

gicale ou par la destruction caustique; il est resté guéri pendant quelques mois; mais les ganglions étaient déjà infectés et ultérieurement l'adénopathie secondaire évoluée.

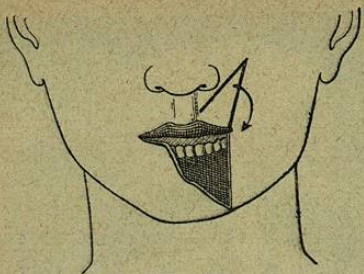


Fig. 83.

Chéiloplastie par le procédé d'Estlander.

Le traitement consiste dans l'ablation chirurgicale. Pour les cas ordinaires il suffit de deux coups de ciseau en V

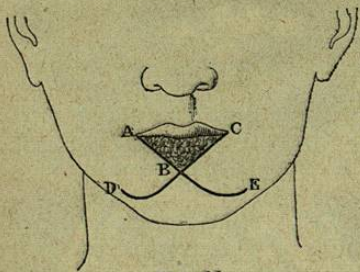


Fig. 84.

Chéiloplastie par le procédé de Syme.

pour enlever largement le mal; l'élasticité de la lèvre se prête à la suture même après de grandes ablations. S'il faut recourir à l'autoplastie on peut employer les procédés de Syme pour les épithéliomas médians et, dans le cas d'épithélioma commissural, le procédé d'Estlander.

CHAPITRE III

AFFECTIONS DES MACHOIRES

ARTICLE PREMIER

LÉSIONS INFLAMMATOIRES DES MACHOIRES

Les inflammations des mâchoires sont dominées, au point de vue de leur étiologie et de leurs formes anatomiques et cliniques, par un fait: la présence de dents implantées dans les os maxillaires. C'est de la dent que part ordinairement l'infection: cette infection a pour agents les microorganismes qui pullulent dans la bouche et, par moyen habituel de pénétration, la carie dentaire.

Une fois introduits, grâce à la carie, jusqu'à la cavité de la pulpe, les microbes infectieux peuvent envahir la substance même de l'os maxillaire, et ce processus d'ostéite comporte des degrés variables.

Si l'infection se limite au tissu fibreux interposé entre la racine dentaire et l'alvéole (périoste alvéolo-dentaire), il s'agit d'une *péri-odontite*. — Lorsque, sans gagner le corps même des maxillaires, l'inflammation s'étend sur une plus ou moins grande étendue au bord alvéolaire de l'os, c'est-à-dire aux parties osseuses recouvertes par la muqueuse, elle produit l'*ostéite du bord alvéolaire*, l'*ostéite sous-gingivale*. — Enfin, quand l'infection s'étend au corps même de l'os, c'est l'*ostéo-myélite des maxillaires*, capable de frapper de mort une partie plus ou moins grande de l'os, par dénudation périostique.

Donc, la dent et la cavité pulpaire (carie et pulpite); le

périoste alvéolo-dentaire (périodontite) ; le rebord alvéolaire (ostéite sous-gingivale) ; le corps même de l'os (ostéomyélite des

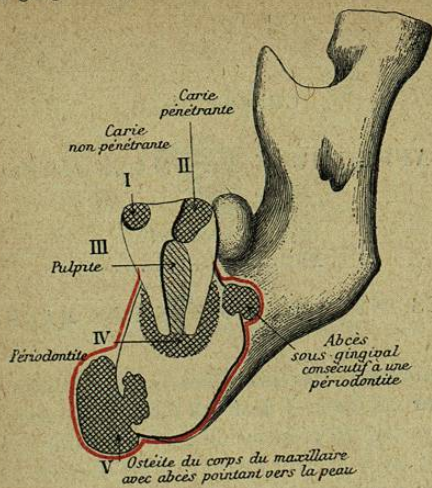


Fig. 85.

Schéma montrant les diverses étapes de l'inflammation des mâchoires, d'origine dentaire.

maxillaires) : telles sont les étapes, de gravité croissante, que peut parcourir l'inflammation des mâchoires.

