

paroi se résorbe, affaiblissant encore ainsi le faible soutien fourni par la gencive elle-même en partie détruite. Sans cesse heurtée par la langue, finalement la dent tombe et alors la guérison ne tarde pas. La gencive se rétracte et se cicatrise par-dessus le rebord alvéolaire atrophié. Malheureusement, comme d'ordinaire plusieurs dents sont simultanément atteintes à des degrés divers, la durée totale de la maladie en générale est très longue. Cette donnée, de même que les troubles de la nutrition auxquels expose la chute des dents, assombrit le *prognostic*. Ce serait toutefois une erreur que de désespérer de la guérison; un traitement convenable peut y conduire.

Diagnostic. — L'intégrité de la dent, sa mobilité primitive, sa chute spontanée après une suppuration alvéolaire qui a gagné de la gencive dans la profondeur jusqu'au sommet de la racine, tout cela constitue un complexe clinique d'un *diagnostic* facile. L'*ostéopériostite alvéolaire* simple et chronique s'en distingue en ce qu'elle a pour point de départ une dent malade et aussi parce que ses lésions évoluent de la profondeur de l'alvéole vers la gencive. De même on évitera une erreur si l'on tient compte de la mortification de la pulpe ou de la notion d'un traumatisme antérieurement subi par la dent dont les racines sont atteintes de résorption spontanée. Chez les vieillards, chez les ataxiques, la chute spontanée des dents par atrophie du bord alvéolaire survient sans suppuration. Enfin, les gingivites simples exceptionnellement causent la chute des dents.

Traitement. — Le *traitement* de la périodontite expulsive réclame, en plus des soins particuliers en rapport avec l'état général des malades, des soins locaux. Tout à fait au début, par de légers badiageonnages à la teinture d'iode avec pénétration du liquide sous le bord libre de la gencive, on tentera la désinfection de la partie malade. Malassez et Galippe recommandent même, quand la gencive est décollée, de l'exciser pour ouvrir largement les clapiers qu'elle recouvre et permettre leur désinfection par des lavages au sublimé. D'autres auteurs préconisent le perchlorure de fer, le chlorure de zinc, le nitrate d'argent, ou encore la cautérisation au fer rouge. Pour Magitot, rien ne vaut l'acide chromique que l'on emploiera, solide, déliquescent ou en solution, en ayant soin de le faire pénétrer entre la gencive et le collet de la dent jusque dans l'alvéole. Après une réaction assez vive avec exagération des phénomènes morbides, l'amélioration se manifeste. Cette intervention demande à être renouvelée tous les six ou huit jours jusqu'à guérison; on complétera le traitement par l'administration à l'intérieur de 1 à 4 grammes de chlorate de potasse donné en pastilles que le malade laissera fondre dans sa bouche.

III. — OSTÉOPÉRIOSTITE ALVÉOLAIRE (1).

Lorsque l'inflammation du revêtement périostique et de l'os reste limitée au bord alvéolaire sans gagner le corps même des maxillaires, on dit qu'il y a *ostéopériostite alvéolaire*.

Étiologie. — En tête de l'*étiologie* de l'ostéo-périostite alvéolaire on doit inscrire la *carie dentaire*; après avoir détruit l'émail en un point de la couronne, altéré l'ivoire et provoqué l'inflammation de la pulpe, l'agent infectieux de la carie dentaire enflamme le ligament alvéolo-dentaire, provoque une véritable *arthrite dentaire* ou, comme certains disent, une *périodontite*.

D'autres fois la carie, après avoir détruit la pulpe de la dent, grâce au canal de la racine laisse un chemin ouvert entre l'extérieur et l'articulation dentaire, que peuvent atteindre les agents septiques de la cavité buccale.

Les *traumatismes dentaires*, eux aussi, sont cause d'ostéopériostite; toute violence qui ouvre et dilacère l'articulation alvéolo-dentaire, telle la fracture ou la luxation d'une dent, la pénétration entre le collet et la gencive d'une arête, d'un éclat d'os, peut être suivie d'infection et d'inflammation.

