

brane périostale, constitue un des principaux facteurs. A défaut de caustiques, ce sont les divers agents septiques introduits dans la carie, ou nés sur place par la gangrène des débris pulpaire; d'autres fois, la périostite n'est qu'une propagation directe de l'inflammation de la pulpe ou de fragments pulpaire. Enfin la suractivité fonctionnelle imprimée au périoste par la destruction de la pulpe peut elle-même devenir l'origine du mal (*Maurel*). Certaines inflammations du voisinage se propagent encore directement au périoste, la maladie débute alors par le collet de la dent : ainsi agissent quelques gingivites, les stomatites, etc.

**Anatomie pathologique.** — L'inflammation se localise généralement au sommet de la racine. De ce point de départ, le processus peut s'étendre plus ou moins loin vers le collet de la dent; rarement il atteint toute l'étendue du périoste alvéolo-dentaire qui, chose remarquable, reste toujours sain au voisinage de son union avec la gencive. Au début de la maladie, le périoste enflammé présente des arborisations vasculaires, un épaississement variable qui occasionne le phénomène de l'allongement de la dent. En même temps il perd de son adhérence à l'alvéole et à la dent, en sorte que pendant l'extraction il se déchire d'une façon irrégulière; des lambeaux membraneux restent fixés soit à l'os, soit au ciment.

Dans une première variété, que l'on pourrait appeler sèche, les altérations que nous venons d'exposer constituent toute la lésion. La membrane s'épaissit de plus en plus, puis arrive à constituer des variétés de tumeurs périostales, ou simplement des fongosités situées à l'extrémité de la racine. D'autres fois, après une période d'hypertrophie, le périoste s'atrophie au contraire, laissant le sommet radiculaire à nu, avec des lésions cémentaires variables. Dans le cours d'une affection semblable, le faisceau vasculo-nerveux de la pulpe se trouve fatalement altéré; il est bientôt étranglé, mortifié, ces altérations se produisent ordinairement sans douleurs.

L'inflammation revêt encore une autre forme que nous appellerons humide, par opposition à la précédente : elle aboutit rapidement à la suppuration. Une portion du périoste se trouve détruite; sur la limite des parties malades, on observe des lambeaux ou une collerette flottante, constituée par les débris de cette membrane. Le sommet de la racine est dénudé, le faisceau vasculo-nerveux mortifié. Le pus résulte de l'inflammation du périoste et de la paroi alvéolaire contiguë, il peut être plus ou moins abondant : après s'être collecté en petite quantité au fond de l'alvéole, il se crée une issue; le plus souvent ce liquide s'écoule par le canal de la racine, qui est resté béant, c'est de la sorte que certaines périostites passent inaperçues jusqu'au jour où un obstacle vient obstruer ce conduit. Lorsque la racine dentaire n'est pas perméable, le pus se fraye un passage à travers le tissu osseux péri-alvéolaire et vient former un abcès gingival ou cutané. A la longue, si la dent n'est pas extraite, cette forme anatomique passe à l'état chronique, alors s'établit un suintement purulent soit par la dent, soit par une fistule. Si ce travail pathologique persiste durant un certain temps, indépendamment des altérations du périoste ci-dessus mentionnées (mortifications partielles, fongosités), on trouvera, en pratiquant l'extraction, des lésions du côté de la racine, mortification du

sommet, résorption du ciment, aspect rugueux, et l'examen poussé plus loin révélera du côté de la paroi alvéolaire l'existence de petits points de nécrose. Nous verrons ultérieurement que cette variété de périostite, d'après certains auteurs, détermine la formation de *kystes périostiques*.

