

mérite que d'être employés à l'époque où le mal devait diminuer ou disparaître.

Il est encore une autre circonstance qu'il importe de ne point oublier, c'est que la maladie, après avoir cessé pendant quelques mois et même quelques années, peut revenir tout à coup, et qu'il est très-important de soustraire les malades à toutes les causes qui peuvent en provoquer le retour. En conséquence, on recommandera aux personnes qui ont été affectées d'un tic douloureux d'éviter le froid, de ne point s'exposer au vent, d'user d'aliments doux, faciles à digérer, de s'abstenir de liqueurs alcooliques, de café; de ne pas s'abandonner aux passions violentes, et surtout à la colère; de faire un fréquent usage des bains domestiques. Les mêmes soins sont absolument nécessaires pendant le cours des attaques, et les malades payent promptement les moindres fautes qu'ils commettent à cet égard. Il est à peine nécessaire de dire que pendant la durée des paroxysmes le malade doit garder le silence, ou du moins éviter les conversations animées, ne se nourrir que de potages, de bouillies, de pulpes de fruits, aliments qui n'exigent aucun effort de mastication (1).

ARTICLE VIII.

Maladies des dents.

Parmi ces maladies, les unes ont rapport à la dentition, les autres attaquent la substance des dents, ou les parties qui servent à les fixer dans la situation qu'elles occupent. C'est dans cet ordre que nous allons traiter succinctement de ces affections, qui forment une branche particulière de la chirurgie. Ceux qui désirent en faire une étude spéciale doivent recourir aux ouvrages des dentistes.

La dentition, ou la sortie des dents hors de leurs alvéoles, se fait quelquefois sans aucune douleur, sans aucun dérangement dans la santé; souvent elle est accompagnée de quelques accidents légers, et

(1) Voir, relativement à la section des nerfs pour le tic douloureux, ce qui a été dit sur le mode de cicatrisation des nerfs, t. II, p. 539.

dans quelques cas de symptômes graves et alarmants. Nous parlerons d'abord des phénomènes de la première dentition et ensuite de ceux de la seconde.

L'éruption des premières dents s'annonce ordinairement par un peu de chaleur aux gencives, par une démangeaison qui oblige l'enfant de porter souvent les mains à la bouche. La salive coule en abondance; quelquefois l'éternement se répète à de courts intervalles; les joues sont alternativement rouges et pâles; la quantité de l'urine augmente; il survient un cours de ventre, dans quelques cas un écoulement muqueux par la vulve, et une éruption sur la tête ou sur une autre partie du corps. Le petit malade demande et quitte à chaque instant le sein de sa nourrice; il pleure, il s'impatiente, il a des frayeurs, des réveils en sursaut, etc. En examinant la bouche, on aperçoit un aplatissement circulaire des gencives, et une rougeur légère à l'endroit où les dents doivent sortir; cette rougeur prend une teinte plus prononcée et même bleuâtre à mesure que la dent comprime davantage le tissu des gencives, et celles-ci deviennent progressivement plus sensibles et plus douloureuses; enfin, à l'endroit où la dent va paraître, le tissu qui la couvre blanchit, et peu à peu on commence à distinguer le sommet de la couronne.

Les symptômes déterminés par la sortie des premières dents ne sont pas toujours aussi modérés. Quelquefois ils ont une intensité beaucoup plus grande et sont accompagnés d'autres accidents qui mettent la vie de l'enfant en danger. En effet, lorsque la première dentition est très-laborieuse, le gonflement ne se borne pas aux gencives; il s'étend aux joues, aux amygdales, aux parotides, à toute la face et à la partie supérieure du cou; la respiration est gênée, le sommeil est suspendu; la fièvre s'allume, il survient du délire, des convulsions effrayantes, et quelquefois un assoupissement plus effrayant encore.

