

c'est ainsi que l'inférieure se place en avant de la supérieure, ce qui donne lieu à une variété de prognatisme (*menton de galoche*). On observe le plus souvent : 1° l'inclinaison d'une ou de plusieurs dents en avant ou en arrière de la ligne de l'arcade, *antéversion, rétroversion*; en avant ou en arrière des dents voisines (*latéro-version*); 2° la rotation d'une dent autour de son axe, de manière à faire décrire à ses bords un quart de cercle et même davantage. Jusqu'à un certain âge (10 ou 15 ans), on peut ramener les dents déviées dans leur situation normale. On emploie à cet effet des fils qui agissent sur la dent déviée en prenant point d'appui sur les voisines; des appareils divers garnis de fils de chanvre, de soie ou de caoutchouc, de métal ou de plaques métalliques, prenant un point d'appui sur l'arcade dentaire, et tirant ou poussant la dent de façon à lui donner sa direction normale. Il est nécessaire, avec ces procédés, d'agir lentement si l'on veut éviter les douleurs et l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire. Ils ont l'inconvénient de nécessiter pendant longtemps la présence d'appareils dans la bouche; si en effet le traitement est interrompu trop vite, la dent reprend facilement son inclinaison vicieuse. Pour corriger les déviations par rotation sur l'axe, on préfère d'habitude la rotation brusque de la dent, pratiquée avec un davier. Une ligature ou un appareil contentif sont appliqués durant quelques jours pour que la dent ait le temps de se consolider.

7° **Anomalies de nutrition.** — Elles sont constituées par l'atrophie du follicule, l'hypertrophie d'un ou de plusieurs de ses éléments, ou sa dégénérescence kystique.

L'atrophie du follicule entraîne celle de la dent et son absence; elle est fréquente pour la dent de sagesse. L'hypertrophie donne lieu à l'odontome (BROCA) dont MAGITOT admet trois variétés : bulbaire, odontoplastique, radiculaire.

L'odontome bulbaire est une tumeur renfermant les éléments du bulbe considérablement hypertrophiés, avec un liquide séreux, séro-sanguinolent ou une multitude de bulbes agglomérés, des grains phosphatiques, des chapeaux de dentine, etc. Ils ont le plus souvent pour origine le follicule de la dent de sagesse inférieure, et siègent par suite vers l'angle de la mâchoire.

L'odontome odontoplastique présente plusieurs variétés, suivant la partie du follicule qui lui a donné naissance. On a ainsi les odontomes adamantins, dentinaires, cémentaires, cémento-dentaires; ou bien tous les éléments de la couronne donnent lieu aux odontomes coronaires circonscrits ou diffus.

L'odontome radiculaire est tantôt cémentaire ou dentinaire, tantôt cémento-dentinaire : ce dernier est de beaucoup le plus commun (FORGET, VEDL). BROCA a encore décrit les odontomes composés, dans lesquels entrent plusieurs follicules altérés de la même manière, et les odontomes hétérotopiques nés dans un follicule atteint d'une anomalie de siège.

La dégénérescence kystique du follicule donne naissance aux kystes folliculaires des mâchoires, sur lesquels nous reviendrons.

8° **Anomalies de structure.** — La plus importante est celle à laquelle on a donné le nom d'*érosion* (fig. 135). C'est une altération de la couronne, survenue dans le cours de la période intra-folliculaire, caractérisée par une usure, des échancrures courbes du bord libre de la dent, des sillons horizontaux circulaires siégeant sur la couronne. Elle occupe constamment avec le même caractère

les dents homologues des deux mâchoires ou d'une seule. Par ordre de fréquence, viennent pour la dentition temporaire les canines, les secondes prémolaires, les premières molaires, les incisives latérales, les incisives médianes; la dentition permanente est frappée de la façon suivante; la première molaire, les incisives inférieures et supérieures, la canine et les prémolaires, rarement la deuxième molaire et la dent de sagesse. Les divers degrés d'usure de la couronne



Fig. 135. — Érosion dentaire (COLEMAN).

ont été désignés par les termes d'*érosion en nappe* quand la lésion occupe une certaine étendue de *dents en étages ou en escaliers*, quand les sillons sont multipliés et nettement séparés en *gâteaux de miel* (TOMES), quand toute la couronne atteinte ne forme plus qu'un moignon. Au niveau des lésions, l'ivoire présente au microscope une ou plusieurs couches de globules dentinaires et d'espaces interglobulaires (GERMACK, VEDL), l'émail manque généralement.