Certaines inflammations primitivement localisées aux gencives, elles aussi, sont susceptibles de gagner la profondeur, c'est ainsi que procèdent les *gingivites* dans certaines intoxications métalliques (plomb, mercure, phosphore, arsenic), dans certaines infections générales (fièvres éruptives, typhoïde, etc.), ou encore la gingivite pseudo-membraneuse. Nous reviendrons sur cette donnée étiologique à propos de la nécrose des maxillaires.

Enfin l'on signale des cas d'ostéopériostite alvéolaire *spontanée* ou plus exactement de cause inconnue; l'affection, qui siège alors de préférence au niveau des incisives, relèverait de la *diathèse rhumatismale* ou chez la femme de *troubles menstruels*. Plus fréquemment, ces deux dispositions morbides, auxquelles il convient d'ajouter le *froid humide*, ajoutent leur influence déterminante à l'action prédisposante des causes précédemment énumérées.

Anatomie pathologique. — Au point de vue *anatomopathologique*, suivant qu'il y a ou non formation de pus, l'ostéopériostite alvéolaire est dite *suppurée* ou *simple*.

En général, tout d'abord l'inflammation est localisée au niveau de la pointe de la racine d'une dent cariée; puis peu à peu elle remonte plus ou moins vers la couronne, intéresse rarement dans toute son étendue le périoste de l'alvéole, et, chose remarquable, respecte toujours son intégrité au niveau de sa réunion avec la gencive. Gorgé de sang, infiltré d'exsudats inflammatoires, épaissi par

(1) TELLIER, Fistules dentaires, thèse de Paris, 1892.

suite, il tend pour ainsi dire à chasser la dent de la cavité où elle est implantée. De plus, il a perdu de son adhérence aux deux surfaces qu'il unit, et en cas d'extraction il se déchire en lambeaux irréguliers qui restent appendus soit à l'os, soit à la racine de la dent.

Ces désordres de l'ostéopériostite simple sont susceptibles de rétrograder, et tout rentre dans l'ordre pour un temps plus ou moins long, ou bien l'inflammation persiste. La membrane alvéolaire devient fongueuse, forme comme une houppe de bourgeons charnus à la pointe de la racine, ou bien elle dépose à sa surface de nouvelles couches de ciment. Autrement encore le périoste alvéolo-dentaire s'atrophie et, comme dans les formes précédentes, l'inflammation cause l'étranglement, l'oblitération du faisceau vasculo-nerveux destiné à la pulpe; la dent est privée de tout afflux nerveux et sanguin, elle meurt, c'est un corps étranger enchâssé dans l'alvéole.

Fréquemment l'ostéopériostite alvéolaire suppure; il se forme un *abcès dentaire*. Au sein des fongosités tout à l'heure signalées autour de la racine malade se forme du pus qui, s'accumulant entre la dent et la paroi alvéolaire, refoule le tissu cellulo-fibreux du ligament dentaire vascularisé et fongueux. Ainsi se trouve constituée la prétendue membrane pyogénique des anciens auteurs. Cherchant une issue vers l'extérieur le pus, se traçant un chemin au sein du ligament dentaire, fuse le long de la racine, décolle le bourrelet gingival et finalement suinte au niveau du collet de la dent.

Parfois l'inflammation suppurative du ligament dentaire se propage par continuité de tissu à la gencive qui suppure à son tour et devient le siège d'un abcès vulgairement qualifié d'*abcès dentaire*. Cet *abcès intragingival* a pour parois d'un côté la muqueuse gingivale, de l'autre le périoste du maxillaire: l'os n'est pas dénudé.