Le traitement doit être subordonné à la nature des accidents. Ainsi, quand il y a seulement un peu de gonflement inflammatoire et de douleur aux gencives, il suffit d'appliquer sur les parties des substances adoucissantes, comme du miel ou des figues grasses cuites dans du lait. Si les gencives ont besoin d'être excitées, on fera mâcher des corps durs, des croûtes de pain, par exemple. S'il y avait pléthore générale, on pratiquerait une saignée du bras, et dans le cas de congestion sanguine vers la tête, on appliquerait quelques

sangsuës aux tempes ou derrière les oreilles. On donnerait un vomitif ou un purgatif, s'il existait ou un embarras gastrique ou un embarras intestinal. Enfin, dans les cas où l'irritation des nerfs dentaires serait la seule cause des symptômes graves qui se manifestent, il faudrait recourir aux antispasmodiques, aux calmants et aux bains.

Dans tous les cas, on insistera sur ces remèdes, et s'ils ne produisent pas l'effet qu'on en attend, on incisera la gencive sur la dent qui doit sortir, et on excisera toutes les parties qui couvrent le sommet de la couronne. On a observé que la simple incision n'est pas toujours suffisante, et que les accidents persistent jusqu'à ce qu'on ait enlevé tout ce qui adhère encore à la couronne. Hunter fut obligé de recourir jusqu'à dix fois à l'incision dans un cas de cette espèce, où une seule opération aurait certainement suffi, si elle eût été pratiquée suivant la méthode que nous conseillons. Pour procéder à cette opération, on fait tenir la tête de l'enfant par un aide; le chirurgien place profondément dans la bouche, entre les mâchoires, un morceau de liège; il maintient écartées avec les doigts de la main gauche les lèvres, la langue et la joue; il porte le bistouri dans la bouche, et fait une incision cruciale sur chacune des dents qui paraissent s'élever; il doit avoir soin d'appuyer l'instrument avec assez de force pour pénétrer jusqu'à la dent; il soulève ensuite avec une pince, dissèque avec le bistouri, et excise chacun des lambeaux. Cette opération est suivie d'une hémorrhagie légère qui n'oblige jamais à rien faire pour l'arrêter.

La seconde dentition est plus généralement accompagnée de douleurs que la première; mais il est plus rare qu'elle détermine des accidents fâcheux, et surtout qu'elle mette en danger les jours du malade. Les molaires de la seconde dentition serrées par les autres dents, ou par la petitesse des os maxillaires, causent plus fréquemment des accidents au moment de leur sortie que les incisives et les canines. Il est à remarquer que ce sont les dernières molaires, ou dents de sagesse de la mâchoire inférieure, qui produisent des accidents graves. Cette observation n'aura rien d'étonnant, si l'on fait attention à la conformation des parties. L'arcade alvéolaire supérieure est disposée de manière que rien ne s'oppose à la sortie de la dernière dent; il n'en est pas de même de la dernière molaire d'en bas: celle-ci, pressée entre la dent voisine et l'apophyse coronoïde, rencontre souvent des obstacles insurmontables, et ce n'est qu'en arra-

chant la première qu'on ouvre un passage à l'autre et qu'on fait cesser les accidents. Les maladies produites par la seconde dentition ne réclament pas d'ailleurs d'autres secours que celles qui dépendent de la première, avec cette différence toutefois, qu'au lieu d'inciser la gencive, c'est la dent de la première dentition qu'il faut enlever.

Le travail de la dentition détermine quelquefois dans diverses parties du corps des phénomènes sympathiques d'autant plus bizarres, qu'aucune douleur ne se fait sentir dans l'endroit qui est le véritable siège de la maladie, et que rien quelquefois ne conduit le médecin à soupçonner la nature du mal, jusqu'à ce que la sortie spontanée d'une dent, ou l'incision des téguments qui la cachent, vienne le faire disparaître. Hunter cite l'observation d'un jeune enfant qui éprouvait depuis plusieurs mois des contractions spasmodiques dans les muscles fléchisseurs des doigts et des orteils; divers remèdes avaient été employés sans succès. Hunter incisa les gencives jusqu'aux dents, et en moins d'une demi-heure tous les symptômes furent calmés. Ils reparurent à la vérité après la cicatrisation des bords de la plaie; mais une nouvelle incision fut suivie d'un succès durable. Un autre enfant rendait du pus par le canal de l'urèthre toutes les fois qu'une nouvelle dent était sur le point de paraître. Quelques personnes ont éprouvé des douleurs de tête opiniâtres, qui n'ont cessé que par la sortie d'une dent. Ailleurs, il s'est manifesté d'autres phénomènes non moins extraordinaires, produits par la même cause, et qui ont cédé de la même manière. En voici un que nous avons observé nous-même. Un jeune homme de quatorze ans fut pris d'une violente douleur au sommet de la tête, qui simulait une névralgie. Cette douleur ayant résisté à divers remèdes, plusieurs consultants furent réunis: les uns proposèrent l'application d'un moxa sur l'endroit douloureux; les autres, la trépanation; d'autres, un vésicatoire. Aucun de ces moyens n'avait encore été mis en usage, lorsque l'éruption d'une dent molaire inférieure, en mettant fin aux accidents, montra la véritable cause de la maladie.