L'érosion est attribuée à diverses causes; toutes les pyrexies de l'enfance : le scorbut, la coqueluche (FAUCHARD, BUNON, TOMES, BROCA), la scrofule (CAS-

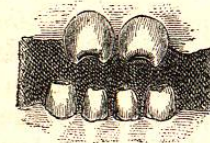


Fig. 136. — Dents syphilitiques dites d'HUTCHINSON telles qu'elles se présentent immédiatement après l'éruption (d'après COLEMAN).

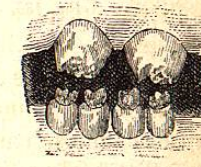


Fig. 137. — Dents syphilitiques quelque temps après l'éruption. Les parties superficielles sont usées (d'après COLEMAN).

TANIÉ), le rachitisme (MAHON, CASTANIÉ, NICATI), la syphilis héréditaire (HUTCHINSON, BERCKLY (fig. 136 et 137), HILL, PARROT), l'éclampsie infantile (MAGITOT, RATTIER).

Toutes ces causes agiraient en produisant un arrêt de développement de la dent en général, et une altération dans la structure de ses tissus. Signalons encore des taches brunes opaques de l'émail dues à une modification chimique de cette substance; enfin une friabilité spéciale de ce tissu au niveau des sillons et des anfractuosités de la couronne.

9° **Anomalies de disposition.** — On en a décrit cinq espèces : 1° *Anomalies de continuité*, par réunion de deux ou plusieurs dents voisines, suivant toute leur étendue, ou portant seulement sur la couronne ou la racine; on les trouve le plus souvent aux incisives et aux molaires, elles ont pour cause la pression de deux sacs folliculaires dont la paroi intermédiaire a disparu. Cette disposition peut donner lieu à des difficultés d'extraction. 2° *Anomalies par dis-*

jonction consistant dans la séparation plus marquée que d'habitude des racines ou des tubercules d'une couronne : cependant la séparation n'est jamais totale.

3° *Anomalies par atrésie du maxillaire.* — La diminution de diamètre des mâchoires, surtout à la supérieure, s'accompagne d'une augmentation de profondeur de la voûte palatine, et coïncide souvent avec des végétations adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne (DAVID). Pour y remédier, on a recours aux pressions avec les doigts, pratiquées matin et soir ; chez les jeunes enfants, on applique un appareil composé de deux plaques et d'un ressort exerçant une pression excentrique sur les deux moitiés de l'arcade dentaire (LEFOULON).

4° *Anomalies par augmentation du diamètre transversal des mâchoires.* — On ne peut corriger cette difformité que chez les jeunes enfants, à l'aide des moyens agissant en sens inverse des précédents. Il existe souvent, dans cette variété, un espace vide (diastéma) normal chez le singe et les races humaines inférieures.

5° *Disposition vicieuse des arcades dentaires l'une par rapport à l'autre.* — Elle est ordinairement le résultat de plusieurs anomalies de siège et de direction ; les dents des deux arcades s'engrènent anormalement les unes avec les autres. La correction de pareilles anomalies est toujours longue et difficile.

§ 6. — Indications de l'extraction dentaire
Accidents qui peuvent compliquer cette opération

Bibliographie. — BLAGDEN, *Hémorragies consécutives*, in *Med. Chir. Transact.*, London, 1817. — DUVAL, 1823. — DELESTRE, Paris, 1870. — MOREAU, *Hémorragies dent.*, in *Arch. gén. de méd.*, 1873. — MAGITOT et DAVID, *Hémorr. mortelles chez un nouveau-né*, in *Gaz. des Hôp.*, 1876. — MOREAU, *Union médic.*, 1877 et 1878. — HÉMARD, *Soc. de chir.*, 1879. — MOREAU, *Arch. de méd.*, 1879. — GUÉNARD, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1882.
Thèses de Paris. — 1802, CAIGNÉ. — 1871, DELESTRE. — 1876, LUIGI.