I. — CARIE DENTAIRE ET PULPITE

La dent est naturellement bien défendue contre les agents microbiens : l'émail, qui recouvre la dentine au niveau de la couronne, est le plus dense de tous les tissus humains. Mais il est facilement attaqué par les acides : la cuticule de l'émail ou membrane de Nasmyth, inattaquable aux acides, est sa seule protection contre cette action corrosive ; or, cette cuticule est très altérable par les causes mécaniques, par l'usure surtout.

A la faveur des érosions qui l'entament, voici une brèche constituée à travers l'émail : dès ce moment, la dentine est mena-

cée ; les fermentations intrabuccales, qui s'opèrent aux dépens des débris alimentaires, donnent naissance à des acides qui entament, de dehors en dedans, la substance de l'ivoire.

Celle-ci tend à se défendre, une fois la brèche faite, en se densifiant, en se minéralisant : c'est un travail comparable à l'ostéite condensante. Dans les canalicules de la dentine, se déposent, molécule à molécule, des substances minérales qui transforment une zone d'ivoire en une masse compacte et uniforme ; cette masse de dentine néoformée prend généralement la forme d'un cône, dit *cône de résistance*, dont la base répond au dehors et dont le sommet tronqué est dirigé vers le centre de la dent. Grâce à ce travail de défense, la progression de la carie subit un retard, ou même un arrêt, dans sa marche. Si la dentine est progressivement détruite, la carie parcourt les degrés suivants : dans un premier degré, *carie non pénétrante*, l'altération détruit une partie de la dentine sans atteindre la cavité pulpaire ; dans un deuxième degré, *carie pénétrante et pulpite*, la destruction s'est étendue à toute l'épaisseur de l'ivoire et a ouvert la cavité de la pulpe ; cette dernière est infectée ; à partir de ce moment, il faut craindre la propagation de l'infection dentaire à l'os, à ses divers degrés.

II. — PÉRI-ODONTITES

On appelle *péri-odontite* l'inflammation du périoste alvéolo-dentaire : d'où ce terme synonyme de *périostite alvéolo-dentaire*. — Or, entre la dent et son alvéole, il n'y a pas de périoste, c'est-à-dire de membrane isolable comme il en existe autour des os. Ce prétendu périoste est un ligament, formé de faisceaux fibreux qui, des parois de la cavité alvéolaire, vont, en convergeant, s'insérer à la surface de la racine dentaire. Entre ces faisceaux tendineux, comme l'a montré MALASSEZ, il existe d'assez larges interstices remplis d'un tissu cellulaire lâche, riche en vaisseaux et en nerfs, communiquant avec les espaces médullaires voisins. Car, la cavité alvéolaire n'est qu'un espace médullaire agrandi ; et cela fait bien comprendre comment l'infec-

tion, une fois arrivée à la pulpe, grâce à la carie pénétrante, gagne l'alvéole et peut diffuser à l'os.

Au point de vue pathogénique et clinique, on distingue deux espèces de périodontites : l'une est la *périostite dentaire*, de cause locale, *ordinairement liée à une altération primitive et causale des dents*, carie pénétrante et pulpite ; l'autre, dite maladie de Fauchard, où les causes générales jouent un grand rôle, est une affection bien spéciale qui s'accompagne d'une *pyorrhée alvéolaire*, et qui est suivie d'un ébranlement progressif des dents pouvant aller jusqu'à leur chute, *sans qu'elles présentent d'altération apparente*.

I. *Péri-odontite dentaire*. — A la suite d'une carie pénétrante qui a entraîné l'infection de la pulpe, la loge alvéolaire a été ouverte aux microbes buccaux ; ou bien c'est une extraction dentaire septique qui a introduit les germes infectieux jusqu'au niveau de la membrane alvéolo-dentaire. Cette dernière commence par présenter une congestion pathologique, avec injection de la gencive et tuméfaction inflammatoire douloureuse de la pulpe : ainsi se forme la fluxion œdémateuse susceptible de résolution. Quand l'affection évolue vers la suppuration, les éléments du pus, se collectant entre le ciment et la membrane alvéolo-dentaire, décollent celle-ci sur une plus ou moins grande étendue, à partir du fond de l'alvéole. — Le pus, une fois collecté, se crée une issue : souvent il s'écoule par le canal de la racine resté béant ; dans d'autres cas, il chemine entre la membrane et le ciment et se fait jour au collet de la dent, sur le bord gingival, formant un phlegmon circonscrit qui bombe dans le sillon gingivo-labial ; ou bien, il se fraie un passage, par un travail d'ostéite raréfiante, à travers le tissu osseux péri-alvéolaire et apparaît, sous la forme d'un abcès dentaire, soit à la face cutanée, soit à la face muqueuse, du côté de la gencive ou du palais.