La position vicieuse des dents doit être considérée comme une des maladies propres à la seconde dentition: elle est ordinairement le résultat de la résistance des dents de lait ou de leur mauvaise direction; quelquefois elle dépend de la petitesse des os maxillaires, et quelquefois aussi d'une conformation ou d'une situation primitivement

vicieuse des secondes dents elles-mêmes. Ces dents alors restent cachées dans leurs alvéoles, ce qui arrive lorsque leurs couronnes ne sont pas tournées vers le bord alvéolaire, ou bien poussent dans une direction oblique, ou bien forment avec les premières dents qui persistent une double rangée. Dans le premier cas, le mal est sans remède; dans le second, on applique sur la dent déviée une lame métallique qui prend appui sur les dents voisines, et la ramène peu à peu à la situation qu'elle doit avoir; dans le troisième, il faut faire l'extraction de la dent de lait. C'est encore à l'avulsion des dents de lait qu'il faut recourir toutes les fois que celles-ci ne tombent pas au moment où les autres commencent à pousser : cette opération prévient très-sûrement toute difformité quand elle est faite à temps; plus tard elle peut être inutile, surtout si les deux dents sont renfermées dans la même alvéole.

§ 1. — Maladies de la substance des dents.

Les principales maladies de la substance des dents sont les fractures, l'usure, l'érosion, l'altération de couleur et la carie.

— La fracture des dents peut être causée par une percussion, un corps dur placé entre elles pendant la mastication, et plus ordinairement elle est produite par l'action du davier ou du pélican. Lorsque la fracture est bornée à une partie de la couronne, le fragment qui ne tient pas à la racine se sépare complètement du reste de la dent et ne peut plus s'y réunir; dans ce cas, il ne reste autre chose à faire qu'à polir avec la lime la surface du fragment restant, pour empêcher que les inégalités ne blessent les lèvres et la langue. Si la cavité de la dent se trouvait ouverte par la chute du fragment, il faudrait y porter un caustique ou même le cautère actuel, pour en détruire la sensibilité, et la plomber ensuite pour empêcher les aliments d'y pénétrer.

Lorsque la fracture s'étend à une partie de la racine, les deux fragments restent l'un et l'autre fixés dans l'alvéole, ou du moins retenus par les parties molles. Ils sont quelquefois en contact, et il suffit de les entourer d'un lien métallique ou de plusieurs fils de soie, pour assurer leur immobilité; lorsqu'il y a écartement entre les deux portions de la dent, il faut, après les avoir rapprochées, les lier ensemble, et éloigner toutes les causes qui pourraient retarder ou em-

pêcher la réunion. Les anciens pensaient que les fractures des dents n'étaient pas susceptibles de se réunir; cela est vrai de la couronne et non de la racine. Des faits authentiques prouvent que les fractures qui s'étendent à la racine se consolident très-bien et même en peu de temps. Jourdain et M. Duval rapportent des observations de dents fracturées dans leur collet, et dont les fragments furent réunis en un petit nombre de jours. Jourdain eut occasion d'examiner une dent qui avait été fracturée et dont il avait obtenu la réunion; il reconnut distinctement la soudure calleuse des fragments. Dans tous les cas où les deux fragments comprennent l'un et l'autre une partie de la racine, on doit, alors même que l'un des deux serait presque complètement séparé, les rapprocher convenablement, les maintenir en contact au moyen d'un fil de soie ou de métal qui les serre fortement et les unisse même aux dents voisines s'il est nécessaire. Il est toujours indispensable de tenir les mâchoires tout à fait immobiles, d'éviter toute espèce de mastication, de ne se nourrir que de potages ou de bouillies, et de garder même un silence absolu; il serait à propos d'empêcher l'abaissement de la mâchoire inférieure à l'aide d'un bandage en fronde. Quelques auteurs ont distingué l'*entamure* de la fracture; cette distinction n'a aucune utilité.