Dans certains cas, à mesure que le pus au fond de l'alvéole augmente de quantité, sous l'influence de la pression qu'il exerce, le tissu osseux se résorbe en un point sur l'un des côtés de la cavité osseuse; il s'y forme un pertuis (fig. 229). Pour certains auteurs, le mécanisme de production de ce pertuis serait différent; ayant détruit en un point la membrane qui l'enveloppe, le pus s'infiltré dans les mailles du tissu osseux, d'où une ostéite, puis une nécrose limitée, et finalement le pus arrive sous la fibro-muqueuse qui tapisse le rebord alvéolaire ou l'antre d'Highmore quand il s'agit des dents dont les racines ne sont séparées de cette cavité que par une mince cloison osseuse (fig. 230). Dans ce dernier cas, il se produit un *abcès du sinus maxillaire* sur lequel il ne nous appartient pas de nous étendre. Mais si le pus, au sortir de l'alvéole, se trouve sous la fibro-muqueuse gingivale, si cette dernière à son tour se laisse perforer, il y a alors *fistule gingivale*. Cette fistule, qui conduit sur l'extrémité de la racine point de départ du mal, se traduit superficiellement par une petite excroissance rouge, molle, fongueuse, qui flotte sur la gencive où

elle fait l'office d'une soupape située au-dessus de l'orifice fistuleux.

Si en regard du pertuis osseux la fibro-muqueuse résiste, le pus décolle la gencive, se collecte en un *abcès sous-périostique*, encore appelé *abcès dentaire*. La formation de cet abcès a été précédée de réaction du tissu cellulaire sus-jacent au périoste, réaction qui s'est traduite par un œdème inflammatoire, une *fluxion dentaire*. Puis une fois formé, l'abcès tend à s'ouvrir et cela d'habitude au niveau de la gencive. Dans certains cas, l'ouverture se fait dans le sillon gingivo-buccal, à la face interne de la joue ou des lèvres, à la face inférieure de la voûte palatine ou bien encore à la peau de la joue ou du menton. Ces particularités s'observent lorsque le mal est parti d'une dent dont la pointe de la racine dépasse le sillon gingivo-buccal; alors, en effet, le pertuis osseux déverse le pus dans la profondeur de la joue où se forme un phlegmon qui tend à se faire jour à la peau (Salter) et laisse à sa suite une *fistule dentaire*.

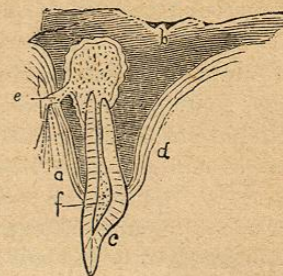


Fig. 229. — Section d'un maxillaire supérieur démontrant un abcès alvéolaire sur une incisive médiane supérieure. — a, gencive; — b, os maxillaire; — c, point de la dent où doit se pratiquer la trépanation; — d, voûte palatine; — e, ouverture de la fistule dentaire; — f, incisive montrant le canal de la dent rempli de pus.

La propagation à distance de l'ostéopériostite alvéolaire s'observe encore par continuité de l'inflammation périostique; le long du corps du maxillaire inférieur, le long de sa branche montante, elle gagne jusqu'à la gaine du muscle temporal (Gosselin) où le phlegmon peut supurer. Enfin l'on cite, toujours d'après Salter, le fait d'un abcès fistuleux situé au-dessous de la clavicle, lequel, dépendant d'une ostéopériostite alvéolaire, ne guérit qu'après l'extraction de la petite molaire, cause première de tout le mal.

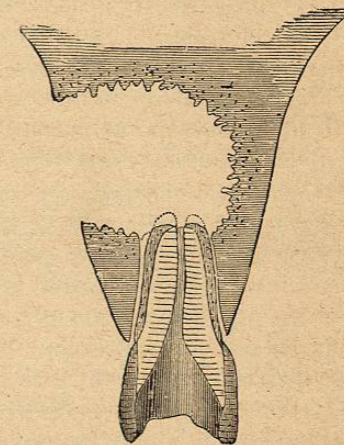


Fig. 230. — Section d'une dent et d'un procès alvéolaire démontrant le résultat d'un abcès alvéolaire dans une bicuspide supérieure.

