

dans la région, d'autres résultent de la propagation d'une tumeur érectile labiale à la région génienne; seuls les premiers sont opérables. Les variétés de carcinomes que l'on rencontre aux joues sont :

1° L'adénome sudoripare, affection spéciale aux vieillards; elle présente des



Fig. 129. — Épithélioma de la joue.

foyers multiples superficiels au début et curables. Les taches congénitales, les nævi pilosi fréquents dans la région sont habituellement leur point de départ.

2° L'épithélioma ou cancroïde de la joue, ordinairement superficiel, plus rarement térébrant, offre une surface à la fois végétante et ulcéreuse. Tantôt

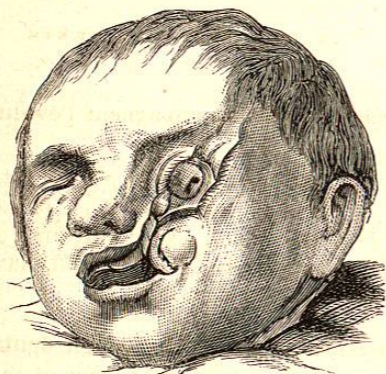


Fig. 130. — Fente congénitale génienne. (D'après HASSELMANN.)

il succède à la variété précédente; tantôt il naît spontanément, et l'ulcération circulaire qu'il forme s'étend peu à peu à toute la joue sous la forme d'une plaque saillante, sanieuse, recouverte de croûtes adhérentes, de bourgeons charnus facilement saignants. D'ailleurs ses symptômes, sa marche, n'offrent rien de particulier; c'est une affection rebelle qui récidive presque toujours.

Quand le cancroïde est très étendu en surface, l'extirpation devient difficile parce qu'on a de la peine à restaurer les joues en raison de la trop grande perte de substance; aussi est-il indiqué de revenir à des applications successives de pâte de Canquoin; on obtient ainsi une amélioration momentanée, sans être en droit d'espérer une guérison radicale.

Lorsque l'épithélioma débute par la face interne des joues, il est beaucoup plus grave, car il se propage plus promptement aux parties voisines et aux ganglions.

Vices de conformation. — La plupart sont des becs-de-lièvre compliqués avec division de la joue et des paupières. La figure 130 en donne une idée (voy. *Bec-de-lièvre*).

CHAPITRE II

MALADIES DES DENTS, DES GENCIVES ET DES MAXILLAIRES

Bibliographie générale. — JOURDAIN, *Traité des maladies et opér. chir. de la bouche*, 1778. — FAUCHARD, *Le Chirurgien dentiste*, 1786. — GARIOT, 1805. — BOYER, 1818. — FOX, 1821. — LEMAIRE, 1824. — DESIRABODE, 1846. — OUDET, 1862. — WELD, *Pathologie der Zähne*, Leipzig, 1870. — TOMES, Trad. franç., 1873. — HARRIS et AUSTEN, Traduct. ANDRIEU, 1874. — COLEMAN, 1881. — BAUME, Leipzig, 1882. — TAFT, Philadelphia, 1883.

Consulter en outre les divers articles : DENTS, CARIE DENTAIRE, MAXILLAIRES, MÂCHOIRES des deux dictionnaires (Bibliogr.)

1° MALADIES DES DENTS

§ 1er. — Accidents qui accompagnent l'évolution dentaire

Bibliographie. — TOIRAC, *Accidents provoqués par l'érupt. de la dent de sagesse*, in *Revue médic.*, 1828. — TROUSSEAU, *Gaz. des Hôp.*, 1848. — DUPLAY, *Arch. gén. de méd.*, 1873, t. XX, et *Progrès médical*, 1878. — MAGITOT, *Arch. gén. de méd.*, 1881. Thèses de Paris. — 1873, CHEVASSU, MORCETTE. — 1876, ARNULPHY. — 1878, HEYDENREICH (Agrégat.) — COMOY. — 1881, LEVÊQUE.