— L'usure des dents est le résultat des frottements réitérés qui ont lieu dans l'action de parler, et surtout dans la mastication. Les grincements de dents qui ont habituellement lieu chez quelques personnes pendant le sommeil la rendent plus rapide.

L'usure des dents est proportionnée à la saillie qu'elles font et à la disposition des dents opposées : elle est très-prononcée sur les plus longues, elle l'est à peine sur les plus courtes; elle n'atteint pas celles qui, par l'extraction ou la chute spontanée des dents correspondantes, ne sont soumises à aucun frottement. L'usure est beaucoup plus marquée aux dents des adultes qu'à celles de la première dentition. Sur ces dernières, elle n'est même bien manifeste, en général, que vers cinq ou six ans, peu de temps avant leur chute.

Tant que l'usure n'est pas très-considérable, elle ne produit aucune douleur; mais quand elle fait de grands progrès, elle rend la mastication douloureuse; elle devient une maladie et réclame les secours de l'art. On peut alors couvrir le sommet de la couronne d'une feuille d'or qui suspend les progrès de l'usure, ou bien perforer la dent et porter dans sa cavité un caustique pour détruire les nerfs qui s'y dis-

tribuent. Lorsqu'on a employé cette dernière méthode, il faut avoir soin ensuite de plomber la cavité de la dent pour empêcher les aliments de s'y introduire et de s'y corrompre.

L'usure de la racine des dents chez les enfants n'est point une maladie, c'est un simple phénomène de la dentition qui appartient à la physiologie, et sur lequel nous ne devons pas nous arrêter.

Il en est autrement de la consommation de la racine des dents chez les vieillards et chez les adultes. C'est ici une véritable maladie, caractérisée tantôt par de petites aspérités qu'on remarque à l'extrémité de la racine, avec une légère déperdition de substance, tantôt par une altération bien plus étendue de la racine. Dans ce dernier cas, la surface malade est entourée d'un bourrelet analogue aux bords calleux d'une plaie, et baigne dans une liqueur que contient une espèce de petit kyste adhérent à ce bourrelet et à l'alvéole. Ces deux espèces de consommation de la racine des dents, la seconde surtout, causent une douleur très-vive qui augmente par la mastication et la percussion, et qui force de recourir à l'arrachement de la dent, quoiqu'elle paraisse saine. C'est le seul moyen de faire cesser les douleurs insupportables qui accompagnent cette maladie.

— On donne le nom d'*érosion* à une lésion de structure des dents, caractérisée tantôt par des lignes saillantes, onduleuses et transverses sur la couronne des dents; tantôt par des rainures rugueuses, ou par des enfoncements pointillés; tantôt enfin par la disparition totale de l'émail, l'amincissement de la dent, l'inégalité de grosseur entre les dents pareilles et la forme pointue des incisives. Cette lésion est due ou à un vice héréditaire, ou à d'autres maladies soit aiguës, soit chroniques, comme la variole, le scorbut, le rachitis. Si les causes agissent pendant la grossesse ou dans les premiers mois de la vie, les dents de lait portent l'empreinte de l'érosion; si une maladie grave se développe dans la seconde dentition, c'est sur les secondes dents qu'on en observe des traces. L'érosion des dents n'est pas susceptible de guérison. On pourrait tout au plus la prévenir en combattant les causes qui tendent à la produire lorsque les dents sont encore renfermées dans les alvéoles.

