

dans chaque racine, une mèche d'ouate chargée de créosote, et je la laisse à demeure. Je ferme la cavité pendant huit à quinze jours, selon les cas, avec de la gutta-percha.

Ce temps écoulé, j'ouvre la cavité, j'enlève les pansements désinfectants, je nettoie à nouveau les racines, et j'y fais passer, autant que possible, l'aiguille de Saladin. Cette aiguille s'adapte sur une pointe de thermo-cautère et se chauffe par contact. La chaleur qu'elle développe dans le canal suffit à le stériliser.

Le nettoyage des racines étant opéré, et l'antisepsie assurée, je bouche les racines, comme s'il s'agissait d'une carie pénétrante non infectée.

#### MALADIES DE L'ARTICULATION DENTAIRE

La dent est fixée dans son alvéole par une bride de fibres élastiques, s'insérant, d'une part, au sommet de la dent, d'autre part, après un trajet oblique, au bord libre de l'alvéole. Ce tissu, cette membrane, l'ancien périoste dentaire, est plutôt considéré, de ce fait, comme un *ligament* destiné à supporter la dent pendant la mastication et à empêcher de comprimer la partie nerveuse, le filet radulaire. Ce ligament et ses moyens de fixation constituent l'*articulation dentaire*, et leurs maladies s'appellent, non plus des périostites, mais des *arthrites*. J'emploierai cependant, pour ne pas faire de confusion, indifféremment ces deux termes.

Les *arthrites dentaires* sont de nature infectieuse. Bien que l'on ait soutenu jadis qu'il y avait des périostites d'origine non infectieuse, on admet plus généralement aujourd'hui, que le rhumatisme, le diabète, créent plutôt un terrain de moindre résistance sur lequel évoluent plus rapidement et plus facilement les microbes dont la virulence est exaltée. La diathèse, toutefois, donnera à l'arthrite un caractère particulier (polyarthrite de Rédier).

L'infection peut se faire par l'intermédiaire d'une carie et du canal radulaire; elle donne lieu à une arthrite d'origine interne, l'*arthrite dentaire*.

Cette infection peut venir du dehors, la dent étant ou n'étant pas cariée. Les microbes s'insinuent à travers les bords gingivaux décollés et vont infecter et le ligament et l'alvéole, pour donner l'*ostéo-périostite alvéolaire* ou *pyorrhée alvéolaire*.

*Nature des microbes.* — Des études qui ont été faites par Vignal, Galippe et Milles, il ressort qu'il n'y a pas de microbes spécifiques dans les arthrites. Les infections des arthrites sont polymicrobiennes et ne renferment que les microbes communs de la bouche.

#### PÉRIOSTITE ALVÉOLO-DENTAIRE

Elle a pour cause la pénétration, à travers le foramen de la dent, des éléments septiques de la cavité pulpaire dans l'alvéole. Ces éléments septiques sont refoulés pendant la mastication, ou pendant le traitement intempêtif des caries pénétrantes infectées, gagnent de proche en proche, par l'intermédiaire des vaisseaux pulpaire.

La périostite alvéolo-dentaire est ou aiguë ou chronique. Dans la périostite aiguë, la dent est soulevée et sensible au choc. La mastication est impossible. Le périoste est distendu; il forme un bourrelet, qui, par la gêne circulatoire qu'il cause, favorise la stase veineuse et donne lieu à la fluxion.

Au début, il y a peu et même pas de pus collecté sous le périoste. Aussi, les coups de bistouri destinés à donner issue au pus, dans cette période de la périostite, restent-ils le plus souvent sans résultat, au grand étonnement de l'opérateur et au grand désespoir du patient. A cette période de la maladie, l'infection peut s'arrêter ou continuer.

Elle s'arrête, lorsqu'on a ouvert largement les canaux de manière à donner aux agents infectieux une issue vers l'extérieur. Si elle continue, le pus se collecte, et s'évacue soit par le canal radiculaire, soit par la gencive, soit par le bord alvéolaire, au niveau du collet de la dent.