II. *Péri-odontite expulsive, ou maladie de Fauchard*. — En 1728, FAUCHARD, le premier, signala cette affection que JOURDAIN décrivit, cinquante ans plus tard, sous le nom de *suppuration conjointe des alvéoles et des gencives*. C'est en effet, cette suppuration des alvéoles, coïncidant avec des dents saines, qui

constitue le trait essentiel de la maladie ; la chute secondaire de ces dents est son second caractère, qu'ont bien exprimé les termes de *gingivite expulsive*, *alvéolite expulsive*, *péri-odontite expulsive*.

La pathogénie de cette affection reste obscure : parmi les causes locales, on a surtout incriminé la formation du tartre et l'infection ; parmi les causes générales, on accuse l'arthritisme, la sénilité précoce, amenant une résorption de l'alvéole. Les dépôts de tartre, qui sont surtout abondants chez certains arthritiques, ont un rôle indéniable : ce tartre, dur et sec, tendant à s'étendre en profondeur, gêne la nutrition du tissu gingival et du périoste alvéolo-dentaire ; il favorise, par sa texture spongieuse et par les irritations traumatiques qu'il exerce sur la gencive, la pénétration profonde des microbes de la bouche.

Quand la maladie est constituée, les dents correspondantes, généralement saines, sont entourées d'un rebord gingival enflammé : elles donnent au malade une sensation d'allongement dentaire. Si l'on presse sur la gencive décollée, on fait sourdre un suintement muco-purulent, pyorrhée alvéolaire. La suppuration gagne le fond de l'alvéole : la gencive, fongueuse, se détache de la dent qui se déchausse, devient douloureuse à la percussion, ne tient plus à l'alvéole que par de faibles adhérences, et finit par tomber. — Il ne faut pas confondre la maladie de Fauchard avec une affection singulière, la résorption progressive des arcades alvéolaires ou *mal perforant buccal*, dans laquelle les dents vacillent dans leurs alvéoles et s'expulsent, les bords alvéolaires disparaissant par usure. Cette affection n'a de commun avec la maladie de Fauchard que la chute spontanée des dents. Elle paraît se rattacher à l'ataxie locomotrice et, dans quelques cas, à la syphilis.

III. — OSTÉOMYÉLITE DES MAXILLAIRES NÉCROSE DES MAXILLAIRES

Étiologie. — L'ostéomyélite des maxillaires a pour causes ordinaires : 1° les suppurations propagées consécutives à la carie

dentaire; 2° les traumatismes chirurgicaux ou accidentels; 3° les infections générales.

La première cause est prépondérante : à la suite d'une carie pénétrante, avec gangrène septique de la pulpe, il s'est produit une péri-odontite; l'infection s'est propagée au corps même de l'os; cette propagation s'explique soit par la virulence particulière des agents infectieux, soit par des conditions de rétention septique (aurification ou plombage, après une insuffisante désinfection cavitaire; pose d'une dent à pivot).

Le traumastime accidentel (fracture ouverte) ou chirurgical (extraction incorrecte avec rupture du bord alvéolaire) agit de deux façons : d'une part, en détachant un fragment de ses connexions périostiques et vasculaires; d'autre part, en produisant secondairement la nécrose par l'infection et la suppuration.

Une infection générale peut déterminer, au niveau des maxillaires, un foyer de suppuration et de nécrose : cela s'observe après les fièvres éruptives, surtout après la scarlatine, où cette ostéite résulte des lésions septiques de la muqueuse buccale (nécrose exanthématique de *SALTER*); la grippe, l'infection puerpérale, l'ostéomyélite streptococcique ou staphylococcique de la croissance, doivent aussi être citées comme des causes de suppuration et de nécrose des maxillaires.