— La plus fréquente de toutes les maladies des dents est la carie, qui consiste dans la destruction graduelle de leur substance. Quelques chirurgiens ont pensé que la carie pouvait être le résultat de certaines causes extérieures, comme une contusion, le contact d'un corps

froid, l'action d'un acide; mais on croit avec plus de vraisemblance que la carie dépend presque toujours d'une disposition interne qu'il est impossible de connaître. On sait seulement que les enfants et les jeunes gens y sont plus exposés que les personnes d'un âge mûr, et que la carie ne se développe presque jamais après cinquante ans. On a aussi observé que les dents incisives de la mâchoire supérieure y sont beaucoup plus exposées que celles de la mâchoire inférieure, et les molaires plus sujettes que toutes les autres. L'observation prouve encore que bien souvent, lorsqu'une dent est affectée de carie, celle du côté opposé éprouve la même altération, et presque en même temps, tandis que les dents voisines restent saines.

Dans quelques cas la carie paraît se transmettre par le contact d'une dent malade, au point correspondant d'une dent saine: mais on voit souvent aussi les dents contiguës rester intactes.

La carie commence presque toujours à l'extérieur, et affecte d'abord une très-petite portion de la surface de la dent. C'est ordinairement sous la forme d'une tache d'un blanc opaque qu'elle débute; à cette tache succède une dépression au fond de laquelle la substance osseuse est à découvert et prend bientôt une couleur brune ou noirâtre. Cette première tache, qui annonce la carie, affecte diverses parties de la couronne suivant les dents qui en sont le siège; dans les molaires, c'est ordinairement au fond de quelqu'une des petites cavités de leur surface triturante qu'on commence à l'apercevoir; dans les incisives, elle paraît le plus souvent sur le côté de la dent, près de son col; il arrive quelquefois aussi que la carie commence dans l'intérieur de la dent; dans ce cas, sa substance devient noire, en conservant son poli. La carie n'attaque presque jamais la racine des dents: on la voit ordinairement s'arrêter lorsqu'elle a détruit toute la couronne, et les racines rester entières dans leurs alvéoles, souvent pendant plusieurs années.

Tant que la carie n'est pas parvenue à la cavité de la dent, il n'en résulte que des douleurs obscures et qui ne se font sentir que dans certaines circonstances, par le contact de certains corps, par exemple, ou par la percussion. Mais aussitôt que la cavité est à découvert, il survient généralement beaucoup de douleur et d'autres symptômes plus ou moins fâcheux, qui néanmoins ne sont pas constants; car on voit dans quelques cas des dents entièrement détruites par la carie sans qu'aucune douleur ait accompagné ou précédé une altération

aussi considérable. Mais il en est rarement ainsi : presque toujours, à l'époque où la carie pénètre dans la cavité de la dent, il survient des douleurs très-vives, tantôt continues, tantôt intermittentes, et quelquefois accompagnées d'inflammation très-intense des parties molles qui avoisinent la dent, des gencives, des joues, des glandes parotides et maxillaires, des os maxillaires même. La bouche peut à peine alors s'entrouvrir, la sécrétion de la salive est augmentée et l'œil presque entièrement fermé. Cette inflammation se dissipe par degrés, et est sujette à reparaitre dès que les douleurs de dents se font sentir de nouveau avec violence.

Les personnes qui ont une ou plusieurs dents cariées ont ordinairement l'haleine très-fétide. Cette fétidité dépend ou des portions d'aliments qui séjournent dans la cavité, ou d'un liquide sanieux qu'exhale la surface malade. Dans le premier cas, cet inconvénient disparaît à l'aide d'une propreté extrême, ou mieux encore en plombant la dent; dans le second, ce dernier moyen ne peut convenir : le plomb s'opposerait à l'écoulement de la sanie et causerait quelques accidents; il faut se contenter d'introduire dans la cavité de la dent une boulette de coton imbibée de quelque essence.

On avait autrefois admis seulement deux espèces de carie de dents, savoir, la carie sèche et la carie humide ou pourrissante. M. Duval, si recommandable par son zèle pour le progrès d'un art qu'il cultive avec distinction, a proposé d'admettre sept espèces de caries, à chacune desquelles il a donné un nom particulier, propre à en déterminer le principal caractère. Voici les sept espèces qu'il reconnaît :

1° Carie calcaire, caractérisée par une dépression circulaire, dans laquelle l'émail est friable et plus blanc que dans l'état de santé;

2° Carie écorçante (*caries decorticans*) : tache jaune à l'émail de la couronne. Cet émail est friable et se détache quelquefois de toute la surface de la dent;