La persistance des *fistules dentaires* trouve son explication naturelle moins dans la persistance, exceptionnelle du reste, des désordres inflammatoires des parties molles juxtaposées que dans les lésions chroniques de la dent malade et du maxillaire lui-même. Plongeant au milieu du pus, enflammée elle-même, puis mortifiée par

destruction de sa pulpe et de son ligament, la dent joue le rôle de corps étranger par sa racine incluse dans le maxillaire. De plus, ce dernier, en regard de la dent malade, est le siège d'une ostéite, puis d'une nécrose plus ou moins limitées; aussi, tant que restent en place la racine et le séquestre, la fistule dentaire persiste.

Symptomatologie. — En rapport avec les lésions anatomiques, la *symptomatologie* de l'ostéopériostite alvéolaire présente des aspects cliniques variables suivant les cas. Simple congestion inflammatoire du ligament alvéolaire, l'affection se traduit pour le patient par une impression analogue à celle qui résulterait de l'implantation dans l'alvéole d'un corps étranger; c'est une sensation de gêne, de tension. En même temps la dent paraît trop longue; le resserrement des mâchoires la ramène de niveau et supprime la sensation anormale qu'elle provoque.

Tout peut en rester là et en quelques heures ou jours la poussée inflammatoire se calme, ou bien le mal progresse; l'abcès alvéolaire se forme. Alors se montre un ensemble de phénomènes généraux caractéristiques: fièvre, frissons, perte de l'appétit et du sommeil. La douleur devient plus vive; elle est pulsatile, continue avec intervalles d'élançements aigus. Elle est exaspérée par le contact des corps chauds, le décubitus dorsal, la pression sur la dent malade qui est allongée et un peu mobile. Parfois enfin apparaissent aussi les irradiations douloureuses et les points caractéristiques de la névralgie de la branche du trijumeau qui correspond au maxillaire malade.

Tant que le pus n'a pas trouvé d'issue au dehors de l'alvéole, la douleur persiste intense, voire même atroce quand l'étranglement des tissus s'exagère. Mais dès qu'il s'est fait jour sous les parties molles, la crise se calme et en même temps apparaît la fluxion dentaire.

Tout d'abord en effet la gencive a présenté en un point douloureux, correspondant à la racine de la dent malade, de la tuméfaction et de la rougeur et, bientôt, ces symptômes rapidement envahissent la gencive tout entière. Elle se laisse soulever par l'œdème inflammatoire, la fluxion dentaire, puis par l'abcès dentaire; alors elle est rouge, violacée, fluctuante; ses couches superficielles s'amincissent peu à peu, prennent une teinte jaunâtre, traces du pus sous-jacent, enfin l'abcès crève et évacue un contenu fétide. Une *fistulette gingivale* persiste, s'ouvrant près d'une petite excroissance fongueuse, rouge violacée, et laisse suinter quelques gouttes de pus.

D'autres fois la tuméfaction apparaît dans le sillon gingivo-buccal, ou bien à la voûte palatine et en ces régions évolue un abcès. Autrement encore l'inflammation se porte vers la joue. Rare dans les ostéopériostites alvéolaires des incisives et des canines de la mâchoire supérieure, cette terminaison a été observée dans les inflammations parties de toutes les autres dents. Si l'affection siège au maxillaire supérieur, la joue est envahie soit au niveau de la fosse canine, soit

au point correspondant à l'extrémité de la racine malade. Quand il s'agit du maxillaire inférieur, la tuméfaction se montre à côté du menton, le long du bord inférieur de l'os, dans la région massétérine, voire même à hauteur de la tempe ou bien plus bas sur les côtés du cou, la région claviculaire. La région chaude et douloureuse est le siège d'une tuméfaction et d'une rougeur tout d'abord diffuse, qui, lorsque l'abcès doit s'ouvrir à l'extérieur, se circonscrivent, et tardivement, souvent après quinze jours ou trois semaines, l'induration se résout et laisse percevoir de la fluctuation.

Finalement la peau s'amincit, cède en un ou plusieurs points et l'abcès se vide; cependant tout n'est pas encore terminé, et alors s'organise la fistule dentaire.

