerfs comme « ... *des parties qui laissent échapper dans toutes celles de notre corps une liqueur extrêmement subtile, que l'on appelle esprit animal, cet esprit animal est le principe du sentiment bien ou mal combiné, sa combinaison est bonne lorsqu'il a un libre cours dans ses canaux ; mais s'il y est arrêté par une digue qu'il rencontre en son chemin, sa combinaison est mauvaise. Il est alors contraint de rétrograder, pour ainsi parler, de faire rester derrière lui les autres parties de sa même nature, qui cherchoient aussi les routes qu'elles ont accoutumé de parcourir : de cette rétrogradation suit l'engorgement, l'altération et la distention des fibres, enfin le dépérissement de la liqueur qui doit couler ; de-là l'inflammation & les douleurs violentes dont le nerf est susceptible.* »

La cautérisation est réalisée lorsque la douleur est très grande, et que les autres moyens se révèlent inefficaces. On utilise des aiguilles plus ou moins grosses et pointues, parfois courbées, en fonction des dents. Ces aiguilles sont souvent munies d'un fil pour que le patient ne les avale pas.

Quand la carie atteint le nerf, Bourdet (1757) traite les canaux de la dent à l'aide d'une « ... *rugine faite d'une pointe sèche d'acier, carrée, telle qu'en ont les horlogers et les graveurs. (...) On ne se sert de cette rugine que pour les dents qui n'ont qu'une racine.*

La rugine peut encore servir à cautériser les dents, lorsqu'elles sont trop sensibles ; on peut la faire rougir et la porter dans le canal, seulement un ou deux fois, le plus avant qu'il est possible.

Cette opération ne sera pas moins douloureuse mais la dent sera plus promptement guérie, en observant de bien bourrer le fond du canal d'un coton imbibé d'essence ou de quelque esprit. »

Pour les molaires très cariées et très sensibles : « ... *on doit se dispenser d'ôter tout ce qu'il y a de carié de peur de découvrir les nerfs et de rendre le remède pire que le mal... »*

Pour trépaner les chambres pulpaire, Fauchard utilise un foret monté sur un chevalet et mû rapidement par un archet à corde.

Sa technique est d'ôter la carie, d'appliquer le cautère une fois sur les incisives, quatre ou cinq fois sur les molaires, puis de mettre un coton imbibé d'huile de cannelle.

Il est aussi important de plomber les cavités profondes que les dents peu cariées. On donne par ce moyen plus de force à la dent, on empêche l'air d'y entrer et les aliments d'y séjourner.

Précautions à observer : « *On garnit avec une serviette les parties qui pourroient en être offensées, comme les lèvres & les joues ; on a aussi une cuillère, pour garantir la langue, que l'on couvre, & on la fait tenir par un Domestique. (...) Il ne faut pas laisser [le cautère] long-tems dans la Dent, parce qu'elle se féleroit... »*

Bourdet propose aussi **la rupture des parties nerveuses par la luxation de la dent**. Et Lecluse pratique la réimplantation : « *La dent extraite est remplie de plomb et replacée dans l'alvéole... »* et selon ses dires, au bout de huit jours « ... *ces dents étaient suffisamment solides pour rendre les mêmes services que les dents naturelles sur lesquelles elles avaient l'avantage de ne plus provoquer de douleurs... »*. De même Hunter, prétend que le meilleur mode de traitement des dents est l'extraction de celle-ci suivie de sa réimplantation, après l'avoir fait bouillir...

« *Enfin, il faut qu'un bon Dentiste n'ôte les Dents que dans le cas où leur extraction est absolument nécessaire, & après avoir mis en usage tous les remèdes différens, toutes les opérations qui peuvent en assurer la conservation... »*

Les matériaux d'obturation

L'obturation à dominante végétale utilise le bois, le jonc, l'ambre, et toute la gamme des mastics (Résines du lentisque, d'alun...).

La plupart des Experts utilisent des métaux. Jourdain (1760) considère que le plomb « ... *le plus mince & le plus fin est le meilleur, (...) parce qu'il s'insinue plus exactement dans les petits trajets de la carie, un plomb plus épais ne fait au contraire que poser dessus sans s'insinuer, ce qui forme un vuide, alors s'il se fait un suintement, la carie peut se régénérer en dessous, & au bout d'un certain tems la dent devenir très-douloureuse.* »

Fauchard précise « *Quoique je me serve souvent du mot plomb, pour remplir les dents creuses ou cariées, l'étain fin battu est à préférer ; parce que le plomb noircit davantage et ne dure pas si longtemps. Tous deux sont préférables à l'or pour remplir les cavités des dents cariées ; parce qu'ils sont plus légers que l'or et qu'ils se lient et s'accommodent mieux aux inégalités qui se trouvent dans les cavités cariées des dents, qui sont ainsi moins exposées à se gâter de plus en plus.* » En outre, il trouve l'or trop onéreux pour certains patients.

Bourdet utilise de l'étain ou du plomb, mais préfère de loin les feuilles d'or. Il tient une estime particulière pour ce matériau, pour son inaltérabilité et son adhésivité (Schalk, 1993).

III.2.4. Les traumatismes

Les chirurgiens et les dentistes traitent des luxations et des fractures accidentelles des dents, ainsi que des moyens d'y remédier.

Jourdain reconnaît, au cours de ses observations, tout ce que la nature peut faire pour la consolidation des fractures dentaires et il soutient la possibilité de formation d'un cal sur une dent fracturée (Schalk, 1993).

Dionis (1707) recommande de s'efforcer de conserver les dents accidentellement ébranlées et d'« ... *essayer de les raffermir dans leurs alvéoles...* ». Pour cela, il prescrit de tenir sur la gencive une petite éponge imbibée de vin astringent et de la renouveler souvent ; le repos est nécessaire, c'est pourquoi il défend surtout de mâcher du côté concerné.

Fauchard, quant à lui, utilise les mêmes procédés que pour les dents « ... *tortues et mal rangées...* ». Une technique spécifique est alors indiquée selon le cas clinique :

- si les dents sont uniquement penchées : on les redresse entre les doigts (l'index et le pouce), ou à l'aide de « *pincettes droites ou courbes* ». Puis, on les maintient aux voisines à l'aide de « *fils croisés* » ;

- si la dent est sortie de son alvéole : on l'y remet « *promptement* » ;

- si plusieurs dents sont expulsées : on les soutient avec des « *lames de plomb* ».

Enfin, pour tous ces cas, il faut préparer « ... *une lotion avec quatre onces de vin et une once de miel rosat...* » que le patient tiendra de temps en temps dans sa bouche.

- si les dents sont cassées mais solidement ancrées dans leurs alvéoles : il faut les polir et les unir « ... *dans leurs angles les plus pointus et les plus tranchants.* » (Fauchard, 1728).

Nombreux sont ceux qui utilisent, à l'instar de Fauchard, **des fils et des plaques pour assurer la contention des dents accidentellement déplacées, luxées ou sorties de leurs alvéoles.**

Ainsi Duval (1805) perfectionne les plaques et le fils de Fauchard et Bourdet pour « ... *maintenir en place et dans un repos parfait une dent remise dans son alvéole...* ».

Mouton (1746) dit même avoir entrepris la réimplantation de dents de lait. « *Une chute avoit déplacé à un enfant de quatre ans toutes les incisives de la mâchoire inférieure, je les remis sur le champ à leur place, & les ayant liées avec des fils, elles reprirent parfaitement en dix ou douze jours, & se trouverent si bien raffermies, qu'elles n'eurent plus besoin de fils.* »

Pour Géraudly (1737) « *On ne peut redresser que les Dents Incisives & quelques unes des Canines parce que ces Dents n'ayant qu'une Racine, se mettent plus aisément dans la situation qu'on veut leur faire prendre...* ». Et « ... *s'il y a beaucoup de dents mal rangées, pour ménager la personne, il ne faut pas les redresser toutes à la fois...* ».

Puis il prescrit un régime à suivre après l'opération : « ... *simple et humectant, Bouillons, Potages & œufs frais pendant quinze jours, et avoir soin de laver la Bouche avec des liqueurs astringentes...* » (Géraudly, 1737).

Seul Courtois nous livre une observation « *Sur le peu de succès des dents remises dans leur alvéole* » : « *Il y a des personnes qui veulent se faire remettre les dents qu'elles sont obligées de se faire ôter, par les douleurs qu'elles occasionnent. (...) J'ai observé plusieurs fois que ces sortes de dents ne sont pas d'un long usage. (...) Outre les fluxions, (...) on est exposé très souvent à avoir des abcès dont on ne guérit que par la perte de cette dent. (...) Quoique je n'aye jamais fait de ces sortes d'opérations que malgré moi, je conviens cependant en avoir fait quelques unes avec succès...* » (Courtois, 1775).

S'il est impossible de raffermir la dent dans son alvéole, là encore, différentes solutions thérapeutiques sont envisageables :

- si le sujet est jeune, et la fracture importante, par exemple une dent cassée à son collet ; on peut ôter la racine restante et combler le vide en rapprochant à l'aide de fils, les dents voisines ;

- si cette opération n'est pas possible, notamment chez un sujet trop âgé ; il faut recourir aux techniques prothétiques.

Enfin **la transplantation**, alors souvent pratiquée en France, est un autre moyen de remédier à l'absence d'une dent.

Cette opération consiste à placer dans l'alvéole d'une dent absente, une dent saine, prélevée chez un sujet jeune. Cet acte est délicat et aléatoire. Bourdet pratique cette opération qu'il précise courante à son époque. Il expose les circonstances à observer pour y parvenir avec succès. Il est donc indispensable que :

« 1° : *que le sujet soit d'une bonne santé ; que la gencive et l'alvéole de la Dent malade ne soient point appauvris (...).*

2° : *La Dent destinée à remplir la place de la Dent malade doit être précisément de la même espèce : il faut même que la racine de cette Dent ait à peu près le même volume de celle qu'elle va remplacer ; mais en tout cas il vaut mieux qu'elle soit un peu plus grosse et un peu moins longue.*

C'est pour cela que, quand on fait cette opération, il est bon de s'assurer de plusieurs sujets, Savoyards ou autres ; afin que si la Dent de l'un n'est pas convenable, on la lui remette pour qu'il n'en soit point privé, & de pouvoir en essayer plusieurs, jusqu'à ce qu'on en trouve une à peu près conforme à celle qu'on veut remplacer » (Bourdet, 1757).

Plusieurs praticiens affirment que la dent à transplanter, de même que celle à extraire, doivent encore être vitales et que le donneur doit être âgé de douze à quinze ans.

Andry (1741) ajoute qu'il faut « *D'abord arracher la mauvaise dent, puis arracher la dent saine, puis sans délai, l'insinuer dans la place de la mauvaise.*

Lier la dent aux voisines avec un fil d'or, la laisser dans cet état trente jours au moins. Cette opération n'est jamais sûre de réussir. »

Géraudly (1737) est très satisfait des résultats obtenus : « *... ces dents naturelles durent longtemps : il y a des personnes qui en conservent encore, et qu'il y a près de trente ans que j'ai mises... »*

Mouton (1746) confesse tout de même que ce sont uniquement les dents de devant qui sont transplantées (incisives, canines et parfois petites Molaires) ; les molaires ayant plusieurs racines et de configuration propre à chaque, il serait difficile de trouver celle qui convient tout juste à l'alvéole.

C'est avec surprise que nous apprenons que Bourdet utilise des dents de Savoyards. Cette désinvolture de Bourdet, à l'égard des « donneurs » savoyards ou autres, contraste avec le discours presque empathique qu'il tient à l'égard des patients. Nous sommes donc étonnés, pour ne pas dire scandalisés de ces fréquents pillages de

dents chez les pauvres gens, pratiques qui ne semblent avoir donné aucun scrupule à ceux qui y procédaient ou à ceux qui en bénéficiaient. Mais cette exploitation des organes n'est pas l'apanage du XVIIIème siècle. Hormis que la dent non conforme est rendue et réimplantée, les conditions compensatoires de ces opérations ne sont pas mentionnées, lorsque le malheureux est définitivement privé de sa ou ses dents.