Il est une ostéite nécrotique que les classiques étudient à part sous le nom de nécrose phosphorée : elle s'observe chez les ouvriers employés dans les fabriques d'allumettes au phosphore blanc. Selon la théorie de *ROUSSEL* et de *MAGITOR*, la nécrose phosphorée débute toujours par une péri-odontite due à l'action directe des vapeurs phosphorées; et cette action s'exerce à la faveur d'une carie pénétrante mettant à nu la pulpe dentaire. Une fois introduits dans la cavité pulpaire, les germes infectieux de la bouche trouvent des conditions favorables à l'envahissement de l'os. Dans quelques cas, la nécrose phosphorée s'observe chez des sujets à dents saines; il faut admettre alors que les vapeurs de phosphore exercent leur action caustique sur les gencives et que l'infection gagne

l'os à la faveur de ces ulcérations de la muqueuse gingivale. de même que l'ostéite nécrotique s'observe dans les lésions ulcéreuses et gangréneuses de la muqueuse buccale, dans la gangrène de la bouche ou noma, dans la stomatite scorbutique, dans la stomatite ulcéro-membraneuse, dans la stomatite mercurielle.

Anatomie pathologique. — L'ostéite suppurée des maxillaires a pour conséquence habituelle la nécrose. La nécrose est plus fréquente au maxillaire inférieur qu'au supérieur : cela tient surtout à la facilité avec laquelle le périoste de cet os subit de larges décollements. Parfois, la nécrose se limite; le siège de ces nécroses partielles s'observe : 1° au niveau du rebord alvéolaire; 2° au niveau de l'angle et de la branche montante de la mâchoire inférieure. [Dans les formes hyperseptiques, à marche aiguë, le séquestre est promptement séparé du vif : la partie osseuse morte montre une surface blanche, lisse, sonnante sec. Quand la nécrose se produit lentement, ainsi que cela s'observe dans l'ostéite phosphorée, le séquestre, qui n'est point d'emblée frappé de mort, est travaillé par une ostéite raréfiante qui rend sa surface irrégulière et poreuse. De plus, des couches osseuses de nouvelle formation, dues à l'activité du périoste décollé, restent adhérentes à l'os ancien sous forme de lames spongieuses et raréfiées.

Le mode de réparation de la nécrose est très intéressant, du moins au maxillaire inférieur; car, en dehors de la voûte palatine, le corps de la mâchoire supérieure, creusé d'une cavité centrale, le sinus maxillaire, est presque inapte à la régénération osseuse.

La mâchoire inférieure, au contraire, se répare bien par l'ossification périostique comme l'ont établi *WAGNER*, *OLLIER* et *BROCA*. Lorsque la nécrose frappe le bord alvéolaire, l'os nouveau est constitué par deux lames, réunies en bas par un bord épais, et limitant un profond sillon dans lequel est reçu l'os ancien nécrosé : cette forme est due à ce que les bandes périostiques interalvéolaires ayant été détruites par la suppuration, les lames antérieure et postérieure du périoste, se rétractant, forment une gouttière ouverte en haut sur

laquelle se moule l'os périostique qui, en raison de cette rétraction même, a une moindre hauteur que le maxillaire ancien. Non seulement la mâchoire nouvelle est moins haute, mais elle est moins courbe que l'ancienne : cela tient à l'action des muscles génio-glosses, génio-hyoïdiens et digastriques qui, restant insérés sur le moule périostique, tendent à redres-

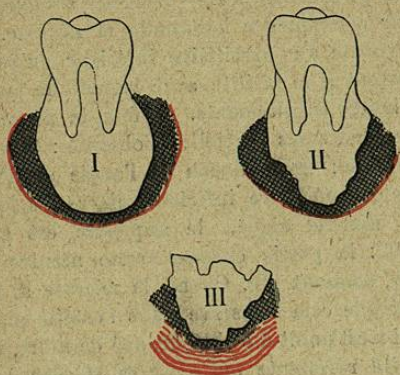


Fig. 86.