La *fistule cutanée* offre un orifice externe légèrement déprimé, circonscrit par une auréole rosée, ou bien elle s'ouvre au sommet d'une masse fongueuse; des granulations ont pris naissance autour, et, tantôt elles simulent un ulcère tuberculeux, tantôt elles s'épidermisent et deviennent de véritables productions cornées. Quand le trajet de la fistule est court, la peau qui adhère à l'os sous-jacent, s'amincit, revêt l'aspect d'une cicatrice de brûlure. Si l'abcès s'est formé loin de la dent malade, le conduit fistuleux est unique ou multiple; parfois encore il présente un orifice unique et des rameaux multiples dans la profondeur.

Généralement étroite et anfractueuse, la fistule se traduit au toucher par la sensation d'un cordon induré. Elle laisse suinter du pus en petite quantité, et par intervalles, soit que le pus ne trouve pas un libre écoulement au dehors, soit qu'il survienne de nouvelles poussées d'ostéopériostite, l'inflammation se réveille dans les parties molles; de nouveaux abcès évoluent, laissant eux aussi de nouvelles fistules, et le malade est exposé à ces accidents tant que la dent n'est pas extraite, tant que persiste un point nécrosé dans le maxillaire.

L'évolution clinique des abcès du sinus maxillaire a été exposée par André Castex, dans ce volume, page 629. Quant aux adénites sous-maxillaires qui peuvent compliquer la marche de l'affection, elles seront étudiées par Morestin dans le tome VI.

Diagnostic. — Le *diagnostic* de l'ostéopériostite alvéolaire est relativement facile dans les formes franchement aiguës: mais quand la phlegmasie est subaiguë ou chronique avec des poussées aiguës, l'on peut songer à une carie dentaire avec pulpite, une névralgie faciale; enfin la fistule dentaire, à tort peut-être attribuée à une nécrose du maxillaire: elle peut, faute d'attention, être prise pour une fistule salivaire.

L'inflammation de la pulpe d'une dent cariée à l'état aigu provoque des douleurs plus intenses que l'abcès alvéolaire; aiguë ou chronique; elle ne donne pas au patient la sensation de l'allongement de la dent; elle ne provoque ni rougeur ni tuméfaction de la gencive. Du reste

souvent le diagnostic perd bientôt tout intérêt, la pulpite se compliquant d'ostéopériostite.

La névralgie faciale sera essentielle et alors se caractérisera par l'absence de tout symptôme local, ou bien elle sera symptomatique de l'ostéopériostite.

Indice d'une nécrose du corps même de la mâchoire, la fistule aboutit dans la profondeur sur une partie osseuse tuméfiée, tandis que la fistule dentaire conduit vers une dent malade. Enfin les fistules salivaires se reconnaîtront à la nature du liquide qu'elles fournissent, à son écoulement plus prononcé sous l'influence des mouvements de mastication.

Un dernier point du diagnostic reste à relever : reconnaître la dent point de départ du mal, lorsqu'il en existe plusieurs cariées. D'après les auteurs du *Compendium*, si le trajet fistuleux est long, l'on découvrira dans l'épaisseur des parties molles un cordon dur, arrondi, allant de l'orifice cutané vers la dent malade ; si au contraire la fistule est courte, avec un fin stilet on arrivera sur la dent et l'on y réveillera de la douleur.

Pronostic. — L'ostéopériostite alvéolaire en général n'offre pas de gravité. Inutile de relever la perte de la dent qui, cariée, menaçait déjà ruine et la présence d'une fistulette gingivale qui souvent reste méconnue du malade. Rares encore sont les cas où le mélange du pus avec les aliments et la salive cause quelque trouble de la santé générale. Exceptionnellement on a vu survenir comme complication mortelle un phlegmon du cou, une phlébite des veines de la face avec propagation aux sinus du crâne. Enfin, si l'extension de la phlegmasie au périoste du corps du maxillaire, et par suite sa nécrose plus ou moins étendue, est à redouter dans les cas d'abcès dentaire de la mâchoire inférieure chez les sujets scrofuleux, la plus désagréable terminaison à prévoir de l'ostéopériostite alvéolo-dentaire, c'est la formation d'une fistule cutanée et la formation d'une cicatrice adhérente sur le visage.