Les phénomènes physiologiques de l'évolution dentaire se divisent en cinq périodes bien distinctes, pendant lesquelles peuvent se produire quelques accidents locaux ou généraux.

1^{re} Période. — *Première dentition des auteurs. Éruption des vingt dents temporaires, du sixième au trente-deuxième mois. Phénomènes morbides concomitants.* Le public et la plupart des médecins tombent certainement dans l'exagération, lorsqu'à propos du moindre trouble survenu dans la santé d'un enfant, ils font intervenir l'évolution dentaire; mais MAGITOT et LEVÊQUE nous semblent avoir des idées tout aussi erronées, lorsqu'ils affirment que la théorie

des accidents dits de première dentition n'est basée jusqu'à présent sur aucune preuve absolue. Certainement un enfant peut percer toutes ses dents sans le moindre signe de malaise, cependant la plupart des auteurs, RILLIET et BARTHEZ, GUERSANT, VALLEIX, BOUCHUT, sont unanimes pour attribuer à l'apparition des premières dents, une influence manifeste sur la santé de ces petits êtres. « La bouche devient chaude, les gencives se tuméfient, paraissent luisantes, en même temps que la position de chaque dent se marque exactement, quelque temps avant son apparition, par une saillie de la gencive, la salive coule très abondamment. Cet état s'accompagne généralement d'un léger mouvement fébrile; l'enfant souffre, il est constamment de mauvaise humeur, maussade, et pousse parfois des cris plaintifs¹ ». Presque toujours en même temps le petit malade a de la diarrhée. Les douleurs peuvent être assez considérables pour occasionner des phénomènes nerveux graves, aussi croyons-nous le débridement de la gencive parfaitement indiqué dans quelques cas. Cette opération faite avec les précautions nécessaires ne saurait entraîner les accidents qu'on lui a attribués.

Accidents des deuxième et quatrième périodes. — Éruption des quatre premières molaires de cinq à six ans, des quatre secondes molaires de onze à douze ans. — Les phénomènes morbides qui se montrent durant ces périodes, consistent simplement en troubles du côté de la gencive. Il peut se faire que la dent à sa sortie reste coiffée par une partie du tissu gingival; entre le pont membraneux et la dent viendront s'accumuler des débris d'aliments, du tartre; ces corps étrangers détermineront par leur présence une irritation violente de la gencive, et même la formation de pus. Il suffit de débrider et d'enlever le capuchon gingival pour voir les accidents disparaître.

Accidents de la troisième période. — Chute des vingt dents temporaires; leur remplacement par vingt dents permanentes. — Les accidents que nous avons déjà signalés du côté des gencives peuvent se montrer de nouveau à cette période; mais en outre, les dents permanentes sont beaucoup plus volumineuses que les dents temporaires qu'elles doivent remplacer; les premières trouvaient place sur le maxillaire, les dernières ne s'y logeront que si cet os a subi un développement convenable. Or l'arcade alvéolaire peut être trop large ou trop étroite. Dans le premier cas, les dents seront écartées, la bouche disgracieuse; dans le second, ces organes ne trouvant pas à se placer, subiront les déviations les plus variées, ou bien elles agiront mécaniquement les unes sur les autres. Ainsi se produiraient des périostites et gingivites expulsives, qui peuvent aller jusqu'à déterminer la destruction du bord alvéolaire et la perte d'une ou plusieurs dents. Pour éviter ces complications et permettre aux dents de se disposer symétriquement, A. DESPRÈS conseille d'en enlever une et même deux. Cette intervention nous semble très rationnelle; on enlèverait alors la première grosse molaire, particulièrement sujette à la carie.

5^e Période. — Éruption des quatre dernières molaires dites : dents de sagesse. — Les accidents nombreux et souvent très graves occasionnés par l'éruption des dents de sagesse ont été bien étudiés dans ces dernières années.

