

de l'extrémité de la racine. Il faut, dans ce cas, sectionner la partie malade.

J'ai fait, il y a sept ans, chez une personne atteinte d'arthrite chronique, avec infection du bout de la racine, une greffe par restitution d'une canine supérieure. J'ai dû sectionner un centimètre de la racine. J'ai obturé à l'or le canal radiculaire. Les douleurs, qui duraient depuis quatre ans, ont disparu complètement, et la canine est encore, à l'heure actuelle, d'une solidité à toute épreuve.

La greffe ne doit pas être tentée chaque fois qu'il y a une infection profonde de l'alvéole et des tissus voisins.

Elle sera essayée, quand il n'y a qu'un léger degré d'ostéite, mais après avoir gratté le fond de l'alvéole malade avec une fraise montée sur le tour dentaire et préalablement aseptisée.

Elle sera toujours rejetée, chez les affaiblis, les diabétiques, et en général chez les débilités.

EXTRACTION DES DENTS

L'extraction des dents est l'une des opérations de la chirurgie dentaire qui nécessite, de la part du médecin, le plus de sang-froid, de science et surtout d'expérience. Je vais dire, en quelques mots, quelles sont les dents qu'il faut enlever et comment il faut les enlever. Je me bornerai à parler des cas simples.

Indications de l'extraction. — 1° *Dents de lait.* — Les dents de lait ne doivent être enlevées qu'à la dernière extrémité, quand elles sont un obstacle à l'évolution normale des dents permanentes ou lorsqu'elles nuisent à la santé générale de l'enfant, en empêchant sa mastication et en troublant son sommeil. Il est bien entendu que l'on doit soigner et obturer les dents de lait, chaque fois que l'état de la dent le permet.

2° *Dents permanentes.* — L'on est autorisé à enlever des dents permanentes saines : 1° dans un but d'orthopédie, lorsqu'il y a disproportion entre les arcades dentaires et le volume des dents ; 2° dans un but thérapeutique, pour éviter certains accidents des dents de sagesse.

Le plus souvent l'extraction des dents permanentes se fait pour des dents malades. Cette extraction est indiquée lorsque l'infection de la dent et des tissus voisins est telle qu'il n'y a pas lieu de croire à une guérison. La conser-

vation d'une dent contenant du pus crée un foyer d'infection qu'il faut à tout prix éviter.

Contre-indications de l'extraction. — Les contre-indications à l'extraction viennent surtout de l'état général. Il est certain que les maladies de cœur avancées, certains états nerveux, la grossesse chez les femmes impressionnables, doivent faire ajourner toutes les extractions qui ne sont pas d'une urgence déclarée. La fluxion, les périostites, les abcès alvéolaires, les adéno-phlegmons, ne doivent pas empêcher de pratiquer l'extraction. Au contraire, l'extraction, faite dans ces conditions, présente souvent un réel avantage. Elle provoque une émission sanguine qui décongestionne les tissus voisins et permet à l'alvéole d'éliminer les produits septiques qu'il renferme.

Instruments nécessaires pour l'extraction. — L'instrument le plus anciennement connu pour l'extraction des dents est, à coup sûr, la *clef de Garangeot*. C'est un instrument à abandonner à cause de la force brutale avec laquelle il opère. Sans anesthésie, la douleur que provoque cette clef est certainement le double de celle qu'occasionne le davier. La contusion de la muqueuse, les fractures alvéolaires et les infections consécutives à ces lésions sont des accidents fréquemment observés après l'emploi de cet instrument.

Les *daviers*, ou pinces à mors variés, sont les seuls instruments avec lesquels on doit extraire les dents. Ils ont sur la clef l'avantage de laisser à l'opérateur le contrôle de la force employée, et ils exposent moins aux accidents du côté de la muqueuse.

Les daviers que j'emploie sont les daviers anglais, fabriqués par la maison Ash, de Londres.

Les daviers strictement nécessaires au praticien sont au nombre de six, savoir :

1° Un davier pour les incisives, canines et les prémolaires du haut, n° 1, de la série de Ash (*fig. 8*).