Courtois (1775) évoque ces Savoyards itinérants si souvent cités par d'autres auteurs : « ... *quoiqu'il soit fait mention de ces sortes d'opérations comme étant très communes. Je dis au contraire qu'elles sont très rares, parce qu'on ne rencontre pas aisément des personnes assez folles ou assez intéressées pour se faire ôter leurs dents, moyennant certaine somme. (...) C'est aux Savoyards qui se tiennent sur la place publique pour faire des commissions ou exercer d'autres emplois de même espèce, que l'on s'adresse pour acheter leurs dents. (...) Ce genre d'hommes, à qui la pluie d'or aplanit tous les obstacles, se vendraient non seulement en détail pour avoir de l'argent, mais même tout entier s'ils le pouvaient...* ».

Et déjà peu convaincu de la validité des réimplantations, Courtois n'est pas plus satisfait par la transplantation dont il juge le succès encore plus douteux. Il dit avoir déjà fait une opération ayant assez bien réussie, « ... *mais la dent transplantée n'a jamais été bien solide, ni d'une couleur bien avantageuse...* ».

Quoiqu'il en soit, ces opérations mutilent la bouche des enfants, et les dents des petits ramoneurs savoyards, si blanches dans leur visage barbouillé de suie, sont très recherchées.

Bunon (1743) souhaite dénoncer ce préjugé très-commun sur la beauté prétendue de ces dents, dont on vante surtout la blancheur alors que « *Le teint bronzé de ces mêmes Enfants, & la saleté de leur visage, toujours couvert de suie & de crasse contribuent à relever cet éclat...* ».

De même, Duval s'offusque : « *Pour satisfaire la beauté, doit-on permettre une mutilation que tout sentiment d'humanité réproouve ?* » (Duval, 1805).

III.2.5. Le bon arrangement des dents

Au XVIIIème siècle, comme au siècle précédent l'esthétique prime. Martin déclarait déjà en 1679 que les dents sont aussi là « ... *pour la décoration de la bouche (...), c'est pourquoy la nature les a construites petites, blanches, revestues d'un émail à plaire aux yeux, & pour rendre le rire agréable ; elles donnent des graces qui ne peuvent s'exprimer, & les femmes en savent tirer des avantages que les gens qui sont du bon goust ne mesestiment pas* ». Bourdet (1757), considère les dents comme « ... *un ornement naturel inséparable de la beauté...* ».

Or « ... *une dent mal située nuit à l'arrangement des autres dents, elle choque la vue par la difformité...* ». Donc pour satisfaire aux critères de beauté, il est préférable que les dents soient bien alignées, ce qui n'est pas toujours dans l'ordre de la nature. Aussi, ce siècle va voir le développement de techniques, toutes plus innovantes les unes que les autres, pour remédier à la plus petite défectuosité.

Le redressement des dents est alors essentiellement pratiqué dans un but esthétique, mais Fauchard souligne également ses apports fonctionnels puisque le redressement des dents joue un rôle important pour la mastication et donc dans la digestion ; mais aussi pour l'élocution et les commodités du langage.

Fauchard est le premier à préconiser **des techniques autres que l'extraction dentaire**. C'est pourquoi il recommande un examen clinique soigneux, qui aboutit à la décision d'extraire ou de redresser la dent. Une fois l'indication posée, il propose des techniques de redressement des dents particulièrement innovantes pour l'époque, à la fois manuelle et instrumentale.

Ces techniques diffèrent en fonction de l'importance de la malposition : « *Si une dent mal située peut être mise au rang des autres à la faveur de quelque intervalle, on redressera cette dent en la limant, autant qu'il sera possible.*

Si toutefois la lime n'est pas suffisante, pour mettre cette dent au niveau avec ses voisines, on pourra y réussir par l'usage des doigts, du fil commun, de la soie, des petites plaques, ou lames faites d'or, ou d'argent, ou d'autre matière convenable, ou enfin par le moyen du pélican, ou des pincettes droites. » (Fauchard, 1746).

Bourdet conserve également les techniques de redressement établies par Fauchard ; il les adapte à ses propres idées, et les fait ainsi progresser. Il élargit ces techniques que Fauchard ne préconise que pour de simples malpositions. D'où l'indication suivante : « *Quand toutes les Incisives & les Canines chevauchent les unes sur les autres, ou se trouvent comme entassées, il ne faut pas les séparer, mais leur faire à chacune une place convenable.* »

Les dents des enfants étant ordinairement inégales en longueur, les praticiens ont pour habitude de les **égaliser à l'aide de la lime**. Fauchard n'utilise pas moins de sept limes différentes pour effectuer cette opération.

Géraudly rappelle qu'il ne faut utiliser la lime qu'avec précaution, et de préférence, sauf nécessité, pas avant « ... *l'âge de huit ou dix ans & même plus tard...* » (Géraudly, cité par Ruel-Kellermann). Lecluse recommande de ne les égaliser qu'à « ... *l'âge de seize ans ou environ...* ». De même, Fauchard met judicieusement en évidence la nécessité d'intervenir précocement, et préconise l'âge de douze ans, pour obtenir un bon résultat. « *Les dents des jeunes sujets sont bien plus aisées à redresser que celle des adultes ; tant à cause du peu de volume que les racines de leurs dents ont*

à cet âge, qu'à cause de la mollesse de toutes les parties qui les environnent... ». Il a su saisir le fait que le corps étant en pleine croissance, est par là même plus modelable.

Martin, Bunon, Hunter, ... **tous insistent sur les avantages d'un traitement précoce.**

Au cours du renouvellement des dents, il est important de **surveiller et de faciliter le bon arrangement des dents définitives.**

Martin, en 1679, pensait que pour que l'éruption des dents définitives se fasse correctement, il faut ôter les dents de lait dès qu'elles commencent à être ébranlées. « *Il ne faut pas manquer de les ôter afin que les secondes, ne trouvant pas les alvéoles occupés, puissent sortir avec liberté et sans crainte.* »

Connaissant le temps de chute des dents de lait, Lecluse (1754) pose d'emblée la prévention des malocclusions : le dentiste « *... sçaura sacrifier à propos & avec toute la prudence possible une petite molaire ou une canine de celles qui se renouvelleront, si elles sont mal placées, et si la mâchoire n'a pas assez de circonférence pour contenir toutes ses dents dans un bel ordre...* » (Lecluse, cité par Ruel-Kellermann). Ce qui évitera d'avoir des dents mal arrangées qui « *... s'ébranlent par leur rencontre avec celles qui leur sont opposées ; de sorte qu'elles se poussent réciproquement, l'une en dedans, l'autre en dehors, par les divers mouvements que fait la mâchoire inférieure dans ses fonctions...* » (Lecluse, cité par Ruel-Kellermann).

Les conseils de Géraudly (1737) pour ces **extractions pilotées** sont à la prudence : « *... car si on arrachait trop tôt une Dent de Lait, on s'exposerait à emporter avec elle une petite portion de la mâchoire, qui est alors trop tendre, ou à enlever le germe de la deuxième Dent. Comme cette faute serait irréparable, il vaudrait mieux hasarder que la dent fût de travers que de se tromper si désavantageusement...* » (Géraudly, cité par Ruel-Kellermann).

Et selon Fauchard, il convient de « *... différer le plus qu'il est possible de tirer les dents des enfants lorsqu'elles ne sont point chancelantes...* » surtout parce que « *... il se rencontre quelquefois des dents de lait qui ne tombent pas et qui ne se renouvellent jamais.* » (Fauchard, 1746).

Dionis relève avec humour un préjugé très répandu : « *Le peuple croit que plus tôt on ôte cette première dent, plus celle qui lui succède est droite : cette opinion n'est pas trop bien fondée, mais il sera toujours bon de l'arracher puisqu'elle doit tomber, car si le chirurgien s'opposait et que la seconde dent ne vînt pas belle et droite, la mère lui attribuerait la faute et ne lui pardonnerait jamais, tant les femmes sont prévenues en faveur des erreurs vulgaires.* » (Dionis, 1707).

Mais tous signalent le danger qu'il y a d'extraire prématurément les dents de lait.

La règle impérative est déjà de « *Conserver les dents de lait le plus longtemps possible tant qu'elles ne nuisent pas à la pousse des secondes dents d'une manière très marquée.* » (Bunon, cité par Granier, 1988).

Pour Fauchard, il est important d'ôter les dents de lait « ... *dans un temps convenable...* » car dans le cas contraire « ... *elles peuvent faire prendre différentes figures à celles qui leur succèdent, les rendre difformes, courbées, penchées en dehors, penchées en dedans, ou penchées vers les côtés. Il peut encore arriver par là, que leurs parties latérales se tournent en dehors, ou qu'elles se tournent en dedans, ce qui peut causer plus ou moins de difformité.* » (Fauchard, 1746).

Selon Jourdain, « *la vue et le tact* » permettent de reconnaître le temps opportun à l'extraction des dents de lait. Les signes cliniques alors observables sont : le gonflement de la gencive, une noirceur au collet de la dent chancelante et on peut sentir la forme d'une autre dent en dessous (Jourdain, 1766).

Les règles que Bunon préconise, les techniques qu'il emploie sont très proches des nôtres.

Il faut maintenir en place les dents de lait le plus longtemps possible tant qu'elles ne nuisent pas à la pousse des secondes dents ; mais dès que l'on remarque que les mâchoires d'un enfant n'ont pas l'étendue suffisante, il convient de retirer les dernières molaires de lait, surtout si la première molaire définitive est d'un gros volume. Il précise : « *Il n'y a sans doute aucun lieu de craindre que cela ne nuise à la deuxième dent, car je n'ai jamais su que l'extraction d'une dent de lait puisse empêcher celle qui lui succède de prendre son accroissement dans son temps et les avantages que l'expérience nous fait envisager dans cette pratique suffisent au contraire pour dissiper toutes les frayeurs chimériques qu'on se fait d'ordinaire à ce sujet.* » (Bunon, cité par Granier, 1988). Fauchard ne partage pas ce point de vue car l'espace n'est alors plus maintenu.

Auzebi insiste également sur la **nécessité de maintenir l'espace sur l'arcade**, et propose, pour suppléer à l'absence des dents de lait prématurément extraites, un système de son invention, ancêtre de nos actuels « mainteneurs d'espace ». « *Lorsqu'il y a plusieurs dents de lait ébranlées ou en mauvais ordre, c'est-à-dire gâtées, et qu'elles se trouvent de suite, il faut bien se garder de les arracher toutes à la fois : on donnerait aux secondes dents plus d'espace qu'il ne leur en faut et elles se jetteraient indifféremment à droite et à gauche, ce qui n'arrive pas lorsqu'on a la précaution de les ôter en plusieurs temps, et fort éloignées les unes des autres (...).*

Si par accident, il manquait deux ou trois dents de lait de suite et qu'on vit les dents secondaires se déjeter et prendre une mauvaise direction, on devrait alors avoir recours à des moyens qui puissent suppléer au défaut des dents de lait : il faudrait

prendre de petits morceaux d'ivoire ou d'os, que l'on taillerait de façon à pouvoir remplir leur place ; et on les arrêterait aux dents voisines avec de la soie, ou des brins de fil lissés. L'expérience m'a prouvé nombre de fois l'utilité de cette méthode ; rarement elle est infructueuse. » (Auzebi, 1771).

Cependant, aucun de ses contemporains ne semble avoir prêté attention à cet ingénieux système.