Traitement. — Le *traitement* de l'ostéopériostite alvéolaire doit tout d'abord être *prophylactique*, c'est-à-dire qu'il faut traiter la carie d'une dent avant qu'elle ait permis l'infection de l'articulation alvéolo-dentaire. Une fois celle-ci consommée, la poussée inflammatoire qui en résulte cède parfois à une désinfection locale ; à cet effet on videra des débris qu'elle renferme, la cavité cariée et on la pansera avec une boulette de coton imprégnée d'acide phénique ; on cherchera avec un pinceau à insinuer quelques gouttes de teinture d'iode entre la gencive et la dent. On prescrira ensuite des lavages fréquents de la bouche avec un gargarisme boriqué tiède, on fera sucer des pastilles de chlorate de potasse.

Si le mal progresse, la douleur sera combattue par des applications de laudanum dans la dent cariée et sur la gencive. Elle cédera mieux

encore si l'on fait prendre une ou deux sangsues sur la gencive au niveau du sommet de la racine malade, ou bien un coup de bistouri hâtif lui aussi offre quelque avantage en dégageant les vaisseaux, tandis que les fomentations chaudes excitent la douleur. Dans certains cas même, lorsque le pus n'arrive pas à trouver issue hors de l'alvéole, pour mettre un terme aux atroces douleurs subies par le patient, si l'on ne veut pas d'emblée extraire la dent, on perforera le rebord alvéolaire à hauteur de la pointe de la racine malade (fig. 231). A cet effet on conseille de se servir de la plus fine pointe du thermocautère chauffé à blanc ou encore on appliquera en bon lieu une petite couronne du trépan. Le coup de bistouri hâtif trouve son indication dans l'utilité d'ouvrir une prompt issue au pus, afin d'éviter que l'abcès ne fuse au loin,

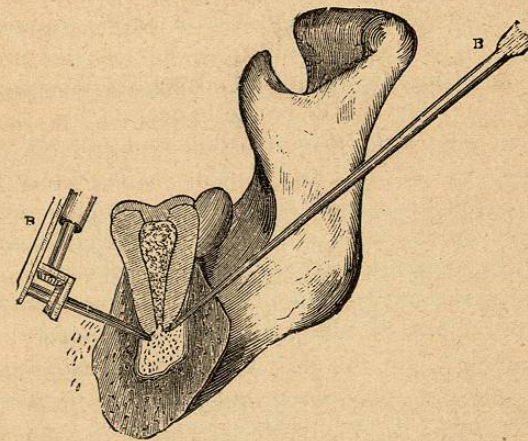


Fig. 231. — Section de la mâchoire inférieure montrant l'abcès dans les racines d'une seconde grosse molaire et la manière de produire la fistule artificielle, suivant Farrar.

ne se porte vers la peau, afin aussi de s'opposer à l'extension de la nécrose du maxillaire. Dès que la gencive est tuméfiée, sans attendre qu'elle soit distendue par la suppuration, il convient de l'inciser largement en dirigeant vers l'os la pointe et le tranchant de la lame. Dans le but d'éviter une prompt fermeture de l'incision, certains dentistes conseillent d'ouvrir l'abcès avec le thermo ou le galvanocautère. Si l'incision de la gencive conduit dans une poche véritable, il est utile d'en laver la cavité avec un antiseptique, puis de prescrire les lavages de la bouche. Enfin, lorsque l'état de la dent malade ne permet pas d'espérer qu'un traitement ultérieur permette de la conserver, il est indiqué de l'enlever séance tenante. Il est vrai que son extraction quoique plus facile est alors plus douloureuse. L'on n'ignore pas, en particulier, que le pouvoir anesthésiant de la cocaïne est fort diminué quand les tissus sont enflammés.