**Symptômes.** — Dès que commence l'inflammation du périoste, cet organe se trouve comprimé entre la racine de la dent et la cavité alvéolaire. Cette congestion se traduit par une impression analogue à celle qui résulterait de la présence d'un corps étranger implanté dans l'alvéole. Le malade éprouve une sensation de gêne, de tension, bientôt une douleur plus ou moins vive que semble diminuer la pression sur l'organe malade. La dent repoussée mécaniquement paraît allongée; après quinze ou vingt heures, les souffrances augmentent d'intensité, deviennent continues, pulsatives. Le contact des corps chauds, le décubitus dorsal accroissent la douleur; la dent paraît encore plus longue que naguère, et loin de calmer les douleurs, la pression les exagère. A ce moment le périoste n'est plus simplement congestionné, mais il est en pleine période de suppuration. Ces symptômes sont aggravés par l'inflammation de la paroi alvéolaire; un abcès se forme, aussi voit-on survenir un ensemble de phénomènes généraux caractéristiques : fièvre, frissons, perte de l'appétit et du sommeil. La dent, de plus en plus douloureuse, est ébranlée, la partie correspondante de la gencive, tuméfiée, présente un aspect rouge violacé; une fluxion plus ou moins considérable déforme la région voisine, l'haleine est chaude, fétide. Cet état va en s'aggravant jusqu'à ce que la fluxion soit bien établie, ce qui indique la formation d'un abcès. Si le chirurgien n'intervient pas, le pus ne tarde pas à se faire jour; subitement les symptômes s'amendent, la dent qui paraissait prête à tomber reprend sa place et sa solidité. Tels sont les symptômes de la périostite franche, aiguë, suppurée.

La périostite chronique s'accompagne de douleurs moins vives, rarement spontanées, mais que réveille toute pression exercée sur l'organe malade; de là l'impossibilité de manger sur ce côté de la bouche. Signalons comme complication fréquente l'existence de névralgie et divers troubles fonctionnels du côté des yeux, de l'oreille. Les poussées aiguës sont communes, quelquefois même elles surviennent sur des dents que l'on considérait depuis longtemps comme guéries.

**Complications.** — Plusieurs accidents peuvent venir compliquer la maladie : citons parmi les plus ordinaires la propagation de l'inflammation au périoste du maxillaire, la formation d'hypertrophies, de tumeurs du périoste; quant aux abcès dentaires, ils constituent, ainsi que nous l'avons vu, une terminaison presque fatale de la périostite aiguë.

**Diagnostic. Pronostic.** — Le diagnostic de la périostite alvéolo-dentaire est généralement simple et facile; on pourrait confondre cette maladie avec la stomatite, la gingivite ou les névralgies; toutefois l'ébranlement, l'allongement, le caractère spécial de la douleur continue localisée sur une ou quelques dents, la marche des phénomènes, feront bien vite reconnaître l'erreur. L'affection par elle-même n'est pas dangereuse, mais on redoutera les complications qui, toutes choses égales d'ailleurs, sont plus graves lorsque l'inflammation siège sur les dernières molaires.



**Traitement.** — Quelle que soit la cause de la périostite alvéolo-dentaire, elle peut être au début combattue quelquefois, jugulée par des émissions sanguines locales (scarifications, sangsues, etc.), par des attouchements au fer rouge, des applications de coton imbibé d'une solution caustique, acide phénique ou chromique concentré, teinture d'iode. Dès que le pus est formé, s'il ne trouve pas un écoulement naturel, il faut aller à sa recherche et forer l'alvéole. Lorsqu'on se trouve en présence d'une périostite chronique entretenue par une dent cariée, on ne peut obturer la carie sans exposer le patient à des accidents de rétention. Dans ce cas, en assurant l'écoulement du pus par un drainage alvéolaire ou dentaire, l'obturation est encore possible. Nous avons expliqué comment se forment, au sommet de la racine, de véritables masses fongueuses, causes de suppurations interminables; il faut soupçonner l'existence de cette complication lorsqu'après un certain temps l'écoulement ne se tarit pas. On doit alors enlever la dent suspecte, réséquer les parties malades, et replanter cette dent dans son alvéole. Avec quelques précautions, en peu de jours, la suppuration disparaît et la dent reprend sa solidité. Cette petite opération constitue une variété de *greffe dentaire*: *Greffe par restitution ou réimplantation* (DAVID). Enfin lorsque la dent est complètement altérée ou les complications du voisinage trop intenses, l'extraction définitive devient la règle.

#### 2° ABCÈS. — FLUXIONS. — FISTULES DENTAIRES

La production d'abcès est une conséquence presque fatale de l'inflammation aiguë du périoste alvéolo-dentaire. Ces abcès peuvent se former par deux mécanismes bien distincts.

1° Par suite de la continuité des parties, l'inflammation du périoste dentaire se transmet au tissu gingival, ce dernier suppure rapidement, et l'abcès formé se trouve avoir pour parois les parties molles de la gencive d'un côté, et de l'autre le périoste du maxillaire; cet os n'est pas dénudé, aussi la guérison est-elle rapide.