Bourdet (1757), lui, s'insurge contre les extractions non justifiées de dents temporaires, et il déclare : *« Ce n'est jamais la Dent de lait qui empêche la seconde Dent de paroître, ou de se développer ; ce n'est non plus cette Dent de lait qui est cause que celle qui vient lui succéder se place mal : c'est toujours faute de terrain. Ce sont les Dents voisines qui gênent la nouvelle Dent, parce qu'elle est plus large que celle qu'elle vient remplacer. Quand la Machoire a une étendue suffisante, (...) il faut laisser tomber les premières d'elles-mêmes, ou lorsqu'elles sont fort ébranlées, les ôter avec les doigts, ou avec un fil ; on peut alors se passer de la main du Dentiste. Mais pourquoi faire souffrir inutilement de pauvres enfans (...) sans nécessité? »* (Bourdet, cité par Ruel-Kellermann). Mais pour bien gouverner la bouche, Bourdet suggère en parlant des incisives centrales supérieures : *« Quand les deux nouvelles dents s'arrangent mal et ne trouvent pas une place suffisante (...), il faut avoir recours au dentiste et faire ôter la dent de lait voisine, quoiqu'elle ne branle pas, parce qu'elle gêne la nouvelle dent, et l'empêche de se bien placer. Cette dent, par ce moyen, s'allonge sans peine et se place bien, sans le secours d'aucun fil. (...) On fait successivement la même chose à toutes les dents de lait qui gênent trop leur voisines, à mesure qu'elles se renouvellent. Entre sept et quatorze ans, la mâchoire s'élargit, donnant de la place aux secondes dents. »*

Extraction de dents définitives

Si les mâchoires de l'enfant ne se développent pas suffisamment pour procurer un bon arrangement aux dents, **il ne faut pas hésiter à recourir à l'extraction de dents renouvelées.** *« Il vaut beaucoup mieux avoir une dent ou deux dents de moins dans chaque mâchoire, pourvu qu'on en soit dédommagé par un arrangement convenable, concède alors Bunon, que d'avoir toutes ses dents complètes mais rangées confusément et mal à leur aise. »* (Bunon, cité par Granier, 1988). Il recommande en conséquence, *« ... suivant l'exigence des cas, d'ôter quelques petites molaires nouvelles... ».*

Jourdain (1766) ayant remarqué que *« Le renouvellement des incisives et des canines suffit pour faire juger si les os des mâchoires ont assez d'étendue pour que les autres dents puissent venir dans un bel ordre... »*, arrive à la même conclusion

« ... il est des cas où le dentiste, lorsqu'il en est temps, doit sacrifier une des petites molaires pour éviter bien des inconvénients. »

Hébert, Mahon, Gariot, ..., tous sont de cet avis, et Bourdet conseille de choisir, « ... de chaque côté, la première petite molaire, ou, éventuellement, la deuxième si celle-ci se trouve cariée peu de temps après être percée et que la première soit indemne de carie. » Ce choix d'extraire la dent cariée préférablement à la saine nous semble évident ; nous apprécions toutefois que l'auteur l'ait mentionné.

Bourdet va même plus loin en conseillant l'extraction de certaines dents (canine et prémolaires) pour rétablir la symétrie des arcades dentaires.

Il indique également l'extraction de la dent de 6 ans comme traitement préventif des accidents d'éruption de la dent de sagesse.

De plus, Bourdet prône **le rôle de la canine** et fait tout pour qu'elle soit sur l'arcade : « Lorsque la dent canine, qui est pointue, se renouvelle la dernière, souvent elle ne trouve plus de place et perce en dehors ; mais en ôtant alors la petite molaire voisine, cette canine se glissera d'elle-même dans la brèche et la remplira en s'arrangeant bien. Il faut faire cette opération de bonne heure et dès que l'on voit la canine percer au-dessus. Il faut encore observer d'ôter la petite molaire de l'autre côté pour que le demi-cercle de la mâchoire soit uniforme des deux côtés de la bouche. » (Bourdet, 1757).

Il liste les raisons qu'on a de conserver cette dent :

« 1°/ Elle se mettra d'elle-même en bel ordre et bouchera parfaitement la brèche ; la direction d'un simple fil lui fait remplir la place de la petite molaire.

2°/ Elle est d'un plus grand ornement que la petite molaire et d'ailleurs, étant très forte, elle devient un appui pour les incisives, pendant le mouvement des mâchoires et dans la mastication.

3°/ L'absence de cette dent fait un effet désagréable, surtout lorsqu'on voit à sa place une petite molaire dont le corps est épais...

4°/ Enfin, les petites molaires sont plus sujettes à se gâter que les canines. » (Bourdet, 1757).

Duval conseille lui-aussi, de toujours conserver les canines, même si elles se trouvent hors rang, et de faire plutôt le sacrifice des petites molaires qui les touchent, « ... en raison que les canines sont moins susceptibles de se carier que les petites molaires (...) et sont les plus visibles quand on rit ou qu'on parle. » (Duval, 1805).

En outre, Duval n'hésite pas à enlever des incisives inférieures lors d'un encombrement or il faut, dit-il, « ... à la mâchoire supérieure, conserver les incisives du milieu, de préférence aux incisives latérales. »

Mais le plus grand d'entre eux en ce domaine fut sans nul doute Laforgue, qui décrit, à la fin du XVIIIème siècle, dans L'art du dentiste, le processus de renouvellement des dents. Dans cet ouvrage, il fait nombre de remarques très intéressantes, ainsi :

- « ... les cercles alvéolaires des deux mâchoires n'ont, à l'âge de sept ans, qu'environ deux tiers de l'étendue qu'ils auront à l'âge de vingt deux ans... »,

- « ... les dents remplaçantes ont, à leur sortie, le même volume qu'elles auront à l'âge de vingt-cinq ans... »,

- « ... les huit molaires [de lait] sont plus volumineuses d'un quart, et quelquefois d'un tiers, que les remplaçantes : leur chute favorise le placement de ces dernières... »,

- « ... les enfants à qui on arrache beaucoup de dents ont le cercle alvéolaire si rétréci que les dents de la seconde dentition ne peuvent plus s'y placer, qu'elles se groupent et qu'on est obligé d'en tirer... »,

- « ... les canines de lait sont presque toujours les dernières à tomber ; elles s'opposent à ce que les incisives se déjettent vers la partie antérieure. Quand on les tire dans l'intention de faciliter l'arrangement, on commet une faute qui amène souvent les plus grand dérangements... » (Laforgue, 1802).

Et Laforgue conclut ainsi : « Je ne dirai donc pas dans quel cas il faut aider la nature, et dans quel cas il faut lui laisser tout le travail : cela doit être jugé sur le fait et non d'après un écrit... » (Laforgue, 1802) : maxime très sage et toujours d'actualité surtout en Pédiodontie où l'évolution va si vite qu'il faut sans cesse renouveler les examens cliniques.

Enfin, si le traitement n'a pu se faire au moment du renouvellement des dents, Bunon précise « ...qu'une bouche négligée dans le temps que les dents se sont renouvelées, n'est pas sans remèdes ; on répare les difformités, on rétablit l'ordre des dents, par le moyen des fils et des cordonnets, du pélican, des pincettes droites, des lames d'or ou d'argent et souvent même par le sacrifice de quelques dents. » Mais, insiste-t-il « Ces opérations qui demandent de la jeunesse dans le sujet, sont bien plus longues et bien plus pénibles que celles qu'on fait dans l'enfance. » (Bunon, cité par Granier, 1988).

Ainsi, les dents en bon arrangement seront « ... moins exposées à la carie, à l'ébranlement & aux malpropretés... » (Bunon, cité par Ruel-Kellermann).

On se limite donc aux corrections des rotations, aux fermetures des diastèmes et au redressement des dents penchées. Ces corrections sont essentiellement motivées par l'esthétique, elles concernent donc surtout les dents antérieures.

La notion de malocclusion comprise comme un mauvais rapport des arcades ou des bases squelettiques n'est pas encore apparue.

Toutefois Bunon constate que « *C'est l'insuffisance de place qui occasionne le mauvais arrangement des dents. Ainsi le bel ordre dépend de l'étendue de la mâchoire tant en longueur qu'en circonférence...* ». Il aborde déjà ce qui sera nommé plus tard la dysharmonie dento-maxillaire...

Bunon insiste encore sur l'importance d'une bonne occlusion et il décrit avec précision ce que nous appelons aujourd'hui le Syndrome Algo-Disfonctionnel de l'Appareil Manducateur. Pour y remédier, il pratique des **meulages sélectifs**.

Pour conclure, nous pouvons dire que le succès des techniques orthodontiques tant auprès des dentistes que du public est tel que Bourdet lui-même, quatorze ans après la publication de son premier traité, met en garde les parents contre les pratiques abusives de certains dentistes.

Il écrit en 1759 dans Soins faciles pour la propreté de la bouche : « *On voit quantité de personne qui, pour la plus petite déféctuosité, veulent faire tourmenter les dents de leurs enfants. C'est au dentiste, honnête homme, habile, éclairé, à leur faire sentir les conséquences de ce travail, où l'on risque de violenter sans aucun fruit de la nature, ce qu'on ne fait jamais impunément. Il est quelquefois nécessaire de se contenter à demi bien et souvent, pour vouloir trop avoir, on s'expose à tout perdre.* »

« *Ainsi, conclut Bourdet, pour procurer un bel ordre aux Dents, il suffirait que le Dentiste chargé de gouverner la bouche d'un Enfant le prît dès l'âge de sept ans jusqu'à 14 ou 15 ans et qu'il eut soin de la visiter seulement tous les trois mois ; l'on éviterait alors d'employer les fils, plaques et autres instruments qui servent à redresser les dents* » (Bourdet, cite par Ruel-Kellermann).

III.2.6. Hygiène et Prévention

Si au cours des siècles précédents, quelques conseils d'hygiène bucco-dentaire sont prônés, c'est au XVIIIème siècle que l'importance de la conservation des dents est démontrée et qu'elle devient la grande préoccupation des chirurgiens dentistes experts. Une vraie prise de conscience des notions d'hygiène et de prévention se développe alors.

Bunon (1743) affirme « *... s'il y a grand mérite à soulager ou à guérir même sans retour les différentes maladies des dents, il serait infiniment plus avantageux au Public de chercher les moyens de les prévenir.* »

Bourdet (1759) se veut autoritaire : « *La conservation des dents intéresse trop la santé pour que la moindre négligence à cet égard soit pardonnable...* » C'est pourquoi

il interpelle ses lecteurs par cette question : « *La vie peut-elle être agréable, lorsqu'on ne peut plus manger que des aliments liquides ?* »

Géraudly, Fauchard, Botot... reprennent les mêmes arguments considérant tous que l'extraction est un remède extrême et certainement, l'un des plus grand maux de l'humanité.

Ce siècle reconnaît l'enfant, aussi les praticiens de l'Art dentaire ne sont pas en reste. « *Mieux vaut prévenir que guérir* » : le vieil adage semble appliqué par la majorité d'entre eux.

Ils recommandent un dépistage précoce de toutes anomalies ou caries chez les enfants (Ginoux, 1982). C'est pourquoi **la prévention incombe d'abord aux parents**.

Jourdain (1766) considère leur rôle comme essentiel : « *Combien de fois ne voyons-nous pas l'ouvrage de la nature dérangé par un manque d'attention de la part des parents, ou par une tendresse mal entendue ? Les accidents s'aggravent, & bientôt les enfants deviennent la victime de la sécurité ou des préjugés de ceux qui leur ont donné le jour* ».

Bunon ne néglige pas l'**importance de l'enseignement précoce des bonnes pratiques d'hygiène**, donnée par les parents : « *... c'est à eux de leur inspirer de bonne heure du goût pour la propreté de la bouche et l'aversion que l'on doit avoir pour les dents sales et mal rangées.* » Et il dénonce un préjugé populaire suivant lequel « *... la plupart des pères et mères se persuadent qu'il ne faut point toucher aux dents de enfants pour ménager leur délicatesse et laissent aller leur bouche sans presque y faire attention (...)* Cette négligence a lieu non seulement parmi ce qu'on appelle "le petit peuple" mais encore parmi la bourgeoisie... ». Il rappelle qu'il ne faut pas hésiter à recourir aux soins d'un homme de l'Art quand cela est nécessaire : « *Ce n'est guère que quand l'enfant se plaint, lorsqu'il souffre de violentes douleurs, qu'il est accablé de fluxions et que la mauvaise odeur de sa bouche annonce les progrès du mal qu'on pense à le faire visiter, et souvent le secours, pour être trop tardif, n'a pas tout le succès qu'on peut en attendre. Or, quand on a un dentiste expérimenté, on ne risque rien de faire visiter la bouche des enfants dès l'âge le plus tendre, et on ne peut la gouverner ni avec trop de soin, ni de trop bonne heure...* ».