Pathogénie. Étiologie. — 1^o Au moment où apparaissent les dents de

1. WEST, *Maladies de la première et de la seconde enfance.*

sagesse, le tissu des gencives présente une solidité, une résistance bien supérieure à celle qu'il avait dans le jeune âge; aussi la dent a-t-elle souvent beaucoup de peine à se frayer un passage, de là un certain nombre de lésions qui varient depuis l'irritation simple jusqu'au phlegmon des gencives. 2^o Il existe parfois une disproportion entre le volume de la dent et la place qu'elle est destinée à occuper. Cette disproportion peut résulter d'une insuffisance d'espace sur l'arcade dentaire, ou du volume exagéré de la dent. 3^o Dans quelques cas, cette dernière reste incluse dans le maxillaire, soit parce que l'alvéole est fermé par le rapprochement des lamelles osseuses (JOURDAIN), soit parce que l'angle formé par la branche verticale et l'arcade alvéolaire est trop étroit.

Telles sont les causes qui peuvent déterminer des troubles de la cinquième période de dentition. Presque toujours c'est le manque d'espace sur l'arcade alvéolaire qui entrave la dentition normale; aussi les accidents sont-ils plus fréquents à la mâchoire inférieure, où l'espace compris entre la deuxième molaire et la branche montante est presque nul, qu'à la supérieure, où la dent trouve facilement à se placer sur la tubérosité du maxillaire.

Fréquence. — Sur cent étudiants interrogés au hasard, à la clinique de MAGIROT, notre ami DAVID a pu s'assurer que soixante-quinze avaient éprouvé des souffrances au moment de l'éruption de la dent de sagesse. La nature et la gravité des lésions étant mises à part, ces manifestations douloureuses sont donc presque la règle. Parmi ces soixante-quinze jeunes gens, deux seulement avaient eu des complications du côté du maxillaire supérieur.

D'après HEYDENREICH, ces troubles seraient plus communs chez l'homme que chez la femme, ce qui pourrait s'expliquer, ainsi que le fait remarquer cet auteur, par la prédominance du prognathisme et les dimensions plus grandes de l'arcade maxillaire inférieure sur les sujets du sexe féminin.

Forme et nature des accidents. — La plupart des auteurs rangent ces accidents en trois groupes : *Inflammatoires, nerveux et organiques.*

1^o *Accidents inflammatoires.* — Ils sont limités aux parties molles, accidents muqueux; ou bien le squelette est intéressé, accidents osseux.

a. *Accidents muqueux.* — Cette forme est excessivement fréquente; sur les soixante-quinze cas réunis par DAVID, soixante-dix fois les phénomènes morbides avaient été limités aux parties molles. Les phénomènes inflammatoires du côté de la muqueuse comprennent la gingivite simple, phlegmoneuse et ulcéreuse. Dans les cas les plus bénins, il existe une légère irritation de la gencive qui passe inaperçue. Bientôt la dent apparaît à l'extérieur, mais parfois les lambeaux gingivaux forment autour de cet organe des sortes de végétations qu'irrite constamment le rapprochement des mâchoires : en outre, entre ces parties et la dent vont s'accumuler des débris de matières alimentaires dont la présence contribue encore à augmenter la gingivite; la suppuration ne tarde pas à se montrer dans ces culs-de-sac qui deviennent de véritables foyers de production de carie. Ceci nous explique la fréquence de cette altération sur les dents de sagesse. Lorsque la gencive résiste plus énergiquement, il se forme tout autour de la dent un véritable abcès au milieu duquel, suivant l'expression de CHASSAIGNAC, la dent est enkystée. Le pus finit par se faire jour à l'extérieur, et la dent reste comme encapuchonnée au milieu des débris gingivaux. L'in-

inflammation peut se propager en arrière, gagner le voile du palais, les amygdales, ou s'étendre en avant sur les gencives; ce serait là, d'après CATALAN et DAVID¹, l'origine d'un certain nombre de gingivites ulcéro-membraneuses que l'on observe sur les soldats. Nous soignons en ce moment un infirmier chez lequel cette étiologie est manifeste.