3° Carie perforante : elle se présente sous la forme d'une petite cavité qui varie pour la largeur et la profondeur, et dont les parois sont jaunâtres ou noires;

4° Carie charbonnée : elle commence par une tache noire qui paraît d'abord à travers l'émail et lui donne une couleur bleuâtre; à cette tache succède une cavité dont les parois sont friables, noires, sans odeur ni sensibilité;

5° Carie stationnaire : elle offre les mêmes caractères que la précédente; mais seulement ses parois sont aussi dures que dans l'état sain;

6° Carie curée : l'émail est détruit dans une certaine étendue sur la couronne des molaires, sans que cette déperdition soit l'effet de l'usure; la substance osseuse subjacente offre le poli et la dureté de l'émail. Cette affection est, selon M. Duval, un travail au moyen duquel la nature a opéré la guérison d'une autre carie; c'est pour cela qu'il lui a donné le nom de carie curée (*caries curata*);

7° Carie diruptive : elle se manifeste par une tache jaune, et ensuite par une cavité située sur la racine de la dent, près de la couronne, de manière à opérer progressivement la séparation des deux parties de la dent.

Nous ne devons qu'indiquer sommairement les principales différences de chacune de ces espèces de caries; nous renvoyons aux ouvrages qui traitent en particulier des maladies des dents, pour trouver de plus amples détails.

Le traitement de la carie doit varier selon le degré et la forme de la maladie. Lorsqu'elle ne fait encore que débiter, et qu'elle consiste en une simple tache, on peut en arrêter les progrès en la détruisant avec la lime; mais ce moyen n'est pas applicable à toutes les dents : on ne peut employer la lime que sur les dents incisives, canines et petites molaires; les autres sont hors de la portée de cet instrument; elles sont situées trop profondément.

Quand la carie est plus étendue et qu'elle a creusé la couronne de la dent, il faut examiner avec attention s'il en découle un liquide, ou si la carie est sèche; dans le premier cas, on introduit dans la cavité, comme nous l'avons déjà dit, un morceau de coton imbibé d'essence, qui a le double avantage de ne point s'opposer à l'écoulement de la sanie, et de masquer l'odeur fétide qu'elle exhale. Mais si la carie est sèche, il vaut mieux y introduire des feuilles d'or ou de plomb, et en boucher entièrement la cavité; par ce moyen, on empêche les aliments d'y pénétrer et de s'y corrompre, et l'on soustrait la carie au contact de l'air qui accélère les progrès de la maladie. Quelquefois la présence du plomb dans la cavité d'une dent cariée détermine une douleur vive et des accidents généraux alarmants : il faut alors ou bien percer le plomb avec une sonde pointue pour donner issue au liquide qui a pu s'accumuler entre le plomb et la surface cariée; ou

mieux encore enlever tout le plomb que renferme la dent, et n'en introduire de nouveau qu'après que les douleurs sont passées et qu'on a reconnu que la carie ne fournit pas d'écoulement purulent.

Lorsque la carie cause des douleurs très-violentes, il faut cautériser le nerf si la dent est encore utile; dans le cas contraire, il vaut mieux recourir à l'extraction.

Cette extraction ne doit être pratiquée que lorsque toute autre opération ne peut lui être substituée. Semblable, sous ce rapport, aux amputations des membres, elle est la dernière ressource de l'art: l'on ne doit y recourir que quand elle est indispensable.

L'extraction des dents présente plus ou moins de difficultés, selon la situation des dents, la forme et la direction de leurs racines et l'état de la couronne. Ainsi l'évulsion des supérieures est plus difficile que celle des inférieures; les postérieures sont moins aisées à arracher que celles qui sont placées sur le devant. Les dents inclinées en dedans et couvertes en dehors se prêtent moins bien à l'action des instruments et sont peu faciles à extraire; celles dont les racines sont longues, bifurquées, très-adhérentes, recourbées, divergentes ou barrées, exigent plus d'efforts et se brisent quelquefois lorsqu'on veut les arracher; enfin, celles dont la couronne est très-amincie et détruite en partie par la carie, donnent peu de prise aux instruments et ne sont extraites qu'avec peine. La difficulté serait beaucoup plus grande lorsque la couronne est détruite en totalité; elle serait même insurmontable, si l'expérience n'avait démontré qu'en général les dents réduites à leurs racines tendent naturellement à quitter les alvéoles, et que les liens qui les unissent à l'os maxillaire se relâchent à un point tel que souvent les chicots cèdent à la traction la plus légère.