C'est tout particulièrement entre sept et quinze ans au moment du renouvellement des dents qu'il convient de faire fréquemment visiter la bouche des enfants par un dentiste expérimenté. Bien souvent, regrette Bunon, « *... on se contente d'ôter soi-même les dents de lait à ses enfants, lorsqu'elles sont prêtes à tomber et les dents qui leur succèdent s'arrangent comme elles peuvent.* » (Bunon, 1743).

Tous insistent sur la **nécessité d'une consultation annuelle chez un dentiste aguerri**. Lecluse déplore le fait d'attendre « ... qu'elles fassent ressentir de cruelles douleurs, & que leur perte soit inévitable, pour se déterminer à appeler un Dentiste ». Il conseille même jusqu'à trois à quatre visites de contrôle par ans. Duval (1805), quant à lui, écrit qu'« *Un examen bien exact, fait tous les ans au moins, par un dentiste expérimenté, conserve ces organes jusqu'à une extrême vieillesse...* ». Et Hébert (1778) : « *Faire visiter sa bouche, est donc une nécessité indispensable, au moins une fois par année, pour les personnes bien constituées, (...) & l'instrument entre ses mains sera le sauveur de bien des dents, lesquelles périraient d'un mal habile ou d'un Charlatan. Ces sortes de gens, dont il n'est que trop, sur-tout dans les grandes villes, sont les fléaux de l'humanité...* ». C'est pourquoi « ... la véritable science des parents consiste dans le choix de l'Artiste entre les mains duquel ils mettront leurs enfants... » « *Songez qu'il faut que ce soit un honnête homme, expérimenté dans son art & non avide de gain, enfin honnête dans toute l'acception du terme...* » (Hébert, cité par Ruel-Kellerman).

Lecluse est du même avis et dit « ... qu'il est de la dernière importance de choisir un sûr Praticien, bon Anatomiste, fondé d'une exacte théorie... » (Lecluse, 1754).

Geraudly (1737) est l'un des premiers à attirer l'attention sur **les soins dentaires scolaires** : « *Les Pères de famille qui ont des Enfants dans des Pensions ou dans des Communautés devraient envoyer de tems en tems un Chirurgien-Dentiste pour visiter leur Bouche ; & par ce soin, s'épargner le repentir du déplorable état où leur négligence exposerait cette innocente victime...* » (Géraudly, cité par Ruel-Kellerman). De même Lecluse incite vivement « ... les Peres & Meres de recommander aux personnes qui prennent soin de leurs Enfants, soit dans les Pensions, Colléges ou Communautéz Religieuses où l'on élève la jeunesse de l'un & de l'autre sexe, de les accoutumer dès l'âge de huit ou neuf ans, à prendre soin de leur bouche tous les jours. (...)

Ces sages surveillans indiqueront aux Enfants les principes de la méthode cy-après, & seront présens à leurs usages ; ils observeront seulement, que ceux qui sont en dessous de douze ans, seront exempts de gratter leur langue & de se servir d'opiat & d'Elixir, à moins qu'ils n'ayent les Dents chargées de limon, & les gencives en désordre, occasionnées par quelques maladies ; & ils se serviront de cotton préféablement à l'éponge.

A douze ans ou environ, ils mettront tous les matins quatre gouttes de mon Elixir dans l'eau dont ils se laveront la bouche, feront usage d'opiat une fois par mois, & d'éponge préparée, tous les jours conformément aux règles prescrites au chapitre V. qu'ils suivront exactement à l'âge de seize ans. » (Lecluse, 1754).

Hébert insiste formellement sur le fait d'inculquer aux enfants, dès leur plus jeune âge, de bonnes habitudes. Et il appartient aux parents de : « ... ne rien [leur] laisser entreprendre le matin, sans avoir satisfait à ce devoir, ne leur même pas donner de nourriture sans qu'ils aient nettoyé leur bouche. En faire un devoir officiel chez les domestiques qui les approchent ; et encore pour plus grande sûreté, le faire faire, autant qu'il sera possible, devant soi, jusqu'à ce que l'enfant y soit accoutumé (...) une fois accoutumé à exercice, il le continuera par habitude, comme tous les autres... » (Hébert, 1778).

Bunon trouve cette habitude d'autant plus avantageuse que « ... la moindre interruption semble causer une forte incommodité... » et que passé un certain âge, elle s'acquiert beaucoup plus difficilement, apparaît comme une tâche gênante, qui finit par être négligée.

Directif et un peu sentencieux, Hébert ajoute : « Lorsque la régénération commencera, faites entendre à l'enfant qu'il entre dans une classe d'hommes plus raisonnables, piquez le d'honneur, autant que sa raison le comportera, & lui apprenez que la nature lui donne des secondes dents plus fortes, plus robustes que les premières, mais que c'est pour la vie, & que leur bonté, leur durée dépendent beaucoup de l'attention que l'on prendra à les aider à venir en bon ordre & bien rangées : qu'il est nécessaire qu'il se prête aux soins que l'on jugera à propos pour cet effet. » (Hébert, 1778).

Lecluse est conscient qu'il dépend également des dentistes, de bien faire « ... sentir aux jeunes personnes les avantages et les inconvénients qui résultent d'une bouche bien ou mal soignée... ».

Ces soins d'hygiène quotidiens ont donc essentiellement pour but de **ne pas laisser s'installer le tartre**. En effet, tous les auteurs de ce siècle signalent le danger de son accumulation, même et surtout chez les enfants.

Bunon ayant lui aussi observé que les enfants de tout âge ne sont pas exempts de tartre, déplore : « Combien de bouches démantelées malgré la bonne qualité des Dents, sans que la carie y ait aucune part (...). Or la naissance & les progrès du tartre, sont le pur effet de la négligence. Cette négligence se trouve rarement dans les personnes à qui dès l'âge le plus tendre on a pris soin d'inspirer le goût pour la propreté des dents et à qui l'on a fait prendre l'habitude de les nettoyer exactement tous les matins avant de manger et après les repas » Il remarque toutefois que « ... les gencives sont offensées par l'accumulation du tartre (...) quoique ces dents paraissent bonnes et saines par la couronne ou l'extrémité, et qu'en la plupart elles le soient effectivement... » (Bunon, 1746). Il en déduit qu'« Il ne faut qu'accoutumer les gens à se nettoyer régulièrement la bouche, pour empêcher que le limon n'y séjourne et ne

produise le tartre ; car le tartre, qu'on néglige si fort, est peut-être l'ennemi le plus dangereux des dents et des gencives, puisqu'il ronge et consume celles-ci et fait par ce moyen tomber les dents. »

Les conseils d'hygiène de Bunon sont alors d'une grande précision : *« Il s'agit de se placer tous les matins au grand jour devant un miroir pour examiner sa bouche et voir ce qui se passe tant sur les dents que sur les rebords des gencives. On ôte la partie de la dent la plus voisine des gencives le limon par son peu de séjour n'est pas opiniâtre et cède aisément. On le dégage légèrement avec une plume des intervalles des dents, par ce moyen on les rend libres, de façon que quand on se rince la bouche, l'eau puisse passer et repasser sans peine. Ensuite, on se trotte les dents, soit avec le doigt, soit avec un linge ou du coton, soit avec une racine préparée ou une éponge, et pour faire fortifier les gencives, on se sert de quelque bon opiat ou de poudre. Cette opération est l'affaire d'un moment ; on y doit joindre l'attention à se nettoyer la langue du limon dont elle est sujette à être chargée le matin ; il faut observer de frotter toujours les dents de la mâchoire supérieure de haut en bas et celles de la mâchoire inférieure de bas en haut, et cela dans toute leur étendue depuis le bord des gencives ; car si l'on avisait de frotter horizontalement ou en travers, le limon qui est à la surface des dents entrerait dans leurs intervalles, ce qui rendrait inutile une partie de l'ouvrage... »*. Il ajoute à juste titre, que ce qu'il dit *« ... convient à tous les âges. »* (Bunon, 1743).

Quant aux conseils d'Hébert, ils sont didactiques et assortis de détails particulièrement précis, mais sans doute trop complexes pour être suivis à la lettre. D'autant que le ton directif, sévère, est parfois un rien culpabilisateur.

Une bonne alimentation des jeunes enfants est tout autant indispensable.

Tous insistent sur **le danger de la consommation de sucreries**. Fauchard (1728) a remarqué que *« ... ceux qui font un grand usage de ces poisons séduisants [confitures, dragées...] sont plus sujets aux maux de dents et les perdent plus tôt que les autres... »*. Il conseille le lavage de la bouche à l'eau tiède pour *« ... dissoudre et enlever par ce dissolvant ce qui pourrait être resté dans les gencives ou contre les dents... »*. Bunon (1743) précise que la *« ... viscosité du sucre s'attache aux gencives et en bouche les pores, et qu'il y a d'ailleurs un sel corrosif, fort pernicieux pour les dents... »*. Andry (1741) va peut-être un peu trop loin en interdisant tout pain d'épices, toute confiture et autre dragée.

En effet, il écrit : *« La plupart des enfants qui ont les gencives rongées et scorbutiques ne les ont ainsi qu'à cause des sucreries qu'ils mangent ; il ne faudrait jamais donner aux enfants aucune confiture, ni sèche, ni en pâte, ni liquide, il ne faudrait pas même qu'ils connussent les dragées. »* (Andry, 1741).

Bunon recommande aussi d'**interdire les fruits verts et acides aux enfants**.

De plus, tous, tel Lecluse (1754), recommandent expressément de **ne pas laisser les enfants utiliser leurs dents** pour « ... *casser des corps durs ou pour lever quelque fardeau pesant.* »

Bunon (1743) est de cet avis : « ... *les efforts que les enfants font avec les dents leur causent toujours un tort infini et ils s'en ressentent tôt ou tard. On sait qu'ils emploient leurs dents à toutes sortes d'usages : ils brisent, ils déchirent, ils arrachent et, quand quelque chose résiste à leurs mains, les dents viennent bientôt au secours.* » Et il conclut : « *On ne saurait trop veiller sur eux, pour leur faire perdre cette habitude.* »

En outre, Bunon tente de lutter contre les idées reçues et d'inspirer confiance en sa profession.

« *A qui tend mon ouvrage ?, questionne Bunon, si ce n'est à rendre les pères et les mères plus attentifs qu'ils ne le sont, soit aux accidents qui peuvent survenir à leurs enfants dans la naissance des dents, pour en prévenir les maladies ; soit aux moyens de conserver cet utile ornement dans un âge plus avancé, et de garantir la plupart des parties de la bouche des maux qu'entraîne l'éloignement qu'on a d'ordinaire pour le dentiste, si ce n'est qu'à détruire les préjugés qui rendent notre ministère si formidable aux gens peu instruits, et à leur inspirer une confiance qui ne peut tourner qu'au bien du public et à l'honneur de notre profession* ».

Il forme des vœux « *pour que des moyens si sûrs et si simples ne soient pas négligés par les pères et mères que mon ouvrage intéresse principalement.*

J'écris dans le sein d'une grande ville où les secours de toute espèce ne manquent point ; mais comme j'ai offert gratuitement ceux de ma main & de mes remèdes à toutes les personnes hors d'état de se procurer un soulagement qui, dans une situation difficile, coûte toujours trop cher ; en réitérant encore les mêmes offres, j'invite surtout les pères et mères, qui pourraient se trouver dans le cas, de ne point épargner à leurs enfants les secours qui dépendront de moi.

J'observerai toujours inviolablement cette espèce d'engagement que j'ai contracté avec le public, à l'exemple de plusieurs de mes confrères ; et je ne diminuerai jamais rien, ni de mon désintéressement, ni de mon attention ». Il s'adresse également à ses confrères, à qui il conseille d'apporter un soin particulier aux bouches des enfants (Bunon, 1743).