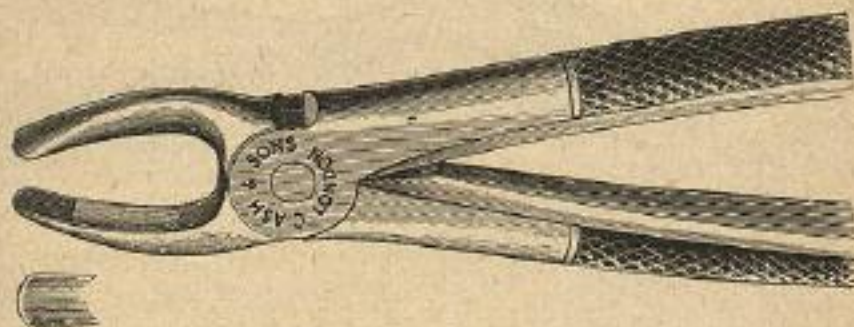


FIG. 8.

2° Un davier pour les grosses molaires du haut, côté gauche, n° 18, de la série de Ash (*fig. 9*).

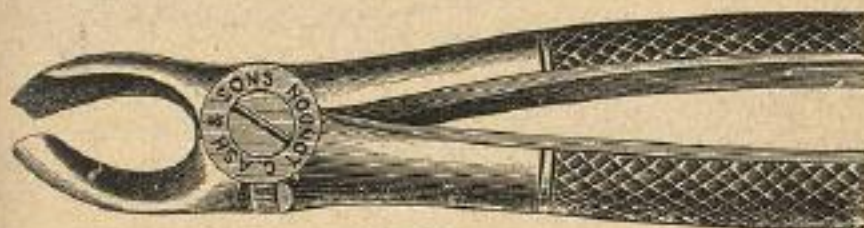


FIG. 9.

3° Un davier pour les grosses molaires du haut, côté droit, n° 17, de la série de Ash (*fig. 10*).

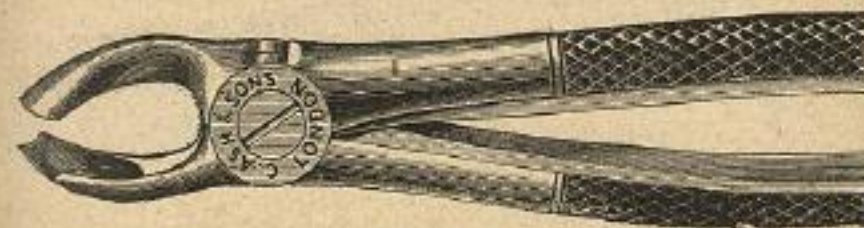


FIG. 10.

4° Un davier pour les racines du haut, pour les dents de sagesse du haut et, par extraordinaire, pour certaines racines du bas, n° 88, de la série de Ash (fig. 11).

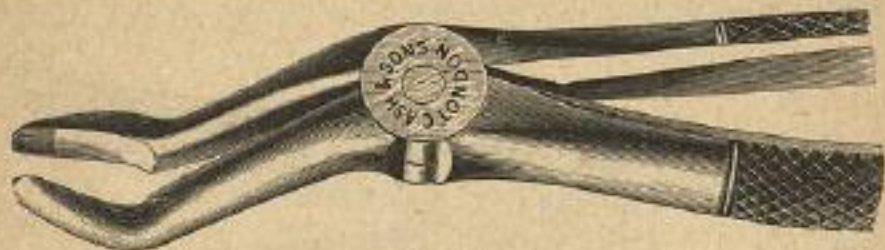


FIG. 11.

5° Un davier pour les incisives, canines, prémolaires et racines du bas, n° 75, de la série de Ash (fig. 12).