2° L'inflammation a déterminé la suppuration du périoste alvéolo-dentaire, le pus détruit cette membrane en un point, puis s'infiltré dans les mailles du tissu osseux; la paroi de l'alvéole devient le siège d'une ostéite qui détermine une nécrose limitée, le pus ayant ainsi triomphé de ce nouvel obstacle pénètre sous le périoste gingival qu'il décolle; il existe donc au-dessous de la gencive un véritable abcès sous-périostique. Par suite du voisinage de la collection purulente, le périoste du maxillaire et la gencive s'enflamment, en même temps l'œdème envahit le tissu cellulaire périphérique. *La fluxion est formée.* — La fluxion annonce donc la formation de l'abcès, elle marque l'arrivée du pus sous les parties molles, en particulier dans les espaces cellulaires para-maxillaires: l'étranglement cesse, partant les douleurs se calment rapidement, c'est là ce que le vulgaire traduit en disant: *La fluxion emporte le mal de dents.* Le gonflement peut acquérir des proportions considérables, mais il commence à diminuer aussitôt que le pus a trouvé une voie d'écoulement. L'abcès se termine dans beaucoup de cas par une ouverture du côté de la gencive, dans d'autres

circonstances, la collection va s'ouvrir du côté de la peau, et si l'affection, origine première du mal, n'est pas guérie, la sécrétion continuant, un trajet fistuleux s'organise. Fréquemment ces abcès se compliquent d'adénites sous-maxillaires.

La formation d'une fistule est un des modes de terminaison de l'abcès dentaire. Suivant les cas, le trajet est unique ou multiple, parfois aussi un trajet unique à son point de départ se subdivise ensuite. La direction de ces conduits généralement étroits, anfractueux, est indiquée par une induration spéciale du tissu périphérique. Les fistules offrent un ou plusieurs orifices, cutanés ou muqueux, tantôt voisins, tantôt éloignés de la dent qui leur a donné naissance.

On les rencontre dans le vestibule de la bouche, sur la voûte palatine, ou bien en différents points des téguments: sur la joue, au cou et même au voisinage de la clavicule (DOLBEAU). Ces ouvertures sont situées au fond d'une petite dépression rougeâtre, ou portées au sommet d'une élévation violacée; dans quelques circonstances les parties périphériques s'excorient, l'orifice fistuleux présente absolument l'aspect d'une ulcération tuberculeuse. L'écoulement du pus est permanent ou intermittent; dans ce dernier cas, si l'orifice de la fistule se cicatrise, on peut voir survenir des poussées aiguës.

Le diagnostic de semblables lésions est généralement simple, la mastication n'a aucune influence sur l'écoulement, fait qui permettra de les différencier des fistules salivaires.

**Traitement.** — Dès qu'un abcès dentaire est formé, le chirurgien doit se hâter de donner issue au pus, de façon à prévenir les décollements, puis des injections antiseptiques seront faites dans la cavité. Malgré toutes les précautions, il est parfois bien difficile d'obtenir la guérison complète de ces abcès.

Le traitement des fistules dentaires nécessite l'ablation de la dent qui, par ses lésions, entretient la production du pus. Habituellement la guérison suit de près cette petite opération, mais il reste une cicatrice déprimée adhérente.

#### 3° OSTÉO-PÉRIOSTITE ALVÉOLO-DENTAIRE

SYNONYMES. — Suppuration conjointe des gencives et des alvéoles (JOURDAIN, 1778).  
Pyorrhée inter-alvéolaire (TOIRAC). — Gingivite expulsive (MARCHAL de Calvi).

**Bibliographie.** — MARCHAL (de Calvi), *Acad. des sciences, et Union méd.*, 1860. — CARRIÈRE, *Union méd.*, 1860. — PONS, in *Ibid.*, 1861. — MAGITOT, *Arch. gén. de méd.*, 1867.

Thèses de Paris. — 1877, BARONNET. — 1880, GUEBEY.