III.2.7. Approche psychologique de l'enfant

Il est intéressant de constater que nos prédécesseurs ont pris conscience de l'importance d'une bonne approche psychologique de l'enfant.

En 1679, nous pouvions lire : « ...il ne faut pas manquer d'ôter les dents de lait lorsqu'elles sont ébranlées (...). Mais, comme les enfants ne souffrent pas aisément qu'on y touche, il faut, en les couchants, attacher un fil à la dent qui veut tomber, sous prétexte de quelque chose, et lorsqu'ils sont endormis, on tire le fil et de cette manière vous avez cette dent sans peine, et même quelques-uns ne s'en éveillent pas ! ». (Martin, 1679) Cette citation qui prête à sourire de Martin nous permet de nous rendre compte des progrès accomplis pour l'approche de l'enfant.

Fauchard reconnaît lui-même qu'« Il n'y a rien que l'on appréhende tant que de faire toucher à ses dents... ».

La seule crainte du Dentiste opère tous les jours des effets singuliers sur certains sujets.

Bunon, comme Fauchard, évoque ces faits où « ...les seules approches de l'Opérateur, ou la vue des instrumens & de l'appareil ont calmé tout à coup la crise, & dissipé toute la douleur... » ; il les explique par « ... l'imagination ébranlée, la terreur panique dont l'impression (...) cause dans le cerveau une révolution qui suspend le sentiment du mal... ». De même pour l'attouchement des doigts, qui « ... tranquillise le malade par la confiance d'être guéri, sans essayer une opération qui l'inquiète encore plus que son mal... ». Mais « ... le retour infaillible du mal, à la vérité plus ou moins prompt, démontre encore mieux leur fausseté... » (Bunon, cité par Ruel-Kellermann).

Qu'il s'agisse de Bunon ou de Lécluse, fervents admirateurs de Fauchard, tous deux se sont appliqués à enrichir leurs écrits en donnant des conseils utiles au Dentiste pour mieux **écouter et aborder le patient** et par la même **optimiser le déroulement et les suites de l'intervention**.

Pour Lecluse (1754), c'est le rôle du dentiste de « motiver » les jeunes personnes. « Les dents étant saines et nettes, il ne faut qu'un soin très léger pour les conserver longtemps dans cet état ; mais il faut surtout que le dentiste fasse bien sentir aux jeunes personnes les avantages et les inconvénients qui résultent d'une bouche bien ou mal soignée. »

Le plus sûr moyen pour éviter le plus de désagréments aux enfants est d'inciter les Pères & Mères de faire visiter la bouche de leur enfant par un « Dentiste expérimenté » qui de son côté, doit tout mettre en œuvre pour faciliter cette rencontre : « Au reste, dans ces opérations, c'est la prudence du dentiste à apporter tous les ménagements dus à la faiblesse de âge. Je ne puis trop recommander d'éviter la précipitation afin de ne point donner aux enfants de l'éloignement ou de l'aversion pour les soins différents que demande leur bouche. »

Il a bien compris que le succès de l'opération ne dépend pas uniquement du praticien, mais nécessite aussi **la coopération des parents**. « *Avec de la patience et de la douceur on parvient à les tranquilliser et même à leur donner de la confiance ; mais il faut que les pères et les mères secondent le dentiste, en leur inspirant de la docilité et en les familiarisant peu à peu avec une profession qu'ils redoutent toujours...* ».

Il est nécessaire de ne point les brusquer, de les **préparer petit à petit à des soins plus importants** : « *La conduite que je tiens avec les enfants, nous dit Bunon, lorsqu'il s'agit de leur ôter plusieurs dents à la fois, c'est d'examiner celles dont l'extraction doit être moins sensible et de les préparer ainsi par de légères opérations à en supporter de plus douloureuses...* ».

Il ne manque pas d'expliquer l'importance des soins et « *Je tâche surtout, dit-il, de leur faire comprendre le peu de douleur actuelle qu'ils ont à souffrir en comparaison de celle dont je les préserve...* ».

« *... enfin, je diminue autant que je puis la frayeur que peut leur causer le seul appareil.* » (Bunon, 1743).

Gariot utilise souvent un simple bout de fil ou une pièce de monnaie pour extraire les dents de lait sans racine : « *Avec tous ces petits moyens et d'autres analogues qui ne présentent rien d'effrayant, on évite presque toujours aux enfants la crainte et l'appareil de la douleur...* » et pour les dents bien ancrées, il use d'un stratagème pour éviter d'aviver les craintes de l'enfant par la vue des instruments : « *...le dentiste adroit peut encore les extraire au moyen d'un petit davier qu'il tient caché dans sa main, il semble alors les avoir enlevées sans difficulté avec le bout des doigts.* » (Gariot, 1805).

Et même si Hébert note encore en 1778 : « *... il ne faut avoir aucune faiblesse pour les larmes des enfants, lorsqu'il s'agit de l'extraction nécessaire de quelques dents de lait...* », toutefois, tous recommandent la plus grande douceur quand il s'agit d'extraire une ou plusieurs dents à un enfant. Jourdain écrit : « *Le tout doit se faire avec beaucoup de prudence et de douceur, pour ne point donner aux enfants la crainte de faire toucher à leurs dents lorsqu'ils sont plus âgés, se rappelant la dureté avec laquelle on les a conduits et, en même temps, pour ne point exposer les parents à leur refuser ces soins par la tendresse qu'ils ont pour eux et la peine qu'ils souffrent eux-mêmes lorsqu'ils voient ce qu'ils aiment dans des douleurs continuelles* » (Jourdain, 1766).

L'incroyable modernité de certaines réflexions de ces Experts et l'humanité de bien des propos nous touche alors que leurs écrits sont souvent peu humbles et imprégnés d'un savoir suffisant. Les conseils d'approche psychologique sont judicieux autant que touchants et témoignent de l'authentique tendresse d'un père pour les enfants. Ses préoccupations au sujet des antécédents d'un enfant sont fécondes, tant par l'histoire et l'environnement de ses pères et mères, que par le comportement de la nourrice etc., autant de concepts présents dans la médecine actuelle de l'enfant.

Conclusion

Sous l'Ancien Régime, la mortalité infantile est telle, que l'enfant n'est pas réellement considéré en tant qu'individu. Généralement, il est préférable d'attendre qu'il ait atteint deux ans, et qu'il ait percé ses dents, pour que son entourage puisse sereinement commencer à s'y attacher.

Pendant, nous avons vu que le statut de l'enfant évolue nettement au cours du XVIIIème siècle. L'enfant commence à être reconnu en tant que tel, à faire partie intégrante de la société et de la famille. Le « mignonage » apparaît dans les milieux aisés. On s'intéresse à tout ce qui concerne la survie de l'enfant, mais aussi son éducation et son bien-être. On préconise l'allaitement maternel et l'éducation parentale dès le plus jeune âge. Rousseau permet la divulgation massive de ces idées nouvelles.

Une prise de conscience de la spécificité des maladies de l'enfance et de la nécessité d'en préserver l'enfant apparaissent alors, mais elles ont du mal à s'imposer. Ce n'est qu'à partir de la seconde moitié du XVIIIème siècle, que ces sentiments sont entendus et compris, à la fois des pouvoirs publics et d'un public éclairé, la plus belle réussite pédiatrique de ce siècle étant sans doute l'aboutissement d'une variolisation systématique des enfants au début du XIXème siècle.

Malheureusement, le climat politique et social agité et la misère du peuple sidèrent ces idées nouvelles. L'abandon des enfants et l'allaitement mercenaire ou artificiel continuent de sévir et les enfants de souffrir.

Les soins concernant la bouche de ces enfants connaissent une évolution semblable au cours de ce siècle.

Les remèdes populaires, basés sur le savoir empirique transmis oralement, la superstition, les croyances et le charlatanisme restent largement employés par les gens du peuple.

Parallèlement, la dentisterie s'identifie par la formation d'un corps d'"Experts pour les dents" issus d'institutions nobles comme le Collège de Chirurgie de Saint Côme à Paris. La profession connaît un essor considérable grâce aux nombreux écrits scientifiques, fondamentaux et cliniques, que ces Experts produisent, rivalisant de compétence et d'ingéniosité.

Si Fauchard fut l'initiateur certain de la dentisterie moderne, s'appuyant sur les connaissances scientifiques fondamentales, l'observation, l'expérience et la technique, tous les praticiens de l'époque y ont largement contribué.

Nous sommes parfois surpris du ton doctoral ou pompeux de leur propos, ou de leur manque d'humilité ; certains remèdes ou opérations peuvent nous faire sourire ou même... frémir. Mais, nous ne pouvons pas nous empêcher d'éprouver une certaine admiration lorsque nous lisons la plupart de leurs observations et conseils, leurs fondements étant toujours d'actualité dans notre pratique comme les trois temps du soin de carie, les extractions pilotées pour soigner un chaos dentaire ou encore la prévention dans les écoles et le milieu familial.

Il n'est donc pas faux de considérer ces ouvrages comme les premiers écrits de l'odontologie pédiatrique et d'en honorer leurs auteurs.

ANNEXES

Éléments de biographie des auteurs cités

Table des figures et des tableaux

Table des références bibliographiques

Table des matières

Eléments de biographie des auteurs cités

Etienne BOURDET (1722 - 1789)

Dentiste du roi et des princes de la famille royale de 1762 à 1789, il est anobli par Louis XV en 1768.

Il édite en 1757 « *Recherches et observations sur toutes les parties de l'art du dentiste* », certainement le plus important ouvrage complet après le « *Chirurgien-dentiste* » de Fauchard, à qui il rend hommage mais se défend d'être son copiste. Les premiers chapitres sont consacrés à la prévention chez les jeunes enfants et à l'orthodontie.

En 1759 : « *Soins faciles pour la propreté de la bouche et la conservation des dents* », est un condensé de recherches, un petit livre de conseils pratiques et didactiques, dans lequel il pose les principes de l'hygiène bucco-dentaire.

Robert BUNON (1702 – 1748)

Expert pour les dents, il est dentiste de Mesdames et chargé du soin des dents des Enfants de France. Il devait succéder à Capperon en 1748, mais décédé la même année, la survivance de la charge revint à Mouton.

Ses deux principaux ouvrages : « *Essay sur les maladies des dents* » en 1743 et « *Expériences et démonstrations faites à l'hôpital de la Salpêtrière et à Saint Côme* » en 1746 sont presque exclusivement consacrés aux problèmes bucco-dentaires des enfants. Il est qualifié de « précurseur de la pédodontie ».

Honoré COURTOIS-GAILLARD

Dentiste, il ajoute à son nom celui de son oncle, Gaillard, qui fut élève de Fauchard, en hommage à ces deux hommes. Il publie en 1775 : « *Le Dentiste observateur ou Recueil abrégé d'observations tant sur les Maladies qui attaquent les gencives et les dents que sur les moyens de les guérir* ». Ce travail est nettement inspiré de l'œuvre de Fauchard. C'est un recueil d'anecdotes.

Pierre DIONIS (1643 ou 1650 – 1718)

Chirurgien-juré, il démontre au Jardin du Roi « *les vérités anatomiques et les opérations chirurgicales* ». Il diffuse la théorie de la circulation du sang de William Harvey (1578-1657) et fait édité en 1707 le « *Cours d'opérations de chirurgie démontrées au Jardin du Roi* », cours de techniques chirurgicales illustré de plus de 60 planches. C'est un livre clair et méthodique qui resta classique pendant plus d'un siècle.

Jean-René DUVAL (1758 – 1854)

Reçu maître en chirurgie en 1786, il se spécialise en odontologie après avoir épousé la fille du dentiste Le Roy de la Faudignère.

Il publie de nombreux ouvrages, dont le « *Traité de la première dentition et des maladies souvent très graves qui en dépendent* » en 1805.