Dans quelques cas enfin, la dent de sagesse se développe dans une direction vicieuse, et sa présence occasionne des ulcérations du côté de la langue et des joues.

b. *Accidents osseux.* — Les lésions qui se produisent du côté du squelette sont absolument spéciales au maxillaire inférieur : tantôt elles sont consécutives aux altérations que nous venons de signaler, tantôt elles se montrent d'emblée. Dans les deux cas, il existe une ostéo-périostite des maxillaires plus ou moins intense, plus ou moins étendue, affection sur laquelle nous reviendrons. L'inflammation dans le cours de l'ostéo-périostite, se propage facilement du tissu osseux ou du périoste aux muscles qui s'insèrent au maxillaire : masséters et ptérygoïdiens; alors survient la constriction des mâchoires. Cette constriction, si l'inflammation a duré peu de temps et n'a été que superficielle, peut disparaître complètement; si au contraire elle a persisté pendant longtemps, le muscle subit la dégénérescence fibreuse et la lésion devient permanente.

2° *Accidents nerveux.* — Ils consistent en névralgies, spasmes, troubles du côté des yeux et des oreilles, etc. Ces lésions qui se rencontrent dans toutes les affections dentaires accompagnées d'inflammation, ne sauraient nous arrêter.

3° *Accidents organiques.* — Nous ne ferons que signaler cette dernière catégorie de phénomènes pathologiques communs à l'éruption anormale de toutes les dents, ils comprennent des kystes folliculaires, des odontomes et des néoplasmes.

Traitement. — La thérapeutique est différente, suivant que les lésions sont bornées aux parties molles, ou intéressent le squelette. Dans le premier cas, il faut inciser la gencive, puis l'exciser périphériquement de façon à dégager complètement l'organe; les complications du côté des parties voisines seront traitées par des gargarismes au chlorate de potasse, ou des attouchements avec l'acide chromique, le nitrate d'argent, etc. : les accidents du côté du squelette nécessitent l'extraction de la dent. Cette petite opération n'est pas toujours facile, la constriction des mâchoires s'opposant fréquemment à l'introduction de la clef ou du davier, mais alors on aura recours à la langue de carpe. Si l'extraction de la dent de sagesse était par trop difficile on pourrait, à l'exemple de TOIRAC, arracher la deuxième grosse molaire.

§ 2. — Lésions traumatiques

1° FRACTURES DES DENTS

Étiologie. — Suivant leur solidité, les dents résistent plus ou moins aux influences extérieures. Lorsqu'elles ont été évidées par la carie, la moindre violence suffit pour les fracturer.

1. Des gingivites, *Gaz. des hôp.*, 1876-1879.

Les causes déterminantes de ces fractures sont : 1° les violences extérieures : coups, chutes, efforts de mastication; 2° les manœuvres chirurgicales nécessitées par les tentatives d'extraction avec la clef et le davier. Les dents situées à la partie antérieure de l'arcade dentaire sont naturellement plus souvent intéressées que les autres par les violences extérieures.

Division. — Suivant que la cavité de la pulpe est ouverte ou non, la fracture est dite *simple* ou *pénétrante*. Parmi les fractures simples non pénétrantes on rencontre les fêlures, fissures, écornures, éraillures, puis les pertes de substance plus sérieuses qui intéressent une partie ou la totalité de la couronne, sans que la cavité de la pulpe soit mise à nu.

Symptômes. — Dans les écornures et éraillures, l'émail est parfois seul atteint, mais aussi une parcelle d'ivoire est emportée parfois. Au moment de l'accident, le malade éprouve d'ordinaire une impression fort désagréable, la dent conserve ensuite longtemps une sensibilité très grande aux variations brusques de la température. Cette petite lésion peut guérir absolument comme la carie, par la formation d'un cône de condensation; dans la plupart des circonstances toutefois, ce point dans lequel l'émail a été enlevé servira de porte d'entrée à la carie. Lorsqu'une portion considérable de la couronne est détruite, il s'ensuit une douleur excessivement vive, avec sensation d'ébranlement et de craquement; la souffrance persiste pendant un temps variable. La fracture pénétrante donne lieu aux mêmes symptômes immédiats; les symptômes consécutifs dépendent de la façon dont la pulpe se comporte (voir carie et pulpite).