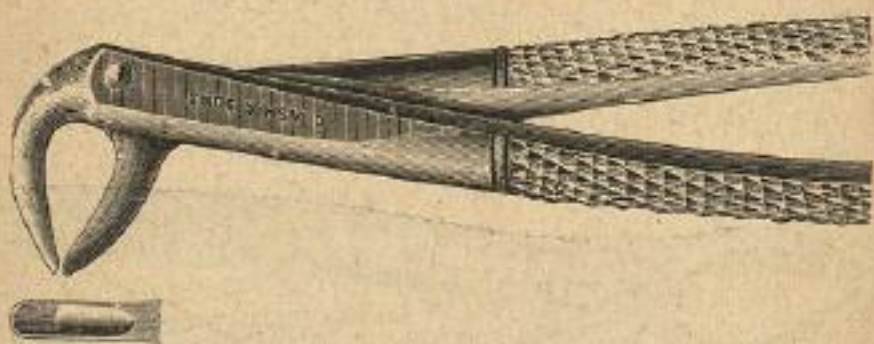


FIG. 12.

6° Un davier pour les grosses molaires du bas, n° 73, de la série de Ash (fig. 13).

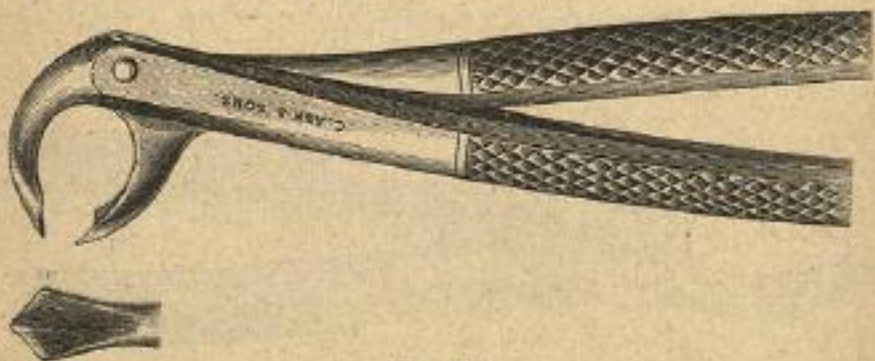


FIG. 13.

Les médecins qui voudront avoir un arsenal bien monté feront bien d'ajouter aux daviers mentionnés ci-dessus deux autres daviers servant à la luxation de certaines dents.

L'un est pour la luxation des dents du haut, c'est le n° 55 de la série de Ash (fig. 14). Ce davier peut être également utilisé pour sectionner les racines des dents du haut.

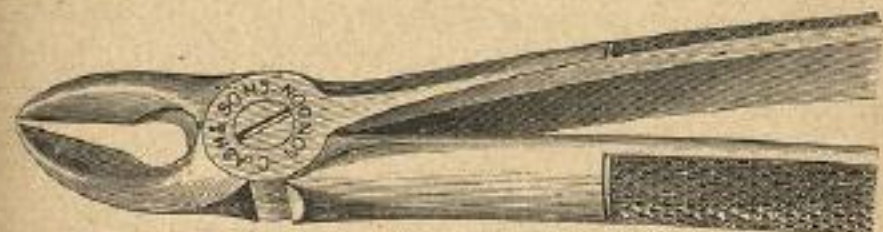


FIG. 14.

L'autre est adopté exclusivement pour la luxation des dents du bas. C'est le n° 3 de la série américaine (fig. 15).



FIG. 15.

Les *élévatoires* sont des leviers coudés servant à l'extraction de certaines racines trop cariées pour être

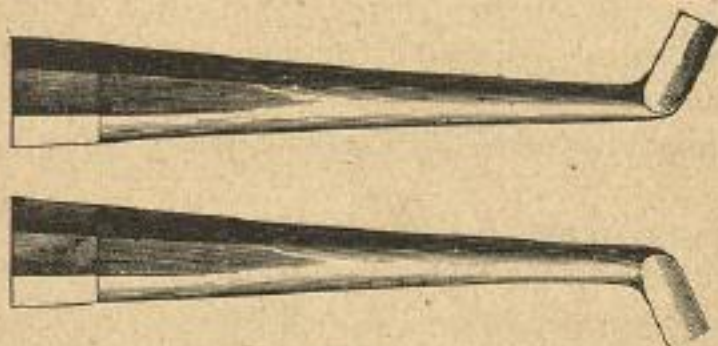


FIG. 16.

saisies entre les mors du davier. Deux élévatoires sont nécessaires. J'en donne ci-dessus la figure (fig. 16).