Il enseigne toute sa vie que les affections des dents sont rarement des maladies locales et qu'elles doivent presque toujours être rattachées à des maladies générales.

Pierre FAUCHARD (1678 – 1761) (Fig. 44)

Reçu Maître « Expert pour les dents » par la Communauté des chirurgiens de Saint Côme, après avoir été formé par le service de santé de la marine royale et spécialisé dans le traitement des complications bucco-dentaires du scorbut.

Il n'écrit qu'un seul livre : « *Le Chirurgien-dentiste ou Traité des dents* » en 1728 ; salué comme un évènement professionnel majeur, il reçoit l'approbation des plus hautes sommités de l'époque dans le domaine de la médecine et de la chirurgie. Il est corrigé et amélioré, notamment en donnant la première bonne description de la pyorrhée à laquelle le nom de Fauchard est maintenant attaché, avant d'être réédité en 1746. La troisième édition de 1786 est posthume.

L'ouvrage en deux tomes, rédigé en bon français mais non en latin, se divise en trois parties : la pathologie dentaire, la clinique stomatologique et enfin la technique opératoire et la prothèse. Il constitue à la fois une encyclopédie de connaissances dentaires et un manuel de technique opératoire et prothétique, au moment où l'art dentaire conquiert en France son autonomie par rapport à la chirurgie. L'édition de 1728 est traduite en allemand dès 1733, celle de 1746 en anglais seulement... en 1948. C'est le livre fondateur de la dentisterie.



Fig. 44 : Portrait de Fauchard ornant le frontispice de son livre.

J.B. GARIOT

Dentiste, il se présente comme : « *Chirurgien de la Chambre et Dentiste de Sa Majesté Catholique le Roi d'Espagne, reçu au Collège Royal de Chirurgie de Madrid ; Membre associé étranger de la Société de Médecine de Paris* ».

Il publia en 1805 un : « *Traité des maladies de la bouche, d'après l'état actuel des connaissances en médecine et en chirurgie, qui comprend la structure et la fonction de la bouche, l'histoire de ses maladies, les moyens d'en conserver la santé et la beauté, et les opérations particulières à l'art du dentiste* ».

Claude GERAUDLY (? - 1753)

De son vrai nom Claude JACQUIER, fils du barbier du duc d'Orléans (frère de Louis XV), il hérite de la charge de son père et est « *chirurgien-dentiste valet de chambre* » du Duc d'Orléans.

Il publie un court « *Traité sur l'art de conserver ses dents* », ouvrage simple et clair.

Jean A. HEBERT (vers 1726 – 1782)

Expert pour les dents, reçu au Collège Royal de Chirurgie de Saint Côme, il exerce à Lyon.

Il fait publié en 1778 un court traité : « *Le Citoyen dentiste, ou l'art de conserver les dents et les entretenir propres* », sous-titré « *ouvrage moderne et à la portée de tout le monde* ».

Urbain HEMARD (1548 ? – 1618 ?)

Chirurgien du Cardinal d'Armagnac qui souffrait beaucoup des dents.

Il écrit un traité : « *Recherche de la vraye anatomie des Dents, nature et propriétés d'icelles* » en 1582. « *La Recherche* » est le premier ouvrage français entièrement consacré à l'odontologie, servant de référence à Fauchard qui le cite souvent.

Anselme JOURDAIN (1734 – 1815 ou 1816)

Premier stomatologiste chirurgien connu, il est l'élève du chirurgien Moreau puis celui du dentiste Lécluse. Il est reçu Expert pour les dents à Saint Côme en 1755.

Il publie : « *Nouveaux éléments d'odontologie* » en 1756, puis de 1775 à 1778, d'intéressantes communications sur le développement des dents, les hémorragies intra buccales et les maladies du sinus maxillaire et entre autres un « *Traité des maladies chirurgicales de la bouche et des parties qui y correspondent* » en 1778.

Il fut l'un des plus importants dentistes de la fin du XVIIIème siècle.

Louis LAFORGUE (? – 1816)

Expert pour les dents formé par le Collège Royal de St Côme, il commence à exercer et à écrire avant la Révolution, mais c'est en 1802 que paraît son œuvre la plus importante et la plus controversée : « *l'Art du dentiste ou manuel des opérations de chirurgie qui se pratiquent sur les dents* ». En 1809 paraît : « *Dissertation sur la première dentition, où l'on prouve que la croissance et la sortie des dents ne causent aucune maladie aux enfants* ».

LECLUSE (1711 ou 1712 - 1792)

Prénom : tantôt Louis, Henri ou Nicolas.

Nom : FLEURY dit LECLUSE, DE LECLUSE.

Acteur et dentiste, il exerce à la fois l'art théâtral et l'art dentaire.

Au retour de campagnes faites dans les guerres de Flandres, il se retrouve dentiste du Roi Stanislas 1^{er} Leszczyński (beau-père de Louis XV) à Lunéville.

Il publie en 1750 à Nancy un « *Traité utile au Public pour la conservation des dents* ».

Expert pour les dents en 1753, il s'installe à Paris et y fait éditer son œuvre majeure : « *Nouveaux éléments d'odontologie* ». L'auteur se présente comme « *Monsieur de Lecluse, Chirurgien-dentiste de Sa Majesté le Roi de Pologne, chirurgien-dentiste Pensionnaire de la Ville de Nancy et reçu à Saint-Côme* ».

Il eut pour élèves, Talma, acteur tragédien et praticien, et Jourdain, qui sera l'un des plus grands dentistes de la seconde moitié du XVIIIème siècle.

LECLUSE (suite)

En 1782, il publie : « l'Art du dentiste et Anatomie de la Bouche », version simplifiée du « *Chirurgien-dentiste* » de Fauchard qu'il admire.

On sent chez l'auteur le désir de sensibiliser le public à l'importance des soins apportés aux dents, à la bouche, et surtout de former des praticiens plus savants, plus habiles.

Il meure dans la misère, ruiné par le théâtre.

MAHON

Chirurgien-dentiste reçu au Collège de Paris.

Il publie à Paris en l'an VI de la République : « *Le Dentiste Observateur ou Moyens : 1° de connaître par la seule inspection des dents, la nature constructive du tempérament, ainsi que quelques affections de l'âme ; avec des recherches et des observations sur les causes des maladies qui attaquent les dents depuis l'état de fœtus jusqu'à l'âge de la puberté. 2° de garantir de souffrances cruelles, et même de la mort, un grand nombre d'enfants* ».

Bernardin MARTIN

Parfois prénommé Benjamin ou Barthélemy.

Apothicaire attaché à la Maison de Condé, il publie en 1679 un traité : « *Dissertation sur les Dents* ».

Il y mentionne quelques remarques de bon sens sur les dents des enfants, la nécessité de l'hygiène et de la prévention. Bien qu'il n'apporte que peu de connaissances nouvelles, ce traité sert néanmoins de modèle à ses successeurs et est souvent cité par Fauchard.

Table des figures et tableaux

Fig. 1 : La première dent, tableau de Louis Théopold Boilly (1761-1845) ; Musée Pierre-Fauchard, Paris ; tiré de Dubois, 2006.	13
Fig. 2 : Frise chronologique personnelle, « Le XVIIIème siècle ».	18
Fig. 3 : Page de couverture de l'Encyclopédie de Diderot et D'Alembert, éd. 1751-1772 ; http://fr.wikipedia.org	23
Fig. 4 : Pyramide des âges en France, en 1740 ; tiré de Dupaquier, 1988 ;	25
Fig. 5 : Enfant du peuple. Nicolas Lépicier (1735-1784) ; www.les-enqueteurs-du-net.com/pdf/06BastDoc5Enfants.pdf	28
Fig. 6 : L'hospice des enfants abandonnés à Paris, milieu XVIIIème siècle ; www.memo.fr/article.asp?ID=JJR_VIE_016	36
Fig. 7 : L'enfant abandonné, d'après Louis Deschamps ; tiré de Delahaye, 1990.	36
Fig. 8 : Bureau de la Direction Générale des Nourrices, XVIIIème siècle ; tiré de Delahaye, 1990.	39
Fig. 9 : Les abords d'un bureau de nourrices; tiré de Delayahe, 1990.	39
Fig. 10 : Commission de Meneurs de Nourrices délivrée par Bailly, Maire de Paris, Janvier 1790 ; tiré de Delahaye, 1990.	41
Fig. 11 : Voiture pour le transport des nourrices. Gravure de Henri Pottin ; tiré de Delahaye, 1990.	41
Fig. 12 : L'allaitement au sein ; tiré de Delahaye, 1990.	44
Fig. 13 : Nourrice ; tiré de Delahaye, 1990.	44
Fig. 14 : Lait d'ânesse ; tiré de Delahaye, 1990.	46
Fig. 15 : Allaitement au pis de la vache ; tiré de Delahaye, 1990.	46
Fig. 16 : La chèvre, nourrice « par excellence » ; tiré de Delahaye, 1990.	46
Fig. 17 : Biberon en étain et tétine en caoutchouc, XVIIIème siècle ; tiré de Delahaye, 1990.	48

Fig. 18 : Biberon en verre soufflé, XVIIIème et début XIXème siècle ; tiré de Delahaye, 1990.	48
Fig. 19 : Recette de bouillie, d'après Buchoz, 1783.	51
Fig. 20 : Recettes pour les enfants riches, d'après Hélvétius, 1724.	53
Fig. 21 : Recettes pour les enfants pauvres, d'après Hélvétius, 1724.	53
Fig. 22 : Nécessaire d'hygiène dentaire, 1726-1732 ; Collection Claude Rousseau ; présenté lors de l'exposition « l'art dentaire » du musée Flaubert de Rouen ; tiré de Dubois, 2006.	63
Fig. 23 : Brosse à dents en argent et poils de sanglier 1726-1732 ; Collection Claude Rousseau ; présenté lors de l'exposition « l'art dentaire » du musée Flaubert de Rouen ; tiré de Dubois, 2006.	63
Fig. 24 : Trousse à détartrage, fin XVIIème siècle ; présenté lors de l'exposition « l'art dentaire » du musée Flaubert de Rouen ; tiré de Dubois, 2006.	63
Fig. 25 : Bébé emmailloté ; http://beaujarret.fiftiz.fr/blog/4522.le-lange.html ;	65
Fig. 26 : Le bain, Illustration de L'Emile de Rousseau ; www.memo.fr/article.asp?ID=JJR_IDE_007	68
Fig. 27 : Types de baignoires, XVIIIème siècle ; tiré de Mikailoff, 1990.	70
Fig. 28 : Mâchoire d'enfant et dents de lait, d'après Hunter, 1773.	76
Fig. 29 : Observation II de Fauchard, 1728.	78
Fig. 30 : Observation de Bourdet, 1757.	80
Fig. 31 : Septième Observation de Courtois, 1775.	80
Fig. 31 : Septième Observation de Courtois, 1775.	81
Fig. 32 : Première Observation de Jourdain, 1778.	97
Fig. 33 : Sainte Apolline, reliquaire, 1783 ; présentée lors de l'exposition « l'art dentaire » du musée Flaubert de Rouen ; Dubois, 2006 ; www.bium.univ-paris5.fr/aspad/expo58.htm	101
Fig. 34 : Extraction dentaire, photo de 1897 ; tiré de Lefébure, 2001.	105