Schéma montrant la rétraction, des deux lames périostiques, externe et interne, décollées par le pus, du maxillaire inférieur, et l'os nouveau, plus bas, formant gouttière à la partie inférieure de l'os moyen.

ser son arc. Dans la nécrose du bord alvéolaire, le séquestre, libre par son bord supérieur, est porté à se libérer vers la cavité buccale : son élimination de ce côté est souvent spontanée ou chirurgicalement facile. Lorsque, au contraire, la nécrose frappe le corps de l'os ou ses branches, le séquestre tend à s'inclure dans une gaine osseuse, formée par le périoste des deux surfaces de l'os : l'élimination spontanée vers la peau est interminable ; des fistules cutanées se forment, qui ne se guérissent que par l'extraction du séquestre, attaqué par l'extérieur.

Symptomatologie. — Des douleurs vives dans la mâchoire avec tuméfaction de la gencive et de la joue marquent le début de l'ostéite suppurée. La suppuration s'établit parfois très

rapidement : le pus s'échappe par les alvéoles ou tend à se faire jour sous la forme d'un abcès vers la muqueuse buccale ou vers la peau. Cela évolue au milieu de phénomènes généraux parfois modérés, quelquefois d'une grave intensité, et d'une véritable septicémie aiguë.

Les signes de la nécrose sont variables suivant le siège du séquestre. Dans la nécrose du bord alvéolaire tout se passe, selon le mot de BÉRARD, dans l'intérieur de la bouche : sur la gencive, une ou plusieurs fistules s'établissent ; puis, le séquestre devient mobile ; il s'élimine spontanément ou s'extrait sans difficulté. — Lorsque la nécrose occupe le corps ou les branches montantes du maxillaire inférieur, on note une tuméfaction dure de la joue et de la région sous-maxillaire ; un pus abondant [et fétide] s'écoule par la bouche ; des fistules finissent par s'ouvrir à la peau dans la région de l'angle ; l'exploration intrabuccale, parfois très difficile à cause du trismus, fait constater que le stylet arrive sur une portion osseuse dénudée. Si l'on n'intervient pas, le malade est exposé, par l'écoulement incessant du pus dans la bouche et par la déglutition nocturne de ce pus, à une sorte de septicémie buccale chronique et à des pneumonies septiques de déglutition : cela s'observe surtout dans la nécrose phosphorée, où la mobilisation des séquestres, engainés par les ossifications périostiques, présente de périlleux délais.

Traitement. — Maintenir l'antisepsie buccale par des irrigations antiseptiques ; ouvrir de bonne heure les collections suppurées qui évoluent vers la muqueuse buccale : voilà le traitement de l'ostéite suppurée. Quand l'abondance intarissable de la suppuration intrabuccale, quand la persistance de la tuméfaction ou des fistules cutanées font penser à une nécrose, on admet maintenant l'indication d'une extraction précoce des séquestres. A la rigueur, dans les nécroses alvéolaires ou dans les formes qui se limitent, on peut attendre, sous la réserve d'une stricte antisepsie buccale, la mobilisation des séquestres. Mais dans les formes progressives, avec suppuration persistante, il faut procéder hâtivement, par une

incision extérieure, à l'extraction du séquestre ou même à la résection sous-périostée de l'os.

ACCIDENTS DUS A L'ÉRUPTION DE LA DENT DE SAGESSE

La troisième grosse molaire permanente a une éruption tardive, bien postérieure à celle des autres dents : selon le mot d'Urbain HÉMARD qui, dès le XVI^e siècle, fit connaître les accidents dus à son évolution, elle pousse hors des gencives, « au temps que l'homme commence d'entrer en sa gaillardise », de dix-huit à vingt-cinq ans en moyenne ; et, « parce qu'en cet âge l'homme doit avoir jugement », on la dit aussi dent de sagesse, « dent de prudence et de discrétion ».