1° INDICATIONS DE L'EXTRACTION

En thèse générale on doit autant que possible conserver les dents. L'ablation d'un organe, ainsi que le fait remarquer SARRAZIN, indique notre impuissance : c'est la défaite de l'art. Il est un certain nombre de circonstances dans lesquelles nous ne saurions agir autrement. D'après MAGITOT, l'extraction est formellement indiquée :

1° Lorsqu'une dent surnuméraire déviée ou anormale détermine par sa présence une irrégularité de l'arcade dentaire, et que cette irrégularité échappe aux moyens thérapeutiques.

2° Lorsqu'une dent frappée d'altérations avancées cause des désordres de voisinage, phlegmons périodiques graves, abcès de la gencive ou de la joue, fistule, etc..

3° Lorsque par suite d'une affection aiguë ou chronique de l'alvéole, des gencives et des maxillaires, une dent sera ébranlée à un point qui ne permette plus d'espérer sa consolidation et sa conservation.

4° Nous pensons que l'extraction est encore indiquée lorsqu'on se trouve en présence de certaines odontalgies qui résistent à tous les topiques et à la cautérisation. Ces cas sont certainement rares, mais ils peuvent se rencontrer dans la pratique.

L'extraction exige, dit TOMES, l'accomplissement des conditions suivantes :
1° Enlever en totalité l'organe nuisible. 2° Blessé aussi peu que possible les tissus dans lesquels il est implanté. 3° Éviter au malade toute douleur inutile.

Cette opération étant décidée, il faut la pratiquer sans retard. L'arsenal chirurgical contient plusieurs instruments que l'on peut employer à cet usage. Les principaux sont : la clef de Garengéot, les daviers et les élévatoires. Nous ne saurions entrer dans la description des manœuvres opératoires, nous engageons toutefois les élèves à se familiariser de bonne heure avec l'usage des daviers. L'extraction pratiquée avec ces instruments est plus facile, moins douloureuse pour le blessé ; et, circonstance capitale, le chirurgien peut éviter plusieurs complications (fracture des dents, des parois alvéolaires, contusion des gencives, etc.) dont la fréquence est grande lorsqu'on se sert de la clef.

2° ACCIDENTS DE L'EXTRACTION

DELESTRE a groupé ces accidents en cinq catégories.

1° Accidents portant sur la dent elle-même et les voisines. — Fracture de la dent, fracture et luxation des dents voisines, extraction des germes de deuxième dentition.

2° Accidents intéressant les maxillaires. — Fractures du bord alvéolaire et des mâchoires, luxation du maxillaire inférieur, ouverture du sinus maxillaire.

3° Accidents intéressant les parties molles. — Déchirure et décollement de la gencive, contusions et blessures de la lèvre et des joues.

4° Névralgies, tétanos, complications du côté des organes des sens.

5° Accidents chez les femmes en état de grossesse ou de lactation.

La plupart de ces complications ont été ou seront décrites dans le cours de cet ouvrage. Seule, l'hémorragie dentaire mérite de nous arrêter quelques instants ; on peut en effet estimer à trente le nombre de décès actuellement imputables à cette cause.

Hémorragie dentaire. Étiologie. — Parmi les circonstances qui favorisent la production d'une hémorragie dentaire, il faut signaler toutes les manières d'être de l'organisme dans lesquelles la plasticité du sang a diminué. Ainsi agissent l'hémophilie, le scorbut, le diabète, l'anémie, différentes intoxications, en particulier l'impaludisme. Un certain nombre de lésions locales, antérieures ou consécutives à l'opération, facilitent aussi l'écoulement du sang ; de ce nombre sont : les périostites alvéolo-dentaires, les fractures de l'alvéole, la présence d'une esquille dans la cavité alvéolaire, la succion, etc.

Age. Sexe. — La plupart des hémorragies dentaires ont été observées sur des adultes, et, chose curieuse, sur des sujets du sexe masculin. On a cependant cité deux cas d'hémorragies mortelles à la suite de l'extraction de dents à éruption précoce (MAGITOT et DAVID).