La *langue de carpe* est un levier de forme spéciale destiné à enlever par luxation les dents de sagesse. La langue de carpe peut être remplacée par les élévatoires.

Manuel opératoire. — La stérilisation des daviers doit être faite soigneusement, d'abord pour mettre le patient à l'abri de la transmission possible d'une maladie contagieuse, la syphilis surtout, ensuite pour éviter les accidents infectieux alvéolaires consécutifs à l'extraction. Cette stérilisation peut se faire de différentes façons. Je ne parle pas de l'étuve, que peu de médecins ont à leur disposition. Le moyen le plus simple consiste à faire bouillir les daviers dans un récipient couvert pendant vingt minutes. Les daviers doivent être toujours couverts d'eau pendant l'ébullition. Mettre dans l'eau un peu de carbonate de soude. Un autre procédé simple réside dans le flamage. Ce flamage peut se faire de deux façons : 1° en arrosant les daviers d'alcool à 90° et en y mettant le feu ; 2° en les passant soigneusement dans une flamme de bec Bunsen. Éviter de détremper les daviers.

Le davier doit être saisi entre les doigts de façon à pouvoir être manié facilement. Je n'indiquerai pas la place que les doigts doivent occuper, ce serait compliquer cette description inutilement. Chacun trouve vite le moyen de se servir de cet instrument. Je diviserai l'opération de l'extraction en quatre temps.

PREMIER TEMPS. — *Pénétration du davier.* — Les mors du davier doivent être insinués entre la gencive qu'ils décollent, l'alvéole qu'ils dilatent et la dent. Cette pénétration n'est pas toujours facile. Elle est favorisée

par des mouvements de latéralité, en lacets pour ainsi dire.

DEUXIÈME TEMPS. — *Adaptation du davier sur la dent.* — La préhension de la dent doit se faire très haut, autant que possible au niveau des racines. La pression à exercer sur la dent par l'intermédiaire du davier doit être limitée à l'effort nécessaire pour l'extraction de la dent. Pour mesurer cette pression, il est bon de tenir deux doigts entre les mors du davier, l'annulaire et le petit doigt. La pression se fait entre la paume de la main, d'une part, et l'index et le médium, d'autre part. Le pouce se place sur les deux branches du davier et sert à maintenir l'instrument bien assujéti dans la main.

TROISIÈME TEMPS. — *Luxation de la dent.* — La luxation, c'est-à-dire la mobilisation de la dent, se fait d'une façon différente, selon la dent. Elle doit se faire, en général par des mouvements de rotation pour les incisives et les canines du haut, et pour les prémolaires du bas. Pour les incisives et les canines du bas, cette luxation se fait plutôt par des mouvements d'avant en arrière. Pour les molaires du haut et du bas, elle s'opère par des mouvements de latéralité. Pour les dents de sagesse, elle se fait surtout, lorsqu'il reste une série de dents formant point d'appui, par l'intermédiaire des deux daviers à luxation que j'ai indiqués plus haut. Ces daviers soulèvent la dent, la luxent, mais ne doivent pas l'extraire. Cette extraction se fait au moyen d'un autre davier qui ne sert que d'instrument d'extraction.

QUATRIÈME TEMPS. — *Extraction proprement dite.* — Dès que la luxation de la dent est opérée, il faut l'extraire de son alvéole. Cette extraction doit se faire sans précipitation, par un mouvement d'abaissement ou

de relèvement des branches du davier. Ces mouvements d'abaissement ou de relèvement ont pour effet de rapprocher les branches de l'instrument du maxillaire sur lequel on opère. Il faut éviter de tirer sur la dent, dans son axe. Lorsque l'on opère de cette façon, il n'est pas rare d'aller buter avec le davier, contre les dents de la mâchoire opposée. Ce choc brusque peut être la cause de fracture des couronnes de ces dents par cause indirecte.