Cette issue tardive hors de la gencive est marquée assez fréquemment (plus de 7 fois sur 100, d'après la statistique de CORNUDET) par des accidents mécaniques, inflammatoires ou nerveux, de gravité variable, indiqués avec précision par le mémoire de TOIRAC, en 1828, exposés avec clarté par la thèse d'agrégation d'HEYDENREICH en 1878, repris en détail par les travaux de MAGI-TOT, de REDIER, de MOTY, les thèses de CHEVASSU, COMOY et CORNUDET.

Étiologie et pathogénie. — Si l'on examine la mâchoire inférieure d'un enfant de douze à treize ans, aussitôt après l'éruption des deuxièmes grosses molaires permanentes, l'arcade dentaire paraît au complet, sans place disponible : chacune de ces deux dents est au contact de la base de l'apophyse coronoïde ; et il semble impossible qu'une dent nouvelle puisse venir prendre rang à ce niveau.

Cependant, à ce moment, la troisième grosse molaire poursuit, en pleine mâchoire, en avant de la base de l'apophyse coronoïde, son évolution : formée aux dépens d'un bourgeon épithélial, branché sur le cordon de la deuxième grosse molaire, la dent se constitue peu à peu, entourée de son sac folliculaire, et il est acquis que, dès la douzième année, un petit chapeau de dentine est visible sur la future dent de sagesse. — Progressivement, la couronne de la dent s'est achevée et les racines se constituent.

Au fur et à mesure que la coque d'ivoire de la couronne s'étend à la surface de la pulpe pour former la partie radiculaire de la dent, à mesure que la racine s'allonge ainsi, il arrive que la

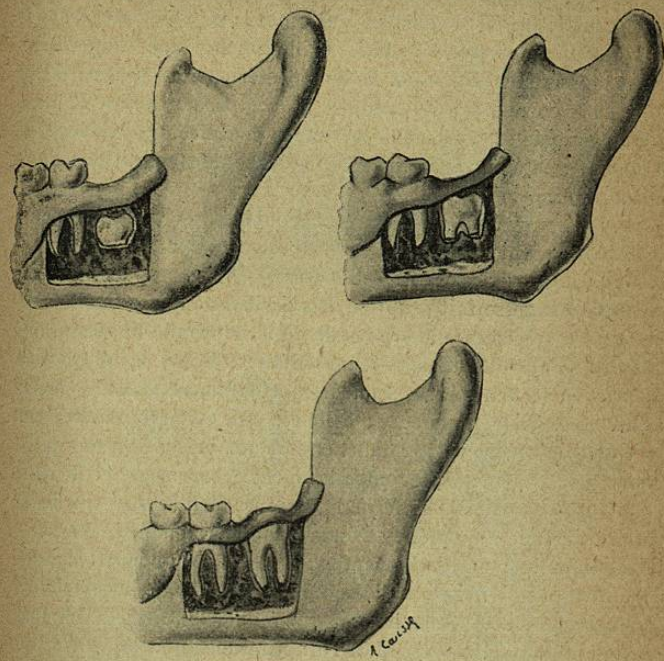


Fig. 87.

Schéma montrant les stades progressifs de l'évolution de la dent de sagesse inférieure : formation coronaire ; développement radiculaire ; ascension verticale de la couronne, vers la gencive.

dent, véritable corps étranger, de volume croissant, est à l'étroit dans le logement qui lui suffisait, primitivement, lorsqu'elle était réduite à sa seule couronne. Or, les racines ne peuvent s'enfoncer ni pousser, à la façon de racines pivotantes, dans le tissu résistant de la mâchoire. Donc, leur allongement progressif a pour résultat d'élever progressivement la portion coronaire

de la dent vers la gencive : peu à peu, grâce à la résorption du tissu osseux du bord maxillaire, vers la base de l'apophyse coronéide, voici la couronne de la troisième molaire permanente qui affleure la surface alvéolaire. En même temps que ce cheminement vertical s'effectue, qui amène la couronne sous la muqueuse gingivale, il faut évidemment que l'accroissement de la mâchoire, dans le sens postérieur, au-devant de la base de la coronéide, ait fait une place, permettant à la nouvelle venue de se caser dans la rangée dentaire, en arrière de la deuxième molaire permanente. Telles sont les conditions d'une normale éruption.