Symptômes. — Tantôt l'hémorragie suit immédiatement l'extraction et prend d'emblée un caractère inquiétant; tantôt au contraire son début est des plus insidieux. L'écoulement s'arrête aussitôt après l'extraction; plusieurs heures, quelques jours même se passent dans une sécurité apparente, puis soudain l'hémorragie reparait. Fréquemment elle débute pendant la nuit, souvent alors elle est provoquée par des mouvements de succion involontaires du sujet. — Cette deuxième forme à marche insidieuse, hémorragie à répétition, est beaucoup plus grave que la première.

Traitement. — Avant de chercher à faire l'hémostase, il faut examiner l'alvéole malade et s'assurer qu'il n'existe aucun corps étranger, aucune esquille dont la présence s'oppose à la coagulation du sang; la cavité alvéolaire est en même temps nettoyée avec soin. Pour empêcher l'issue du sang, on a employé les styptiques (alun, tannin, acides minéraux), les hémostatiques (perchlorure de fer, eau de Pagliari), les substances résineuses en poudre, la glace, le fer rouge, l'amadou, etc... Ces moyens réussissent parfois, mais il n'est pas possible de compter sur eux d'une façon certaine.

Il n'en est plus de même du tamponnement de la cavité fait avec quelques précautions et aidé d'une compression méthodique.

Pour obturer l'alvéole on peut employer :

1° La cire simple ou roulée dans une poudre styptique. 2° La charpie trempée dans la cire fondue et saupoudrée d'une poudre inerte. 3° Le plâtre gâché épais pour que sa prise soit rapide. 4° Les alliages métalliques ou autres ciments dont on se sert pour obturer les dents cariées. 5° Le liège ou l'éponge préparée, taillés en cône et introduits avec force dans l'alvéole. 6° L'agaric, la toile d'araignée en boulettes. 7° L'ouate imbibée d'une teinture résineuse concentrée. 8° MAGITOT, lors de la discussion qui suivit la lecture de l'observation d'HÉMARD (Soc. de chir., 1879), a proposé le moyen suivant, qu'il donne comme infailible.

« Un fragment convenable de gutta-percha étant ramolli dans l'eau, on le mélange avec une partie égale de charpie, de manière à constituer une masse à la fois fibreuse et malléable, puis avant de l'introduire et en le tenant tout prêt d'une main, on pratique un lavage soigneux et très complet de l'alvéole avec une boulette d'ouate imbibée de chloroforme. Le tampon introduit devient alors adhérent; il est maintenu jusqu'à durcissement. On fait ensuite rapprocher les mâchoires, et les dents opposées à l'alvéole tamponné s'impriment dans la substance, et établissent la compression qu'on maintient par un bangage approprié, une fronde par exemple. Dans ma conviction, ajoute MAGITOT, aucune hémorragie alvéolaire ne peut résister à un tamponnement avec une substance telle que la gutta-percha, ou à son défaut une résine, de la cire à cacheter ramollie à chaud, en faisant en sorte par un lavage préalable de la plaie, avec le chloroforme ou l'alcool, qu'il s'effectue une adhésion absolue de la substance aux parois alvéolaires. »

Le tampon obturateur, quelle qu'en soit la substance, devra être assez gros pour dépasser le niveau du bord alvéolaire et donner un point d'appui à un compresseur; s'il y a une perte de substance, l'obturateur doit la combler entièrement; s'il y a une fracture, il ne faut pas qu'il écarte les fragments. Par-dessus,

si l'arcade alvéolaire supérieure ne suffit pas, on mettra un coin de liège, ou, à l'exemple d'ANEL, une plaque de plomb. Cependant, dans quelques cas excessivement rares, ces moyens peuvent être insuffisants. C'est alors que se pose la question de l'intervention chirurgicale. BRODIE (1816), BLAGDEN (1817), HÉMARD (1879), ont eu recours à la ligature de la carotide primitive. C'est là, nous n'hésitons pas à le dire, une conduite blâmable et absolument antichirurgicale. Si en effet une opération est nécessaire, les notions les plus élémentaires nous indiquent que c'est à la ligature de la carotide externe, non de la carotide primitive, que l'on doit avoir recours.