**Traitement.** — 1° *Supprimer la douleur.* — Les émissions sanguines, avec des sangsues, avec des incisions, ne soulagent que momentanément. Je préfère recommander des bains de bouche, répétés, avec la préparation suivante :

Racine de guimauve..... 25 gr.  
Têtes de pavot moyenne..... n° 4

Faire bouillir pendant dix minutes dans un litre d'eau, — passer et ajouter immédiatement :

Acide borique..... 40 gr.

Tenir au frais, — faire chauffer fortement la quantité nécessaire pour un lavage.

On peut encore faire rincer la bouche, avec un verre d'eau bouillie, dans lequel on met 4 gramme d'antipyrine ou bien avec une solution de chloral au 1/100.

A l'intérieur, on fera prendre 1 gramme d'antipyrine, à laquelle on joindra 1 gramme ou 2 de salicylate de soude par jour, si le patient est rhumatisant.

2° *Evacuer le pus.* — Il faut ouvrir la chambre pulpaire le plus vite possible, pour éviter une collection purulente. Si la collection se forme, il faut donner issue au pus rapidement, soit avec le bistouri, soit, ce qui est mieux, avec une pointe fine de thermo ou de galvano-cautère.

Dans les cas chroniques, l'abcès s'enkyste et il faut aller le chercher quelquefois en trépanant l'alvéole. Il

est parfois indiqué, dans ces cas, de faire la résection du bout de la racine infectée. Cette résection peut se faire sur place, soit avec une fraise, soit avec un petit ciseau à émail et un maillet. Il est bon, pour pratiquer cette opération, de faire une injection de cocaïne ou d'endormir le malade.

La résection de l'extrémité de la racine peut se faire hors de la bouche, après extraction. On fait ensuite une greffe par restitution.

Quand on a à traiter une dent obturée, ayant donné lieu à des accidents infectieux, comme ceux que je viens de décrire, on peut donner issue au pus, surtout s'il n'est pas trop abondant, en faisant un *drainage* de la dent. Ce drainage consiste à ouvrir la chambre pulpaire de la dent, au moyen d'un foret.

Il est bon de tenir ce canal ouvert, en y passant une aiguille de temps à autre.

3° *Empêcher la réinfection.* — Dès que le pus est évacué, il faut nettoyer complètement la dent, curetter les racines avec soin, les obturer antiseptiquement et boucher la dent.

Il faut encore, pour mettre l'alvéole à l'abri d'une réinfection, guérir les fistules dentaires. Dans le cas de fistule simple, sans lésions osseuses, la suppression pure et simple de la cause, l'enlèvement des débris radiculaires, et une injection de créosote ou de sublimé au 1/1.000<sup>e</sup>, pratiquée au travers du canal radiculaire, suffisent souvent.

Lorsque le tissu osseux est atteint, il faut en faire un grattage avec une curette ou bien avec une fraise, après avoir préalablement trépané l'alvéole.

Lorsqu'il y a résorption alvéolaire, il faut supprimer tous les clapiers, et promener la pointe du thermo-cautère dans les divers culs-de-sac.

Si l'on a affaire à un patient craintif, on peut essayer l'acide chromique en solution concentrée, que l'on fait pénétrer entre la gencive décollée et la dent. Ce procédé est long et souvent inefficace. Il est à rapprocher des badigeonnages antiseptiques à la teinture d'iode, que l'on fait pénétrer dans les culs-de-sac.

4° *Empêcher la chute des dents ébranlées.* — Lorsque le ligament dentaire a été détruit par l'infection, la dent remue, s'allonge et menace de tomber. Il est bon de la fixer aux dents voisines avec un fil de soie ou de la consolider avec un appareil prothétique de maintien.

5° *Décongestionner les tissus voisins.* — Cette décongestion se fait par des cautérisations légères au thermo-cautère.