Fig. 35 : Collier de pattes de taupe, XIXème siècle; Collection Dufour, Musée de Fécamp ; présenté lors de l'exposition « l'art dentaire » du musée Flaubert de Rouen ; Dubois, 2006 ; www.bium.univ-paris5.fr/aspad/expo58.htm	107
Tableau 1 : Végétaux et leurs propriétés ; tableau personnel inspiré de Roche, 2000.	111
Tableau 2 : Minéraux, métal et leurs propriétés ; tableau personnel inspiré de Roche, 2000.	111
Fig. 36 : Hochet donné à l'enfant ; tiré de Delahaye, 1990.	116
Fig. 37 : Quatre magnifiques hochets. Ivoire, argent, nacre et corail, début XIXème siècle ; présenté lors de l'exposition « l'art dentaire » du musée Flaubert de Rouen ; Dubois, 2006 ; www.bium.univ-paris5.fr/aspad/expo58.htm	118
Fig. 38 : Observation II de Fauchard, 1728.	128
Fig. 39 : Observation IV de Mahon, 1797.	133
Fig. 40 : Exemples de dents atteintes d'érosion, d'après Mahon, 1797.	133
Fig. 41 : Reproduction d'une sculpture sur ivoire illustrant la théorie des vers dentaires, 1780 ; présentée lors de l'exposition « l'art dentaire » du musée Flaubert de Rouen ; Dubois, 2006.	137
Fig. 42 : Jusquiame, tiré de www.lepetitherboriste.net/plantes/jusquiame.html	142
Fig. 43 : Pavot, tiré de Roche, 2000.	142
Fig. 44 : Portrait de Fauchard ornant le frontispice de son livre, tiré de Pecker, 1984.	165

Table des références bibliographiques

1. ANDRY N.
L'Orthopédie, ou l'Art de prévenir et de corriger dans les enfants les difformités du corps
Paris : 1741 ; 611p.
2. ARIES P.
L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime
Paris : Ed. du Seuil, 1973 ; 316p.
3. ARMENGAUD A.
La famille et l'enfant en France et en Angleterre du XVI^e au XVIII^e siècle.
Aspects Démographiques.
Paris : CDU et SEDES réunis, 1975 ; 190p.
4. AUBERT P.
Mythes et coutumes relatifs à l'apparition et au remplacement des dents lactéales. -
95f.
Thèse : Chirurgie Dentaire : Nancy : 1987.
5. AUZEBI
Traité d'odontalgie.
Lyon : chez Louis Rosset, 1771 ; 167p.
6. AVANZANI G.
Histoire de la pédagogie du XVII^e siècle à nos jours.
Toulouse : Privat, 1981 ; 395p.
7. BALLEXSERD J.
Dissertation sur l'éducation physique des enfans, depuis leur naissance jusqu'à
l'âge de puberté.
Paris : Vallat-La-Chapelle, 1762 ; 256p.
Edition électronique, BIUM/numérisation 200 ?.
8. BAUMES J.B.Th.
Traité de la première dentition et des maladies souvent très graves qui en
dépendent.
Paris : Méquignon l'Ainé, 1806
9. BECCHI E., JULIA D.
Histoire de l'enfance en Occident. Tome1. De l'Antiquité au XVII^e siècle.
Paris : Ed. du Seuil, 1998 ; 506p.

10. BECCHI E., JULIA D.
Histoire de l'enfance en Occident. Tome2. Du XVIII^e siècle à nos jours.
Paris : Ed. du Seuil, 1998 ; 548p.
11. BELY L. et HUGONIE G.
Manuel scolaire d'Histoire-Géographie pour les élèves de 4^{ème}.
Paris : Nathan, 1988 ; 335p.
12. BOGOLPOSKY S.
La brosse à dents ou l'histoire de la « mal aimée ».
Paris : Ed. CdP, 1995 ; 96p.
13. BOURDET E.
Recherches et observations sur toutes les parties de l'art du dentiste. Tome 1.
Paris : Jean-Thomas Hérisant, 1757 ; 330p.
Edition électronique, BIUM/numérisation 2004.
14. BOURDET E.
Soins faciles pour la propreté de la bouche et pour la conservation des dents.
Paris : Jean-Thomas Hérisant, 1759 ; 137p.
Edition électronique, BIUM/numérisation 2004.
15. BUCHAN G.
Médecine domestique ou traité complet des moyens de se conserver en santé.
Vol I.
Edimbourg, Paris : G. Desprez, 1775 ; 504p.
Edition électronique, BIUM/numérisation 200?.
16. BUC'HOZ P-J.
L'art alimentaire ou méthode pour préparer les aliments les plus sains pour
l'homme.
Paris : chez l'auteur, 1783 ; 359p.
Edition électronique, BIUM/numérisation 2005.
17. BUNON R.
Essay sur les maladies des dents, où l'on propose les moyens de leur procurer une
bonne conformation dès la plus tendre enfance.
Paris : Briasson ; Chaubert ; De Hansy, 1743 ; 272p.
Edition électronique, BIUM/numérisation 2004.
18. BUNON R.
Expériences et Démonstrations faites à l'Hôpital de la Salpêtrière et à Saint-Côme.
Paris : Briasson, 1746 ; 410p.

19. BUFFON G. L. L. de
Histoire naturelle de l'homme
dans Histoire naturelle générale et particulière. Tome 2
Paris : Impr. royale, 1749 - 613p.
Edition électronique, BIUM/numérisation 2006.

20. BURTHIER M.
Evolution de l'hygiène bucco-dentaire de l'Antiquité aux Temps Modernes. - 100f.
Thèse : Chirurgie Dentaire : Nancy : 1984.

21. CHAING R.
La douleur dentaire et ses traitements des civilisations antiques à nos jours. -149f.
Thèse : Chirurgie Dentaire : Nancy : 2000.

22. COURTOIS H.G.
Le dentiste observateur.
Paris : Michel Lambert, 1775 ; 375p.
Edition électronique, BIUM/numérisation 2004.

23. DECHAUME M., HUARD P.
Histoire illustrée de l'Art Dentaire. Stomatologie et Odontologie.
Paris : Ed. Roger Dacosta, 1977 ; 620p.

24. DELAHAYE M-C.
Tétons et tétines : histoire de l'allaitement
Paris : Ed. Trame Way, 1990 ; 190p.

25. DESESSARTZ J.-C.
Traité de l'éducation corporelle des enfants en bas âge.
Paris : Hérisant, 1760 ; 467p.
Edition électronique, BIUM/numérisation 200 ?.

26. DIDEROT et al.
Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des Sciences, des Arts et des Métiers.
Paris : Briasson, Le Breton, Durand, 1751-1780 ; 23 vol.

27. DIONIS P.
Cours d'Opérations de chirurgie démontrées au Jardin Royal.
Paris : d'Houry, 1707 ; 752p.

28. DUBOIS A.
Musée Flaubert et d'Histoire de la Médecine
Catalogue de l'exposition : « l'art dentaire ».
Rouen : Publidée Rouen, 2006 ; 63p.

29. DUPAQUIER J.
Histoire de la population française. Tome 2 De la Renaissance à 1789
Paris : Presses Universitaires de France, 1988 ; 601p.
30. DUSSAU A.
Le transfert du mal de dents.
Information dentaire, 1969, n° 28, p.2994-3002.
31. DUSSAU A.
Remèdes préventifs et remèdes curatifs
Information dentaire, 1970, n° 20, p.2026-2037.
32. DUSSAU A.
La percée des dents de lait. Médecine et rites populaires.
Information dentaire, 1972, n° 30.31.32, p.3047-3058.
33. DUVAL J. R.
Le dentiste de la jeunesse ou moyens d'avoir les dents belles et bonnes; précédé des conseils des poètes anciens sur la conservation des dents. Suivi de : Des accidents de l'extraction des dents.
Paris : Koenig, Croullebois, 1805 / 1802 ; 208p.
Edition électronique, BIUM/numérisation 2005.
34. FAUCHARD P.
Le chirurgien-dentiste ou Traité des dents.
Paris : Jean Mariette, 1728 ; Tome 1, 543p.
Edition électronique, BIUM/numérisation 2003.
35. FAUCHARD P.
Le chirurgien-dentiste ou Traité des dents.
Paris : Jean Mariette, 1746 ; Tome 1, 494p.
36. FLANDRIN J-L et MONTANARI M.
Histoire de l'Alimentation.
Paris : Fayard, 1997 ; 915p.
37. FOLLIGUET M. et BENETIERE P.
Prévention bucco-dentaire et alimentation chez l'enfant.
Bull. Acad. Nat. Chir. Dent., 2006, n°49.
38. FRANKLIN A.
L'Enfant. La Layette. La Nourrice. La Vie de famille. Les Jouets et les jeux.
Dans La vie privée d'autrefois : arts et métiers : modes, mœurs, usages des parisiens du XII^e au XVIII^e siècle d'après des documents originaux ou inédits.
Paris : Plon : Nourrit, 1896 ; 310p.

39. GALMICHE J-M.
Hygiène et Médecine. Histoire et actualité des maladies nosocomiales.
Paris : Louis Pariente, 1999 ; 510p.
40. GARIOT J.-B.
Traité des maladies de la bouche, d'après l'état actuel des connoissances en médecine et en chirurgie.
Paris : L. Duprat-Duverger, 1805 ; 399p.
Edition électronique, BIUM/numérisation 2005.
41. GARNOT B.
La population française aux XVI^e, XVII^e, XVIII^e siècles.
Paris : Ophrys, 2^{ème} Ed. 1992 ; 124p.
42. GARNOT B.
Société, cultures et genres de vie dans la France moderne. XVI^e- XVIII^e siècles.
Paris : Hachette, 2005 ; 187p.
43. GELIS J.
L'individualisation de l'enfant
dans Histoire de la vie privée. Tome3 De la Renaissance aux Lumières.
sous la direction de P. ARIES et G. DUBY
Paris : éd. du Seuil, 1986 ; 619p.
44. GERAUDLY
L'art de conserver les dents.
Paris : P.G. Le Mercier, 1737 ; 179p.
Edition électronique, BIUM/numérisation 2004.
45. GINOUX I.
Evolution de la thérapeutique dentaire en France du Moyen Age au XVIII^e siècle. -
159f.
Thèse : Chirurgie Dentaire : Nancy : 1982.
46. GOUBERT- GOUBERT J-P.
Initiation à une nouvelle histoire de la médecine.
Paris : Ellipses, 1998 ; 128p.
47. GRANIER D.
Robert BUNON, un précurseur de la pédodontie.
Le Chirurgien Dentiste de France, 1988, n° 447, p.54-63.
48. GRIGNON G.
Encyclopédie Illustrée de la Lorraine. Histoire des Sciences et Techniques. La Médecine.
Metz : Ed. Serpenoise ; Nancy : Presses Universitaires de Nancy, 1993 ; 271p.

49. GYOTINO B.
L'allaitement maternel d'hier à aujourd'hui. - 142f.
Thèse : Médecine : Nancy : 1991.
50. HEBERT J. A.
Le citoyen dentiste ou l'art de seconder la nature pour se conserver les dents.
Lyon : Louis Rosset, 1778 ; 94p.
Edition électronique, BIUM/numérisation 2004.
51. HELVETIUS J-A.
Traité des maladies les plus fréquentes et des remèdes propres à les guérir. Tome 1.
Paris : Le Mercier, 1724 ; 542p.
Edition électronique, BIUM/numérisation 200?.
52. HEMARD U.
Recherche de la vraie anathomie des dents, nature et propriété d'icelles,...
Lyon : B. Rigaud, 1582 ; 89p.
Edition électronique, BIUM/numérisation 2005.
53. HUARD P. et LAPLANE R.
Histoire illustrée de la pédiatrie. Tome 1.
Paris : Editions Roger Dacosta, 1981 ; 198p.
54. HUARD P. et LAPLANE R.
Histoire illustrée de la puériculture : aspects diététiques, socioculturels et ethnologiques.
Paris : Editions Roger Dacosta, 1979 ; 196p.
55. JOURDAIN A.
Traité des dépôts dans le sinus maxillaire, des fractures et des caries de l'une et l'autre mâchoire.
Paris : d'Houry, 1760 ; 387p.
Edition électronique, BIUM/numérisation 200 ?.
56. JOURDAIN A.
Essais sur la formation des dents comparées à celle de l'os.
Paris : d'Houry, 1766 ; 139p.
57. JOURDAIN A.
Traité des maladies et des opérations réellement chirurgicales de la bouche.
Paris : Valleyre, 1778 ; 640p.
Edition électronique, BIUM/numérisation 200?.
58. KROPKA N.
L'allaitement à travers les âges. - 102f.
Thèse : Pharmacie : Nancy : 1998.