Ce nom a été donné par MAGITOT à une affection encore peu connue qui serait, d'après cet auteur, caractérisée au point de vue anatomique, par une destruction lente et progressive de la membrane périostale et de la couche de ciment qui lui est sous-jacente, destruction de nature inflammatoire à marche chronique, procédant constamment du collet au sommet de la racine, et entraînant fatalement la chute des dents.



**Étiologie.** — En relisant les différentes observations, on constate que bien rarement les auteurs ont trouvé une cause locale capable d'expliquer l'origine de cette inflammation. La maladie apparaît quelquefois à la suite de fièvres éruptives, elle se montre aussi chez des sujets anémiés, sur les rhumatisants, les goutteux. Elle serait si fréquente chez les diabétiques qu'elle constituerait, d'après MAGITOT, un des signes primordiaux du mal; chez les personnes à profession sédentaire, elle peut coïncider avec la cessation brusque de flux hémorroïdaux, des écoulements menstruels chez la femme, enfin ce serait fréquemment un accident de la ménopause (DAVID). Cette affection débute de vingt-cinq à cinquante ans et atteint par ordre de fréquence les grosses molaires, les petites molaires, les incisives supérieures et les canines.

**Anatomie pathologique.** — Le processus attaque d'abord le périoste au niveau du collet de la dent, puis de là gagne le sommet de la racine. A mesure que l'inflammation se propage, les parties atteintes tout d'abord se détachent de la racine dont le ciment s'enflamme et se nécrose, laissant l'ivoire à nu sur une étendue variable. Entre la membrane décollée et la dent, des globules de pus ne tardent pas à paraître, la gencive et le bord alvéolaire deviennent fongueux, l'alvéole lui-même se remplit de végétations développées aux dépens du périoste, ce tissu de nouvelle formation repousse peu à peu la dent, de là une dénomination particulière de la maladie : *gingivite expulsive*.

**Symptômes.** — L'ostéo-périostite alvéolo-dentaire présente trois périodes bien distinctes.

A. *Période de début.* — Les douleurs sont presque nulles. Le patient accuse simplement au niveau de l'organe malade une sensation de chaleur âcre. Une déviation de la dent attire tout d'abord son attention, puis cet organe devient légèrement mobile et semble allongé. Un petit liséré rougeâtre extrêmement étroit se dessine au collet de la dent, sur le bord libre de la gencive. La rougeur se propage ensuite dans le sens vertical, suivant la direction de l'altération dentaire.

B. *Période d'état.* — Le pus s'écoule constamment de la cavité alvéolaire (pyorrhée inter-alvéolo-dentaire, TOIRAC). Un stylet peut pénétrer dans l'intérieur de cette cavité et faire apprécier les lésions qu'ont subies le périoste et le ciment. Les douleurs sont un peu plus intenses, mais elles consistent plutôt en une sensation d'agacement qu'en souffrances véritables. L'haleine devient fétide, de petits abcès se forment sur la gencive; il existe parfois une salivation abondante.

C. *Période de terminaison.* — La dent ne tenant plus que par quelques adhérences fibreuses du sommet, devient une cause de gêne considérable. Du pus s'échappe en quantité de l'alvéole, enfin l'organe tombe, la suppuration diminue, l'alvéole se résorbe, la gencive se rétracte, la guérison est bientôt complète. Malheureusement plusieurs dents sont souvent atteintes simultanément, et la maladie se prolonge pendant longtemps.

**Pronostic.** — L'ostéo-périostite alvéolo-dentaire constitue une affection sérieuse; abandonnée à elle-même, elle ne saurait guérir qu'après la perte de plusieurs dents; il faut donc intervenir le plus rapidement possible.

**Traitement.** — Si la congestion est considérable, les douleurs vives, on appli-

quera une ou deux sangsues sur la gencive. Pour modifier l'état local, le fer rouge, la teinture d'iode, le perchlorure de fer, l'acide chromique pur seront employés avec avantage. En même temps, le malade usera de chlorate de potasse à la dose de 1 à 4 grammes par jour. On fera prendre ce médicament en pastilles contenant des doses suffisantes, le patient les laissera fondre dans la bouche au contact des parties affectées. Il faudra encore surveiller l'état général, examiner de temps à autre les urines, et, s'il existe quelque affection organique, instituer un traitement approprié.