Pronostic. Traitement. — Les écornures ne présentent aucune gravité, il suffira d'abattre les parties saillantes à l'aide d'une lime, et de régulariser la surface fracturée. Les fractures simples de la couronne réclament un traitement semblable, mais ici on fera bien de retarder ces manœuvres de quelques jours, et d'attendre que les souffrances soient calmées; puis, à l'aide de pansements astringents, de caustiques ou du fer rouge, on favorisera le développement de dentine secondaire. Les fractures pénétrantes sont de toutes les plus graves; la pulpe exposée à l'air s'enflamme bientôt si on l'abandonne à elle-même, aussi est-il indiqué de la détruire dans le plus bref délai, soit par l'extraction directe, soit par les caustiques, soit avec le fer rouge. Ultérieurement la dent sera traitée comme si elle était atteinte de carie pénétrante.

2° LUXATIONS

Les causes qui déterminent la fracture des dents peuvent, dans un certain nombre de cas, ébranler ces organes, voire les luxer complètement hors de l'alvéole. Les dents à une seule racine sont bien plus souvent que les autres exposées à ce genre d'accidents. Les tentatives de greffe dentaire ont suffisamment prouvé que les dents extraites de leurs alvéoles sont susceptibles de se consolider, même après avoir séjourné plusieurs heures hors de la cavité buccale. Aussi le traitement doit-il consister dans tous les cas à remettre les dents dans leur position normale et à les maintenir en place. Ce dernier résultat est

obtenu, soit à l'aide de la ligature, soit en moulant sur l'arcade dentaire une coiffe de gutta-percha. Plus simplement, on introduit entre les mâchoires une plaque de liège, et on maintient le maxillaire en place à l'aide d'une fronde ou d'un chevestre. Il faut recommander au patient de ne pas mâcher avec l'organe malade avant la consolidation, généralement complète en 4 ou 5 jours.

Lorsque par les altérations qu'il présente, l'organe ne vaut pas la peine d'être conservé, lorsque surtout il s'agit d'un chicot, l'extraction est le seul procédé rationnel, elle doit être faite le plus vite possible.

§ 3. — Lésions vitales et organiques des dents

1° INFLAMMATION DE LA PULPE. — PULPITE

Bibliographie. — ALBRECHT, *Die Krankheiten der Zahnpulpa*, Berlin, 1850. — BRUCK, *Beitrage zur Path. der Zahnpulpa*, Breslau, 1871. — MAUREL, Th. de Paris, 1875.

Étiologie. — L'inflammation de la pulpe dentaire, dans la majorité des cas, est une complication de la carie; elle peut encore se montrer à la suite d'une violente impression de froid, reconnaître pour cause l'exposition brusque de la pulpe à l'air extérieur consécutivement à un traumatisme qui détermine la fracture de la dent, enfin se produire mécaniquement, par suite de la présence d'un corps étranger dans la cavité centrale de l'organe; l'obturation intempestive d'une carie occasionne fréquemment des accidents de ce genre.

Anatomie pathologique. — 1^{er} degré. La pulpe est rouge, plus volumineuse qu'à l'ordinaire. Cette coloration rougeâtre distingue nettement la pulpe enflammée de la pulpe saine qui est grisâtre.

2^e A un degré plus avancé, la pulpe encore augmentée de volume, étranglée se montre rouge brunâtre et parsemée à la coupe de petits noyaux hémorragiques.

3^e La suppuration s'établit, la pulpe ne tarde pas à se détruire entièrement et à constituer un putrilage noirâtre qui, en l'absence de communication extérieure bien établie, pénètre les canalicules de l'ivoire et donne à la dent une teinte jaunâtre plus ou moins foncée (*Dent morte*).