Les instruments pour l'extraction des dents sont très-nombreux: on peut en distinguer trois espèces; à la première appartiennent ceux qui agissent sans appui sur un seul point de la dent, comme le crochet et le poussoir; dans la seconde espèce se trouvent ceux qui agissent sur deux points de la dent, comme les doigts, le davier, la pince droite et le bec-de-corbeau; les instruments qui prennent un point d'appui sur les parties voisines, comme le levier à manivelle et le pélican simple ou composé, forment la troisième espèce.

Le *crochet* est une tige d'acier adaptée à un manche par l'une de ses extrémités, et recourbée à l'autre en forme de pied de biche. Pour s'en servir, le malade est placé plus haut que l'opérateur pour les dents

supérieures, et plus bas pour les inférieures. On prend le manche de l'instrument avec la main droite pour les dents gauches, et *vice versa*; on place l'extrémité libre du crochet sur la partie interne de la dent, et on l'y maintient avec les doigts de l'autre main, enveloppés d'un linge très-épais; on tire alors avec une force suffisante sur la dent, suivant la diagonale de sa longueur et de sa perpendiculaire, avec la précaution d'y appuyer toujours les doigts garnis jusqu'à ce que la dent cède. Cet instrument est seulement employé pour extraire les racines et les dents peu solides; dans tout autre cas, il serait insuffisant.

Le *poussoir* est aussi une tige d'acier montée sur un manche et tranchante à son extrémité libre, ou terminée en pied de biche, et destinée à pousser en dedans les dents, ou les racines branlantes qu'on ne pourrait pas saisir avec d'autres instruments. Après avoir situé le malade plus haut pour les dents inférieures, plus bas pour les supérieures, le chirurgien portera sur la face externe de la dent, avec les doigts entourés d'un linge, le bout de l'instrument dont il tiendra le manche de la main droite pour le côté gauche, de la main gauche pour le côté droit; puis il poussera avec force la dent suivant une ligne moyenne entre sa longueur et sa perpendiculaire.

Les *doigts* peuvent suffire pour extraire les dents lorsqu'elles sont branlantes, qu'elles adhèrent peu aux alvéoles, et qu'elles offrent assez de prise. Pour exécuter cette petite opération, il faut saisir la dent en dedans et en dehors avec le pouce et l'indicateur de la main droite pour le côté gauche, de la main gauche pour le côté droit, et la tirer suivant sa longueur, en l'inclinant en dedans ou en dehors, selon le côté qui offrira moins de résistance, ou en lui imprimant des mouvements alternatifs et opposés jusqu'à ce qu'elle cède.

Le *davier* est une espèce de pince dont les serres, terminées en pied de biche, sont droites et égales, ou recourbées et d'inégale longueur. Cet instrument convient pour l'évulsion des dents incisives, canines et petites molaires ébranlées. On saisit le collet de la dent sans exercer une pression trop forte avec les deux serres, dont l'une, placée du côté où l'on veut la renverser, est le point d'appui, et l'autre la puissance mue par la main qui tient les branches de l'instrument.

Le *bec-de-corbeau* n'est autre chose qu'un davier dont les serres sont pointues et qu'on emploie pour extraire les racines qui ne don-

nent pas de prise aux autres instruments; on l'engage entre la racine et l'alvéole en le tournant et en l'inclinant légèrement.

Le *levier à manivelle* est composé d'une forte tige d'acier, ronde ou à huit pans, terminée à un bout par un manche qui la supporte, recourbée, large et aplatie à l'autre, où elle est armée à sa partie convexe de crochets montés à vis, demi-circulaires, de différentes grandeurs, et disposés en pied de biche à leur extrémité libre. L'opérateur choisit un crochet convenable pour la dent qu'il veut enlever, le monte sur sa tige, et, après avoir placé le malade à sa hauteur, il embrasse la dent dans la concavité du crochet, et engageant les pointes près de la racine en dedans, si la dent doit être renversée en dehors, et *vice versa*, il place le point d'appui à l'opposé sur la gencive couverte d'une petite compresse; il imprime alors au manche un demi-tour du côté vers lequel il veut porter la dent, de manière que le crochet agisse comme le poussoir. Cet instrument convient lorsque les dents adhèrent fortement à leurs alvéoles, et qu'elles offrent assez de prise pour être saisies par le crochet demi-circulaire.