#### § 5. — Vices de conformation et difformités. — Anomalies dentaires

**Bibliographie.** — DELABARRE, *Méth. naturelle de diriger la deuxième dentition*, Paris, 1826. — ROUSSEAU, *Anat. comp. du syst. dentaire*, Paris, 1839. — MAGITOT, *Anomalies dentaires*, Paris, 1877. — DAVID, *Déform. des max.*, Congrès de Rouen, 1883. Thèses de Paris. — 1872, MICHALSKI. — 1877, COMOY, ARNULPHY. — 1878, PERROLLAZ. — 1879, GAILLARD.

**Définition. Division.** — On désigne sous ce nom toute déviation du type normal de la dent, type établi par un ensemble de caractères fixes dans l'espèce, et relatifs : 1° à la forme; 2° au volume; 3° au nombre; 4° au siège; 5° à la direction; 6° à la structure; 7° à la nutrition; 8° à l'époque d'éruption; 9° à la disposition.

A chacun de ces caractères correspond une espèce d'anomalies : la classification de celles-ci est donc la même que celle des caractères de la dent.

Les anomalies sont congénitales, elles résultent d'un trouble général ou local survenu pendant le développement des tissus dentaires, et ayant pour cause l'hérédité, l'état constitutionnel et diverses maladies intercurrentes de l'enfance, un traumatisme de la face, une malformation du maxillaire, etc. Les dents permanentes dont le développement est plus tardif, subissent de préférence ces influences. Leur fréquence est très grande, aucune arcade dentaire n'est absolument exempte d'anomalies.

1° **Anomalies de forme.** — Ces anomalies intéressent la totalité de la dent (anomalies totales); la couronne ou la racine seule, (anomalies partielles). Elles peuvent aussi exister séparément, mais le plus souvent coïncident avec une anomalie de volume, de siège, de nombre.

L'anomalie totale de forme est habituellement isolée, impaire; la dent revêt les caractères les plus divers ou ceux d'une voisine, il faut y songer pour ne pas prendre une anomalie de forme pour une anomalie de siège : tel est le cas pour les dents surnuméraires, qui ont habituellement le type conoïde, et ressemblent à des canines. Lorsque l'anomalie constitue une difformité, le seul remède à y apporter est l'extraction qui doit être pratiquée le plus tôt possible, pour permettre aux dents voisines de se rapprocher. La greffe n'est pas applicable en pareil cas à cause de la difformité de la racine.

L'anomalie de forme de la couronne affecte le plus souvent la mâchoire supérieure; pour les incisives, elle prend le type conoïde; pour les molaires,



elle consiste dans une diminution ou une augmentation de nombre des tubercules, de la profondeur des sillons, de la longueur de la dent, etc. Le nombre et la profondeur des sillons ont une grande importance au point de vue de la production de la carie, qui débute d'habitude aux points d'intersection de ces sillons.

Les anomalies de la racine consistent, pour les incisives et les canines, dans un aplatissement plus marqué qu'à l'état normal et qui devient un obstacle au redressement par rotation brusque, dans des courbures, des inflexions en crochet, une bifidité de la racine; lésions très importantes au point de vue de l'extraction, de la destruction du nerf, de la pose des dents dites à pivot, etc. Pour les prémolaires et les molaires, les courbures et les divisions anormales de racines constituent également des difficultés sérieuses, soit pour l'extraction des dents, soit pour le traitement de la pulpe. Les anomalies de courbure, en particulier les barrures, s'opposent souvent à l'extraction ou nécessitent la fracture des alvéoles.

**2° Anomalies de volume.** — Elles peuvent également affecter une dent seule, deux dents homologues ou toutes les dents d'une même série. On les ren-



Fig. 133. — Dents permanentes de petites dimensions (Nanisme) d'après COLEMAN.

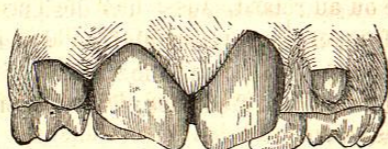


Fig. 134. — Dents permanentes de dimensions anormales (Géantisme) d'après COLEMAN.

contre d'après leur fréquence dans l'ordre suivant; molaires, incisives, prémolaires, canines; ces anomalies se manifestent soit par la diminution de volume de la dent (nanisme, fig. 133), soit par son augmentation (géantisme, fig. 134). Elles affectent aussi tantôt la dent entière, tantôt la racine seule, mais lorsque la couronne est atteinte, la racine l'est également. Le géantisme dentaire nécessite souvent l'extraction lorsqu'il gêne l'éruption des dents voisines, ou altère la forme et la symétrie de l'arcade.