Il ne faut pas négliger ici l'usage de certains médicaments, du sulfate de quinine en particulier. Son action est spécialement indiquée lorsque le malade a habité un pays palustre, alors même qu'il n'aurait jamais eu de manifestations. VERNEUL a pu ainsi arrêter une hémorragie dentaire qui avait résisté aux moyens de traitement les plus actifs (Voir LUIGI, Th. de Paris, 1876.)

2° MALADIES DES GENCIVES

1^{er}. — Lésions traumatiques et inflammatoires

1° LÉSIONS TRAUMATIQUES

Bibliographie. — PUTÉGNAT, *Gingiv. des tailleurs de verre et de cristal*, Paris, 1860. — MAGITOT et DAVID, *Gaz. des Hôp.*, 1876-79. — Article GENCIVES du *Dict. encyclop.*, 1881.

Les contusions, plaies contuses et déchirures des gencives se rencontrent assez communément dans la pratique de la chirurgie; elles constituent une des complications les plus fréquentes de l'extraction avec la clef de Garengot. Cet instrument, levier du premier genre, prend son point d'appui sur la gencive même; comme cette dernière repose directement sur le maxillaire, si la résistance opposée par la dent est un peu considérable, la pression augmentera, et les parties molles seront écrasées. Les déchirures se produisent par un autre mécanisme: au moment où la dent luxée abandonne son alvéole, si le chirurgien n'a pas pris la précaution de détacher les adhérences de la gencive à la dent, les parties molles accompagnent ce dernier organe et sont arrachées sur une étendue variable. Cet accident est fréquent à la suite de l'extraction de la dent de sagesse inférieure, à laquelle la gencive très épaisse adhère fortement sur la face postérieure. Parfois un opérateur maladroit et peu soigneux enfonce le crochet de la clef ou les mors du davier dans les parties molles qu'il déchire ainsi directement. Enfin l'emploi de la langue de carpe ou du pied de biche s'accompagne forcément d'une plaie assez étendue de la gencive. Fort heureusement ces lésions ne présentent pas une gravité bien considérable. On se bornera à prescrire au malade un gargarisme antiseptique (solution au chloral), ou émoullient dans lequel on ajoutera 1^{gr},50 de chlorate de potasse pour 100 grammes d'eau.

2° LÉSIONS INFLAMMATOIRES. — GINGIVITES

Parmi les diverses formes de gingivite, il en est qui reconnaissent pour cause la présence d'un corps étranger qui s'est introduit entre la gencive et la dent. La gingivite par dépôt de tartre, ou gingivite tartarique, est le type de cette variété.

a. *Gingivite tartarique.* — Chez quelques sujets, sous l'influence de certains états de la salive, il se fait au niveau du collet de la dent, ou sur une partie de la couronne, un dépôt de tartre dont l'abondance est parfois considérable. Bientôt cette substance sépare la gencive de la dent et pénètre entre ces organes à la façon d'un coin. La présence de ce corps étranger ne tarde pas à déterminer une réaction inflammatoire, le bord libre de la gencive se soulève et forme un bourrelet rougeâtre fongueux; si la cause persiste, l'inflammation augmente, les gencives deviennent partout fongueuses, saignent au moindre contact, il existe alors un véritable bourrelet festonné appendu au collet des dents. L'inflammation se propage à la longue au périoste alvéolo-dentaire, les dents sont ébranlées, et si l'on n'intervient pas, finissent par être expulsées.

Traitement. — La première indication est l'ablation du corps étranger; il existe pour cela des burins et grattoirs de diverses formes, mais la spatule de nos troupes, la pointe mousse d'une branche de ciseaux, un bistouri à lame mince et étroite pour passer dans les interstices peuvent être utilisés; ces dépôts sont souvent très épais et résistants. Ce nettoyage fait, les gencives s'affaissent d'elles-mêmes; si la guérison tardait à se faire, on pourrait l'activer par des applications de chlorate de potasse ou des cautérisations avec des substances inoffensives pour les dents, tel est l'acide chromique; celui du commerce, qui contient jusqu'à 25 et 30 p. 100 d'acide sulfurique, doit être rejeté; on se servira d'acide chromique chimiquement pur; ce dernier constitue une poudre d'un rouge sombre très hygrométrique qui, si le flacon a été ouvert, forme une pâte molle. L'extrémité d'un morceau de bois taillé en spatule est trempée dans cette pâte, puis promenée sur les parties malades; on obtient ainsi une escarre plus ou moins profonde, mais bien limitée. Sous l'influence de ce caustique les parties se modifient, la suppuration diminue; après la chute de l'escarre, la réparation commence. A défaut d'acide chromique, on pourrait toucher les gencives avec la pointe d'un crayon de nitrate d'argent, et mieux avec le fer rouge. L'emploi alternatif du fer rouge et de l'acide chromique donne les meilleurs résultats.