Or, ces conditions peuvent être troublées de diverse façon : obstacles venant des parties molles ; obstacles venant des parties dures ; complications infectieuses. — A l'époque de la vie où la dent de sagesse fait éruption, les gencives ont des qualités de solidité, de résistance à la poussée de la couronne dentaire, qui sont différentes de celles du jeune enfant : de là, un obstacle à l'éruption, la dent étant, selon le mot de CHASSAIGNAC, « enclavée » dans la muqueuse ; celle-ci, qui coiffe partiellement sa couronne, s'ulcère par machonnement, prise, comme entre l'enclume et le marteau, entre la surface coronaire et la dent opposée du maxillaire supérieur, toujours formée avant celle de l'inférieur ; elle se tuméfie et forme clapier retenant le pus.

L'insuffisance du développement postérieur du bord alvéolaire et l'absence d'un logement disponible, surtout à la mâchoire inférieure où la base de la branche montante limite l'espace, créent à l'ascension d'abord, à l'éruption ensuite, de la dent de sagesse, des obstacles ayant pour résultat de dévier la poussée normale de la dent et de provoquer, à la faveur d'une infection concomitante, des phénomènes inflammatoires, tantôt aigus, tantôt à marche lente et sourde. — Les déviations se font dans des directions variées ; et il est vraisemblable que leur orientation dépend non pas seulement des conditions mécaniques qui font obstacle à l'issue normale de la dent, mais encore de véritables *ectopies* du germe dentaire ; car la dent de sagesse est originellement exposée à ces anomalies d'emplacement : tandis que chaque dent naît d'un bourgeon branché directement sur celui

de la dent temporaire, le bourgeon qui donne naissance à la dent de sagesse ne se branche qu'en troisième division sur le bourgeon de la deuxième grande molaire, émané lui-même du

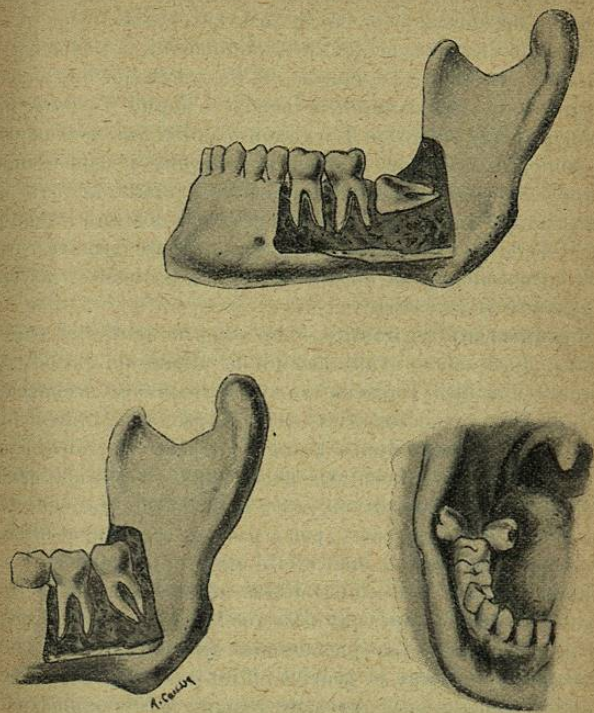


Fig. 88.

Schéma montrant les déviations de la dent de sagesse : déviée *en avant*, vers la deuxième grosse molaire ; ou enclavée *en arrière* dans le tissu spongieux de la branche montante ; ou déviée *en dehors* vers la joue ; ou *en dedans* vers la langue.

bourgeon de la dent de six ans. Si la deuxième molaire est restée très proche de la branche montante, la dent de sagesse est forcée de se caser en arrière, de s'élever dans le tissu spongieux de cette branche ou de s'incliner vers son bord postérieur ; par-

fois, elle se renverse au dehors, vers la joue; quelquefois en dedans vers la langue; plus souvent ayant poussé d'abord dans le bord de l'apophyse coronoïde et s'y trouvant arrêtée par les lames compactes qui, en haut, composent la pointe de cette apophyse, elle est obligée de se dévier en avant, tantôt simplement oblique, tantôt couchée presque horizontalement, enclavée entre la deuxième molaire et l'apophyse. — Or, à l'époque où la dent de sagesse fait son éruption, la bouche n'a plus l'asepsie du jeune âge et une condition d'infection buccale, qui nous paraît importante, est créée par la carie qui souvent a déjà frappé d'autres dents: de là, des complications inflammatoires ou infectieuses qui sont absentes dans l'éruption dentaire infantile et qui vont de la simple ulcération septique des gencives jusqu'aux adéno-phlegmons du cou et à l'ostéo-périostite, parfois nécrosante de la mâchoire.