**3° Anomalies de nombre.** — Elles ont lieu par augmentation ou par diminution; on les observe aux incisives et aux molaires, jamais aux canines.

L'absence complète, signalée par certains auteurs, n'existerait pas d'après MACROR; elle résulterait de faits mal observés. Quand une dent temporaire manque, la permanente correspondante manque aussi, puisque celle-ci provient du bourgeonnement du cordon épithélial de la première. L'absence de dents de sagesse est fréquente, l'augmentation de nombre, qui a pour cause la production exagérée de bourgeons épithéliaux partant du cordon épithélial primitif (KÖLLIKER), atteint les deux dentitions, et plus souvent la mâchoire supérieure que l'inférieure. Les dents surnuméraires ont ordinairement le type conique, lorsqu'elles siègent dans la région antérieure; d'autres fois, surtout au niveau des molaires, elles prennent la forme de leurs voisines; dans quelques circonstances, elles ne ressemblent à aucune dent.

En général, ces dents sont placées sur l'arcade alvéolaire dans la rangée ou au contact de la rangée normale.

**4° Anomalies de siège.** — L'anomalie de siège affecte une ou plusieurs dents qui peuvent se mettre soit à la place d'une autre (transposition), soit en dehors de l'arcade dentaire (migration); ou bien, l'arcade dentaire conservant sa série normale, on trouve une ou plusieurs dents surnuméraires sur des points éloignés du corps (hétérogénèse). On en a fréquemment trouvé dans la vessie. Dans les parties éloignées des mâchoires, les dents se rencontrent avec d'autres tissus au milieu desquels elles sont enkystées (kystes dermoïdes); elles sont alors tolérées ou donnent naissance à des abcès, des nécroses, etc.

Aux mâchoires, cette anomalie affecte de préférence les canines et les prémolaires supérieures; elle se confond presque toujours en ce cas avec l'anomalie d'éruption. En effet, si une dent fait son éruption très tard, ou si ses deux voisines se montrent trop rapidement, celles-ci prennent la place de l'absente. Pareil fait se produit souvent pour les canines qui, ne trouvant pas une place suffisante entre leurs voisines, se disposent hors rang en avant ou en arrière de l'arcade.

**5° Anomalie de l'éruption.** — L'anomalie d'éruption est relative à la précocité ou au retard, aussi bien de l'éruption que de la chute des dents. Elle peut frapper les deux dentitions. Parmi les faits intéressants qui s'y rattachent, signalons :

1° L'éruption au moment de la naissance. Il faut alors considérer les dents sorties comme des dents en avance, et non comme des dents de supplément, erreur qui pousse à les arracher. L'extraction aurait pour résultat de supprimer une dent d'ailleurs normale, peut-être de compromettre la dent permanente correspondante, et d'exposer à une hémorragie grave (cas de mort rapporté par MAGITOT et DAVID).

2° La précocité de la chute des dents temporaires peut entraîner un arrêt de développement du maxillaire et déterminer ultérieurement des anomalies de la deuxième dentition par insuffisance de place, d'où le précepte d'empêcher cette chute par un traitement approprié.

3° Le retard de la chute des dents de lait, ainsi que la précocité de l'éruption des permanentes, peut également déterminer des anomalies de direction ou de siège de ces dernières; mais on y remédie par des extractions faites en temps opportun.

4° La précocité de la chute des dents permanentes trouve son remède dans la prothèse.

5° Une dernière considération intéressante est celle du retard dans l'éruption des dents permanentes. Des faits d'éruption tardive ont été observés à tout âge (soixante-quatorze ans, MAGITOT et DAVID). Ils portent presque toujours sur les canines supérieures ou sur les dents de sagesse inférieures. L'éruption peut alors être entravée par le rapprochement des dents voisines, et occasionner des accidents graves (PEROLLAZ). D'autres fois ces faits, mal interprétés, sont pris pour des exemples de troisième dentition, dont aucun cas ne paraît avoir encore été rigoureusement observé.

**6° Anomalies de direction.** — L'anomalie peut frapper toute une arcade,