L'élevatoire se saisit à pleine main et s'insinue entre l'alvéole et la racine à extraire. Il suffit, une fois l'introduction faite, de faire tourner le bout de la palette vers la racine pour que celle-ci sorte de l'alvéole. Le point d'appui se prend, avec cet instrument, sur les bords de l'alvéole ou contre les dents voisines, lorsque les dents sont suffisamment résistantes. La langue de carpe s'introduit entre la dent de sagesse et les autres dents. Il faut avoir soin d'en maintenir la pointe avec le doigt introduit dans la bouche et protégé avec un linge. J'ai dit qu'elle pouvait être facilement remplacée par un élevatoire.

L'emploi des élevatoires et de la langue de carpe demande une certaine expérience.

Position du patient et de l'opérateur. — Le patient sera assis, bas pour les dents du bas; dans une position plus élevée et la tête renversée légèrement en arrière, pour les dents du haut. L'opérateur se placera à la droite du patient pour toutes les dents autres que les molaires du bas. Pour les molaires du bas, du côté gauche, il se placera à gauche. Pour les molaires du bas, du côté droit, il se placera en arrière, sur un socle, de manière à surplomber le patient. Cette position laisse pénétrer dans la bouche beaucoup de lumière.

La main gauche doit maintenir la tête ou le maxillaire du bas pendant l'opération.

Difficultés et accidents de l'extraction. — **Cas difficiles.** — L'extraction est, en général, facile. Les difficultés que l'on rencontre proviennent surtout de la mauvaise situation de la dent ou de la racine à extraire, de l'écartement des racines et de la grande densité du maxillaire.

Les dents de sagesse du bas incomplètement évoluées, serrées entre la branche montante du maxillaire et les autres dents, offrent une grande résistance. C'est dans ce cas que la langue de carpe trouve son indication.

Les dents très creuses s'enlèvent plus facilement quand on a la précaution de remplir leur cavité avec un peu de mastic dentaire. Les racines creuses ou ramollies doivent se luxer à l'élevatoire.

Il arrive parfois qu'une racine est enfoncée entre deux dents voisines formant voûte au-dessus d'elle. On peut, dans ce cas, ou bien écarter les dents avec un coin de bois pendant quelques jours, ou bien faire sauter la paroi externe de l'alvéole et luxer à l'élevatoire.

Fractures. — **1° Des dents.** — Elle est plus fréquente chez les personnes âgées, à cause de la densité plus grande du tissu alvéolaire et de la plus grande friabilité des dents.

Après avoir fracturé une dent, on peut, si l'on est sûr de soi, tenter l'extraction immédiate des racines. Dans le cas contraire, s'il n'y a pas d'infection à craindre, mieux vaut s'abstenir. Au bout d'un certain temps, les racines sortent de l'alvéole et offrent plus de facilité pour l'extraction. Lorsque la pulpe a été mise à nu, il est bon, si on laisse les racines en place, de faire l'extrac-

tion de cette pulpe ou, au moins, sa cautérisation avec le thermo ou le galvano-cautère.

2° *Des maxillaires.* — Les fractures partielles du rebord alvéolaire ou du maxillaire ne sont pas rares, surtout lorsque l'on emploie la clef de Garangeot. Il est nécessaire d'enlever de suite l'esquille pour éviter la suppuration et de faire des lavages alvéolaires antiseptiques. Les fractures complètes sont heureusement rares. Elles se rencontrent chez les sujets à tissu osseux mou, chez les rachitiques, les ostéomalaciques, etc. Il est bon, chez ces prédisposés, de redoubler de précautions au moment de l'extraction et de ne pas faire de grands efforts, surtout avec le levier. Quand l'accident s'est produit, il faut cesser toute intervention et traiter la fracture par les moyens appropriés, en ayant bien soin de faire une antiseptie rigoureuse de la bouche.