Symptômes et diagnostic. — Un sujet de dix-huit à vingt-cinq ans, quelquefois ayant atteint la trentaine, exceptionnellement plus âgé (TOURAC a vu ces accidents se déclarer à quarante-cinq ans, JOURDAIN à soixante ans, RICHER à soixante-six ans) présente, à la partie reculée du bord gingival maxillaire inférieur, des phénomènes inflammatoires, de la douleur à la mastication (parce qu'il mâche sa muqueuse sur la couronne sous-jacente); peu à peu, cet écrasement ulcère la muqueuse; et l'on voit une calotte gingivale, tuméfiée, retenant un peu de pus ou quelques débris alimentaires, et recouvrant un corps blanc, dur, qui n'est que la couronne de la dent en voie d'éruption. Ces phénomènes inflammatoires ne se limitent point toujours à la gencive: il est des cas où l'attention n'est attirée que par des symptômes d'angine (*forme angineuse*); d'autres où l'inflammation gagne le groupe ganglionnaire sous-maxillaire ou rétro-angulaire (*forme avec adénite*); d'autres où prédominent les phénomènes douloureux, bien explicables par la situation des racines de la dent, souvent cariées précocement, au voisinage de l'orifice du canal dentaire (*forme névralgique*).

Quand la troisième molaire au lieu de sortir à la gencive se dévie en dehors ou en dedans, elle peut, dans le premier cas,

perforer la muqueuse de la joue, dans le second provoquer, sur le bord correspondant de la langue, une ulcération douloureuse, d'un gris sale, à bords taillés à pic, parfois indurés, qui guérit après l'ablation de la dent.

Lorsque la dent de sagesse est plus ou moins *incluse* ou *déviée* dans l'épaisseur du maxillaire, et lorsqu'une infection se surajoute à cette position ectopique en plein os, des accidents osseux se déclarent: souvent bornés à une simple périostite. Ils peuvent prendre l'aspect d'une ostéo-périostite grave. Un symptôme essentiel, qui d'ailleurs peut s'observer même dans les formes légères, gêne le diagnostic et aggrave les phénomènes: c'est un thrismus, soit par contracture réflexe, soit par myosite du masséter et du ptérygoïdien interne, qui tient les dents serrées, empêche l'examen, gêne l'alimentation; la langue et les gencives se couvrent d'un enduit blanchâtre; l'haleine est fétide; l'abcès formé s'ouvre ordinairement dans la bouche, quelquefois au dehors vers l'angle de la mâchoire, parfois au milieu de la joue, rarement à distance, par longues fusées cervicales, jusque vers la clavicule. Et ces lésions sont rebelles: la suppuration persiste; des séquestres peuvent se former qui l'entretiennent. Dans quelques cas exceptionnellement septiques, la mort peut survenir par thrombo-phlébite des plexus veineux.

Traitement. — Dans le cas d'un encapuchonnement de la couronne par une muqueuse décollée, ulcérée, achever de débri-der largement, d'un coup de thermo ou de bistouri, exciser le lambeau tuméfié de la muqueuse, formant chapeau. Le thrismus crée souvent une difficulté d'accès, que l'anesthésie ne suffit pas à surmonter et qui nécessite un écartement forcé des mâchoires; l'extraction se fait au davier de Witzel, après dislocation par l'élevateur de Lecluse. Il nous est arrivé plusieurs fois de passer par en dehors, en raison du thrismus et d'aborder la gencive par décollement de la joue, après incision contournant la partie postérieure du maxillaire inférieur.