59. LAFORGUE
L'art du dentiste, ou Manuel des opérations de chirurgie qui se pratiquent sur les dents...
Paris : Croullebois, Barrois, 1802 ; 396p.
Edition électronique, BIUM/numérisation 2004.
60. LALANNE C.
L'art dentaire à travers les âges.
Dossier d'Odonto-Stomatologie Homéopathique, 2006.
<http://www.homeoint.org/seror/odonto/lalanneart.htm>,
site consulté le 13/09/2009.
61. LAMBIN J-M. (sous la direction de)
Manuel scolaire d'Histoire pour les élèves de 2^{nde}.
Paris : Hachette éducation, 2001 ; 287p.
62. - LAMENDIN H.
Petites histoires de l'art dentaire d'hier et d'aujourd'hui.
Paris : l'Harmattan, 2006 - 200p.
63. LECLUSE
Nouveaux éléments d'odontologie, contenant l'anatomie de la bouche ou la description de toutes les parties qui la composent et de leur usage ; et la pratique abrégée du dentiste.
Paris : Delaguette, 1754 ; 285p.
Edition électronique, numérisation 2004.
64. LECLUSE
Traité utile au public...
Nancy : Thomas, 1750 ; 37p.
65. LEFEBURE C.
Une histoire de l'art dentaire.
Toulouse : Ed. Privat, 2001 ; 155p.
66. LEPINE P.
L'hygiène publique à Paris
dans La Médecine à Paris du XIII^e au XX^e siècle.
Fondation Singer-Polignac, sous la direction d'A. PECKER
Paris : Editions Hervas, 1984 ; 527p.
67. MAHON P. A. O.
Le dentiste observateur.
Paris : Millet, Méquignon, Morin, 1797 ; 284p.
Edition électronique, BIUM/numérisation 2004.

68. MARTIN B.
Dissertation sur les dents.
Paris : Denys Thierry, 1679 ; 153p.
Edition électronique, BIUM/numérisation 2004.
69. MERCIER L.-S.
Le tableau de Paris.
Paris : la Découverte, 2006 ; 354p.
70. MIKAILOFF N.
Les manières de propreté. Du Moyen Age à nos jours.
Paris : Ed. Maloine, 1990 ; 214p.
71. MOUTON C.
Essay d'Odontotechnie ou dissertation sur les dents artificielles.
Paris : Boudet, 1746 ; 176p.
Edition électronique, BIUM/numérisation 2004.
72. PECKER A.
La Médecine à Paris du XIII^e au XX^e siècle.
Fondation Singer-Polignac,
Paris : Ed. Hervas, 1984 ; 527p.
73. RAYBOIS J-P.
Le mal de dents et ses remèdes selon la tradition populaire lorraine. - 50f.
Thèse : Chirurgie Dentaire : Nancy : 1975.
74. RIBON P.
Guérisseurs et remèdes populaires dans la France ancienne.
Vivaraïs Cévennes : Ed. Horwath, 1983 ; 171p.
75. ROCHE C.
Evolution à travers les âges des remèdes populaires de la bouche et des dents. -
132f.
Thèse : Chirurgie Dentaire : Nancy : 2000.
76. RUEL-KELLERMAN M.
La littérature odontologique française du XVI^e au XVIII^e siècle : présentation des
principaux ouvrages.
Société Française d'Histoire de l'Art Dentaire
<http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/odonto.htm>,
site consulté le 16/03/09
77. SCHALK C.
Pierre fauchard, père de la dentisterie au XVIII^e siècle ; quelques praticiens
célèbres à son époque : en Europe et en Amérique. - 295f.
Thèse : Chirurgie Dentaire : Nancy : 1993.

78. SPAETH P.
Des remèdes aux douleurs dentaires, de la Haute Antiquité au XVIII^e siècle. -
155f.
Thèse : Chirurgie Dentaire : Strasbourg : 1981.
79. VAUTHIER T.
"De dolore dentium"-1ère partie
Revue Mensuelle Suisse Odontostomatologie, vol 116 ; 6/2006.
80. VIGARELLO G.
Histoire des pratiques de santé - le sain et le malsain depuis le Moyen Age.
Paris : Editions du Seuil, 1999 ; 390p.
81. VIRY-CHOFFEL C.
Allaitement maternel et santé bucco-dentaire du jeune enfant. - 142f.
Thèse : Chirurgie Dentaire : Nancy : 2005.
82. WESTPHALEN R. de
Petit dictionnaire des traditions populaires messines.
Metz : Impr. du journal Le Lorrain, 1934 ; 864p.
83. Dictionnaire de Chirurgie...
Paris, Lacombe, 1767 ; 694p.
Edition électronique, BIUM/numérisation 200 ?.
84. « remèdes de bonne femme » Encyclopédie des Expressions en ligne
<http://www.mon-expression.info>, site consulté le 23/11/2009.
85. « hygiène, histoire de l' » Encyclopédie Microsoft® Encarta® en ligne 2009
<http://fr.encarta.msn.com>, site consulté le 10/10/09.

Table des matières

Introduction	16
I. Le contexte historique	17
I.1. La situation politique et sociale	17
I.2. La société française	19
I.2.1. La France des campagnes	19
I.2.2. La France des villes	19
L'essor du commerce et les débuts d'une révolution industrielle	20
I.3. La présence de l'Eglise	20
I.4. Le siècle des « Lumières »	21
La culture des élites, et la culture du peuple	21
Les sciences et la philosophie des Lumières	21
II. L'enfant dans la société du XVIIIème siècle	24
II.1. Données démographiques	24
II.1.1. Effectifs de la population	24
II.1.2. Organisation familiale	24
II.1.3. Natalité	26
II.1.4. Espérance de vie	26
II.1.5. Mortalité	26
L'imposante mortalité des enfants	27
II.1.6. Diminution des descendance	29
II.2. Evolution du statut de l'enfant	29
II.2.1. Le statut social	29
Première moitié du siècle	29
Changements dans la seconde moitié du siècle	31
II.2.2. L'enseignement scolaire	33
Les petites écoles	33
Les collèges	34
Les pensions	34
Les universités	35
II.2.3. Les enfants abandonnés	35
II.3. L'industrie nourricière	37
II.3.1. Les nourrices sur lieux	38
II.3.2. Les nourrices au loin	38
II.3.3. Les mauvaises conditions de la mise en nourrice	40
II.3.4. Les changements après 1760	42

II.4.	L'alimentation.....	43
II.4.1.	L'allaitement.....	43
II.4.2.	L'alimentation artificielle	45
II.4.2.1.	L'alimentation artificielle lactée	45
	Les biberons	47
II.4.2.2.	L'alimentation artificielle non lactée	47
	Les fortifiants	47
	Les bouillies	49
II.4.3.	Le sevrage	52
II.4.4.	L'alimentation des adultes	54
II.5.	L'hygiène corporelle.....	56
II.5.1.	L'hygiène urbaine	57
	Le problème de l'approvisionnement en eau potable.....	58
	L'évacuation des déjections humaines	58
	Le problème des inhumations	59
II.5.2.	L'hygiène individuelle.....	60
II.5.2.1.	Le soin du corps.....	60
	La crainte de l'eau et la toilette sèche.....	60
	Les vêtements	61
	Les odeurs	61
	Les visages et les fards.....	61
	Les dents	62
	Les mains	64
	Les cheveux	64
II.5.2.2.	Ce que l'on conseillait pour les enfants	64
	L'emballotement.....	64
II.5.2.3.	Les appareils sanitaires	67
II.6.	La santé de l'enfant.....	69
II.6.1.	Les maladies de l'enfant	72
II.6.2.	La thérapeutique	72
II.6.3.	Les soigneurs	73
III.	La santé bucco-dentaire de l'enfant au XVIIIème siècle.....	75
III.1.	Les connaissances générales acquises par les « Experts pour les dents » .	75
III.1.1.	Nature et propriétés des dents	77
III.1.2.	Développement dentaire	82
	L'ordre d'éruption des dents.....	82
	L'odontogenèse.....	84
	De l'existence des racines des dents de lait	87
	Le mécanisme de résorption des racines.....	90

III.2. Diagnostic et traitement des maladies de la bouche chez l'enfant	93
III.2.1. Les accidents d'éruption de la première dentition	94
III.2.1.1. Le diagnostic	94
III.2.1.2. Les traitements	96
III.2.1.2.1. Les remèdes populaires dits de « Bonne Femme »	96
☒ Les fondements des remèdes populaires	98
- Cas de la souris et de la dent de lait	99
- Cas des reliques	100
☒ Croyances religieuses et Superstitions	100
Le culte des Saints guérisseurs	102
Le culte de l'aïeul	103
Le rôle de l'animal	103
Le renouvellement des dents	104
☐ Le port d'amulettes	105
Les amulettes d'origine animale	106
Les amulettes d'origine végétale ou minérale	109
☒ Les objets à sucer ou mastiquer	110
☒ La friction des gencives	111
III.2.1.2.2. Les soins préconisés par les Experts	113
☒ Les frictions de la gencive	113
☒ Les hochets	115
☒ La chirurgie	119
☐ L'hygiène et le régime alimentaire	120
III.2.2. Les anomalies dentaires	125
III.2.2.1. Les anomalies de nombre	125
III.2.2.2. Les dysmorphies	127
III.2.2.3. Les anomalies de structure	129
III.2.3. La carie	134
III.2.3.1. Etiologie	135
III.2.3.2. Formes cliniques	138
III.2.3.3. Les traitements proposés	140
Les matériaux d'obturation	146
III.2.4. Les traumatismes	146
III.2.5. Le bon arrangement des dents	149
Extraction de dents définitives	153
III.2.6. Hygiène et Prévention	156
III.2.7. Approche psychologique de l'enfant	161
Conclusion	165
Annexes	166
Eléments de biographie des auteurs cités	167
Table des figures	173
Table des références bibliographiques	176
Table des matières	185

BITTE Aline – Les soins de la bouche chez l’enfant au XVIIIème siècle.

Nancy 2010 : 143 f. : 46 ill. : 85 réf.

Th. : Chir.-Dent. : Nancy-I : 2010

Mots clés : Histoire

Santé bucco-dentaire

Odontologie pédiatrique

Siècle des Lumières

BITTE Aline – Les soins de la bouche chez l’enfant au XVIIIème siècle.

Th. : Chir.-Dent. : Nancy-I : 2010

Grâce à l’influence des Lumières, un sentiment nouveau de l’enfance se manifeste par une prise de conscience de sa spécificité. L’enfant occupe une place réelle dans l’organisation familiale et sociale.

Cependant, la mortalité infantile reste considérable, essentiellement due à une hygiène insuffisante, aux carences alimentaires, à la misère des classes populaires, à la faible efficacité de la médecine. La majorité de la population recourt toujours aux charlatans et aux remèdes empiriques.

L’essor intellectuel et scientifique du XVIIIème siècle permet l’épanouissement de l’Art dentaire et à la thérapeutique de devenir scientifique. Dans leurs publications, les « Experts pour les dents » consacrent une place importante à l’enfant, à l’étude de ses caractéristiques et aux soins qui leur sont propres.

Ces soins sont d’abord destinés à faciliter la première dentition, à prévenir les accidents d’éruption aux conséquences souvent dramatiques, mais sont aussi de réels traitements conservateurs. Ils préconisent les bonnes habitudes d’hygiène et n’hésitent pas à intervenir précocement pour faciliter le « bon arrangement » des dents définitives.

Ces écrits des « Experts pour les dents » attestent de la naissance de l’odontologie pédiatrique à cette époque des Lumières.

JURY :

<u>Madame C. STRAZIELLE</u>	Professeur des Universités	Président
Monsieur F. JANOT	Professeur des Universités	Juge
Madame D. DESPREZ-DROZ	Maître de Conférences	Juge
Monsieur A. WESTPHAL	Maître de Conférences	Juge
Madame C. CLEMENT	Docteur en Chirurgie Dentaire	Juge

Nom et adresse de l’auteur :

BITTE Aline

16-18 Rue Saint-Michel

54000 NANCY