Hémorrhagies. — Les hémorrhagies après l'extraction, sont rares. Quand l'hémorrhagie est *modérée*, elle cède souvent à des lavages chauds. Quand elle est plus *intense*, il faut tamponner l'alvéole avec des boulettes trempées dans une solution d'antipyrine au 1/10^e et faire de la compression sur le tampon obturateur au moyen d'un morceau de bouchon taillé, pressé par la mâchoire antagoniste. J'ai eu plusieurs fois de bons résultats en bourrant l'alvéole avec de la cire vierge préalablement ramollie. On enlève cette cire au bout de vingt-quatre ou de quarante-huit heures, selon le cas.

Quand l'hémorrhagie est très *grave*, comme chez les personnes atteintes de purpura ou d'hémophilie, la mort peut survenir par épuisement. Il faut alors faire des tamponnements et agir sur la maladie générale, soit avec de l'hamamélis, soit avec l'ergotine, soit par tout

autre moyen. La position horizontale est moins favorable que la position verticale.

Ouverture du sinus. — Cet accident se produit lorsque l'on enlève des racines de molaires du haut. Il faut se garder de donner trop de pression sur la face inférieure du sinus.

Lorsque l'accident s'est produit, et l'on s'en aperçoit par l'écoulement de sang qui se fait par le nez, l'on doit simplement redoubler de vigilance au point de vue de l'antiseptie de la bouche, et attendre, pour intervenir, qu'il y ait une indication d'urgence (empyème).

Infection et abcès alvéolaires. — Cet accident fréquent dans les bouches malpropres, ou lorsque l'on s'est servi d'un instrument mal nettoyé, peut parfaitement être évité par une bonne hygiène prophylactique. Il faut, avant d'enlever une dent, faire, sinon le nettoyage de toutes les dents, ce qui est préférable, au moins le nettoyage de la dent à enlever. Dès que l'extraction est terminée, il est bon de faire dans l'alvéole des lavages avec une solution ainsi constituée :

Acide phénique.....	1 gr.
Glycérine.....	10 —
Eau bouillie.....	q. s. p. 100.

Ces lavages, faits avec une seringue ou bien avec une poire à bec recourbé, outre qu'ils débarrassent l'alvéole des corps étrangers qui peuvent y avoir été introduits pendant l'extraction (fragment de couronne, tartre, etc.), calment complètement et rapidement la douleur consécutive à l'extraction.

Lorsque l'on craint une infection ou lorsque l'infection existe déjà, il faut faire ces injections alvéolaires cinq

fois par jour. Quand la muqueuse ne supporte pas l'acide phénique, que je préfère de beaucoup pour les injections alvéolaires, je prends, soit une solution de sublimé, soit une solution d'acide borique.

I

Bichlorure de mercure.....	0 gr. 25
Eau bouillie.....	500 —

II

Acide borique.....	45 gr.
Borate de soude.....	5 —
Glycérine.....	15 —
Eau de menthe.....	100 —
Eau bouillie.....	q. s. p. 300.

Luxation des dents voisines. — *Incomplète.* — Remettre bien la dent en place.

Complète. — Faire une greffe immédiate par restitution, en ayant bien soin de laver l'alvéole avec une solution de sublimé ou d'acide phénique, et maintenir la dent en place, si besoin, avec un appareil de contention fait soit avec la gutta-percha, soit avec une feuille d'étain un peu épaisse.

Pénétration des dents dans les voies aériennes. — Cet accident n'est pas rare, surtout quand la dent extraite saute dans le davier et quand le sujet fait, au même moment, un mouvement d'inspiration profonde. Lorsque la personne n'est pas endormie, la dent déglutie ne donne pas lieu à des accidents. Elle s'élimine par les voies naturelles. Lorsque la personne est endormie, surtout par le chloroforme, l'accident est plus grave. Il faut surtout redouter, dans ce cas, que la dent ne pénètre dans les

voies aériennes. Il ne faut pas hésiter à plonger le doigt dans la gorge, doucement pour ne pas enfoncer la dent, et à faire remonter cette dent contre une des parois du pharynx et de la bouche. Si la dent pénètre dans la trachée et donnait des accidents asphyxiques, il n'y aurait pas à tarder : il faudrait pratiquer la trachéotomie.