b. *Gingivite des fumeurs, des verriers.* — De la gingivite par dépôts de tartre, on peut rapprocher une variété de gingivite spéciale aux fumeurs. La lésion dans ce cas est provoquée par de petits débris de charbon qui viennent se déposer sur les gencives. La fumée de tabac, par son action irritante, augmente encore l'inflammation. Enfin, PUTÉGNAT a décrit une gingivite spéciale aux ouvriers employés à tailler le verre à Baccarat, l'irritation est alors produite par les fines molécules de verre qui viennent s'incruster dans les gencives, peut-être ne s'agit-il là que d'une simple variété de gingivite plombique.

§ 2. — Tumeurs des gencives

1° HYPERTROPHIE CONGÉNITALE DES GENCIVES

Cette affection, excessivement rare, a été signalée pour la première fois par SALTER en 1859; depuis, MARC GILLIVRAY, GROSS, HEATH et WATERMANN, en ont rapporté des exemples. L'hypertrophie des gencives est caractérisée par le développement, à la surface de ces parties, de masses dures, quelquefois pédiculées comme de véritables polypes, et qui dans d'autres cas occupent le bord alvéolaire dans toute son étendue. Ces productions résultent uniquement de l'hypertrophie des éléments qui entrent normalement dans la structure du tissu gingival. Les papilles en particulier acquièrent parfois un développement remarquable, et donnent lieu à une sorte d'ectropion des lèvres. L'extirpation est le seul traitement applicable à ces tumeurs.

2° ÉPULIS (επι, sur; εὔλον, gencives)

Bibliographie. — SAUREL, *Mém. sur...*, Montpellier, 1858. — RICHET, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1861. — FOUILLOUX, *Gaz. des Hôp.*, 1868. — *Discuss. sur le traitement*, in *Soc. de chir.*, 1868. — TRÉLAT, *Gaz. des Hôp.*, 1878. Thèse de Paris. — 1880, GUEURY.

On désigne sous ce nom les tumeurs qui se développent sur les gencives, quelle que soit du reste leur nature.

Siège. Variétés. — Ces tumeurs siègent plus souvent à la mâchoire inférieure qu'à la supérieure. Sur vingt cas réunis par SAUREL et dans lesquels le point d'implantation était indiqué, treize fois la production occupait la mâchoire inférieure, sept fois seulement la supérieure. L'épulis se développe en n'importe quelle partie de la mâchoire, plus fréquemment peut-être au niveau des grosses molaires. Son point d'origine est généralement dans un intervalle dentaire, quelquefois sur la partie labiale des gencives, rarement sur leur face buccale. Les variétés communément observées sont : le sarcome et l'épithéliome.

Anatomie pathologique. — Le sarcome affecte deux formes bien distinctes : 1° Sarcome fasciculé, tumeur fibro-plastique de LEBERT. 2° Sarcome à cellules myéloïdes, genre de néoplasme auquel E. NÉLATON et ROBIN ont donné le nom de tumeur à myéloplaxes. Enfin on a signalé quelques cas de sarcome ossifiant. Les myxomes, d'après la plupart des auteurs, naissent du tissu osseux lui-même. MAGIROT cependant affirme avoir vu des tumeurs de ce genre directement implantées sur le périoste. Les divergences sont plus grandes encore lorsqu'il s'agit de fixer le départ de la tumeur à myéloplaxes, à laquelle on réserve spécialement le nom d'épulis sarcomateux. E. NÉLATON avait avancé