On peut, dans les mêmes circonstances, se servir du *pélican* simple ou composé. Le premier est formé de deux crochets d'acier mobiles, terminés en pied de biche par un bout, et montés à vis sur un morceau de bois dur, large et arrondi à ses extrémités où sont alternativement la puissance et l'appui. Le pélican composé n'a qu'un seul crochet, dont un bout, articulé par ginglyme, est conduit, au moyen d'une vis qui part du manche, dans une coulisse creusée suivant la longueur d'une tige d'acier, terminée à son extrémité par un point d'appui doux, large, fixe et convexe, ou mobile et concave. On engage d'abord le crochet de ces instruments comme celui du levier à manivelle, puis on le conduit sur le point d'appui placé contre les dents voisines, de manière que la dent soit tirée suivant sa longueur en dehors et vers ce point d'appui.

Quel que soit le moyen évulsif qu'on a employé, il arrive quelquefois qu'après avoir été renversée, la dent tient encore au bord alvéolaire; dans ce cas, on parvient presque toujours à la détacher avec les doigts; si la résistance était considérable, on aurait recours au davier.

Avant de terminer ce qui a rapport à l'extraction des dents, nous devons dire quelques mots sur divers accidents qui suivent cette opération; les principaux sont la fracture de l'alvéole ou d'une partie de

l'os maxillaire, le brisement de la dent elle-même et les hémorrhagies. Les deux premiers méritent, en général, peu d'attention. Si le fragment de l'os est séparé complètement de l'os maxillaire, il n'y a rien à faire; s'il adhère encore aux parties molles, il faut l'en séparer de suite, et ne pas attendre que la suppuration le détache; si, par l'effet de la fracture du bord alvéolaire, il s'établissait une communication entre la cavité du sinus maxillaire et celle de la bouche, il en résulterait une fistule que le temps guérit quelquefois, et qui, chez d'autres malades, persiste jusqu'à la fin de la vie.

Lorsque la dent qu'on veut arracher se brise sous l'instrument qui la saisit, il est rare que le même instrument puisse être de nouveau appliqué au chicot, et l'on est communément obligé de recourir alors au crochet ou au poussoir.

L'extraction des dents est toujours suivie d'un écoulement de sang par la plaie qui résulte de cette opération. Cette petite hémorrhagie dure ordinairement plusieurs heures; mais elle est très-légère et ne demande aucune attention. Néanmoins il arrive quelquefois qu'elle est plus considérable, et qu'il y aurait de l'inconvénient à ne la point arrêter. Dans ce cas, on commence par employer les lotions astringentes et styptiques; si elles ne suffisent pas, on place un morceau d'agaric dans l'endroit qu'occupait la dent, ou on remplit l'alvéole avec de la cire molle, et l'on en vient, si cela est nécessaire, à l'application d'un bandage qu'on fixe aisément en maintenant les mâchoires rapprochées. Enfin, si ces divers moyens étaient insuffisants, ce qui est infiniment rare, il faudrait porter dans l'alvéole le cautère actuel, qui ne peut manquer d'arrêter l'hémorrhagie.

Il arrive quelquefois encore des accidents lorsque l'opération a été faite par un dentiste maladroit: on a vu l'instrument destiné à extraire une dent malade en arracher une saine; ailleurs la pointe de l'instrument a glissé sur la dent et a produit à la langue des plaies plus ou moins fâcheuses, des hémorrhagies pour lesquelles il a fallu recourir à la cautérisation; d'autres fois la pression exercée sur la mâchoire inférieure pour augmenter l'ouverture de la bouche a déterminé la luxation de cet os; mais de semblables accidents sont heureusement fort rares et peuvent toujours être évités par les chirurgiens instruits et prudents.