Symptômes. — Le symptôme caractéristique de la pulpite est la douleur. Elle est tout d'abord légère et diffuse, comparable à la sensation qui résulte de la présence d'un corps étranger entre les dents; la percussion, le contact des corps chauds accroissent les souffrances. Tels sont les signes de la congestion de la pulpe (première période) qui peut durer vingt-quatre heures; après ce laps de temps, cet organe ayant acquis un volume plus considérable, s'étrangle contre les parois inextensibles de sa cavité. Les douleurs deviennent excessivement vives, lancinantes, les élancements se groupent par accès horriblement douloureux. Vaincus par la souffrance qu'exaspèrent la congestion céphalique, les exercices violents, le décubitus dorsal, les plus courageux ne savent quelle position prendre, le sommeil est impossible. Les malades évitent les impres-

sions de chaud qui augmentent leur torture; recherchent le froid qui seul les soulage.

La pulpite confirmée se termine dans la plupart des cas par la suppuration. Le pus s'écoule au dehors dans le cas de carie pénétrante, et les accidents cessent subitement, ou bien il arrive par les racines jusqu'au fond de l'alvéole sur le périoste alvéolo-dentaire qui s'enflamme à son tour; on voit alors se produire une série de phénomènes que nous décrirons bientôt (abcès, fluxion, fistules). Dans quelques circonstances, lorsque l'inflammation est restée limitée au premier degré, on trouve des productions dentinaires de nouvelle formation grains, cloisons, ossification de la pulpe.

Traitement. — Dans le cours de la première période, on essayera de calmer l'inflammation par l'usage de la glace, une application de sangsues, en faisant des scarifications profondes à la gencive. La cautérisation ponctuée avec le galvano-cautère a donné aussi de bons résultats. Mais dès que la pulpe est suppurée, il est absolument indispensable de débrider. Cette petite opération, connue en chirurgie dentaire sous le nom de « trépanation ou de ponction », se pratique en des lieux d'élection variables suivant la nature de la dent, mais fréquemment au collet.

2° CARIE DENTAIRE

Bibliographie. — OUDET, *Mém. sur...* Paris, 1862. — NEUWMANN, *Arch. für klin. Chir.*, Berlin, 1864. — MAGITOT, *Traité de...*, Paris, 1867, art. CARIE du *Dict. encycl.*, t. XII, 1872 (Bibliogr. très étendue). — *Limites de la curabilité de la carie*, in *Transact. of the Intern. Med. Congr.*, London, 1881. — *Indicat. thérap.*, in *Gaz. heb.*, 1883. *Influence des micro-organismes.* — SKLIFASSOVSKY, *Wratch*, n° 5, 1880. — RICHARDSON, *Brit. Med. Journ.*, 1881. — FRANZIUS, *Wratch*, n° 5, 1880. — W. MILLER *Arch. f. exp. Path.*, Bd. XVI, Heft 3 et 4, 1882. Thèses de Paris. — 1879, CRUET, COMBES, FEUILLETAINE.

Définition. — On désigne sous le nom de carie dentaire, une altération particulière des tissus durs de la dent, consistant en une destruction progressive des parties atteintes analogue à l'ulcération (DAVID).

Théorie de la carie. — Les diverses théories émises pour expliquer la formation de la carie peuvent être réduites à trois principales :

1^o *Théorie vitale et organique.* — « La destruction des tissus de la dent est le résultat de l'inflammation de l'organe » (FAUCHARD, JOURDAIN). « Elle se produit par gangrène et mortification » (HUNTER, MECKEL, DUVAL). Ces deux hypothèses sont abandonnées aujourd'hui, car l'inflammation de l'émail et de l'ivoire est encore à démontrer; en outre, si ces tissus étaient atteints de gangrène ou de nécrose, les deux lésions procéderaient aussi bien de l'intérieur à l'extérieur que de l'extérieur à l'intérieur, cependant aucune carie interne sans orifice extérieur n'a été rigoureusement constatée.

2^o *Théorie chimique.* — « La carie résulte d'une décomposition chimique des tissus de la dent par un acide ». Emise par ROBERTSON (1836), cette théorie a été soutenue par REGNART (1838), TOMES, MAGITOT (1860).