Lorsque l'inflammation gagne la joue ou les régions plus éloignées (cou, tempe), on cherchera tout d'abord à entraver son expansion en attaquant directement par la bouche soigneusement désinfectée, le point de départ du mal. On enlèvera la dent qui est en cause; on tentera par une ponction dans la muqueuse de la gencive ou du sillon gingivo-buccal d'ouvrir un chemin au pus. Au cas où l'abcès pointe vers la joue, on recommande d'éviter, malgré le soulagement qu'ils procurent, les cataplasmes qui favorisent l'ouverture à l'extérieur; on leur préférera l'enveloppement ouaté jusqu'à ce que tout espoir d'évacuation par l'intérieur de la bouche étant perdu, le chirurgien se décide à pratiquer une incision à la peau. Mieux vaut, en effet, ouvrir ainsi l'abcès au bistouri que de le laisser largement amincir les téguments et les perforer peut-être en plusieurs points. Comme à la tempe, les cicatrices sont moins disgracieuses, comme au cou un phlegmon peut rapidement devenir grave, il n'y a plus lieu de retarder ainsi qu'on le conseille à la joue, l'ouverture chirurgicale; mieux vaut, au contraire, intervenir de bonne heure.

Le traitement des *fistules dentaires* doit s'adresser avant tout à la lésion qui entretient le mal; on commencera donc tout d'abord par examiner la dentition du sujet et l'on explorera le trajet fistuleux avec une sonde fine, mousse et légèrement flexible. La dent cariée malade, point de départ de l'affection, étant ainsi reconnue, il est indiqué de débarrasser la cavité, dont est creusée sa couronne, et les canaux de ses racines de toute la pulpe désorganisée, de tous les débris alimentaires qui les obstruent. Alors aussi, quand l'abcès alvéolaire est borgne, c'est-à-dire ne communique pas avec l'extérieur par la perforation de l'alvéole et l'abcès dentaire, il convient d'établir à travers la paroi osseuse en regard de la cavité abcédée avec le thermocautère ou le trépan une fistule artificielle qui facilitera l'évacuation du contenu de la poche. Cette voie d'écoulement existant du fait de l'évolution morbide ou établie par le chirurgien, avec une seringue à fine canule on pousse dans les canaux radiculaires une injection d'eau oxygénée, qui non seulement chasse, mais encore décompose le pus. La désinfection des parties sera ensuite poursuivie par le pansement de la dent malade: une boulette de coton imprégnée d'acide thymique, de créosote... est déposée dans la cavité de la couronne et comprimée, elle refoule dans le canal radiculaire une goutte du liquide qui l'imbibe; celui-ci arrive jusqu'à la gencive qui blanchit à son contact.

On répétera ces pansements jusqu'à guérison de la fistule et l'on obturera ensuite la dent. Dans le but de désinfecter et par suite d'accélérer la fermeture du trajet fistuleux, Brasseur recommande d'y pousser des injections de quelques gouttes d'acide sulfurique aromatique, pur ou coupé d'eau suivant la lésion (feuilles de menthe poivrée, 10 gr.; feuilles de menthe frisée, 10 gr.; cannelle, girofle, gingembre, à 5 gr.;

alcool à 30°, 400; acide sulfurique à 65°, 50). Ce liquide n'altère pas les tissus vivants, il dissout et polit l'extrémité de la racine et désinfecte la cavité suppurante. Dès que la surface osseuse est guérie on la remplacera par une solution de permanganate de potasse et de silicate de soude (à 1 gramme pour 100 d'eau).

Si l'obturation de la dent n'est pas possible en raison du mauvais état de sa couronne, il est avantageux de réséquer tout ce qui reste de cette dernière, de façon à soustraire la racine aux pressions qui, en l'irritant, peuvent réchauffer l'inflammation. La conservation des racines en effet, offre l'avantage de prévenir l'atrophie du bord alvéolaire et le déchaussement des dents voisines, par suite, l'application d'un appareil de prothèse au besoin en est facilitée.

Nombre de fois on a recours d'emblée à l'extraction de la dent malade; c'est là sans doute le procédé le plus expéditif pour désinfecter l'alvéole largement ouverte et obtenir la fermeture de la fistule. Pareille conduite toutefois n'est pas à recommander si la dent est susceptible de rendre encore service; mieux vaut en pareil cas, après l'extraction, rapidement réséquer l'extrémité malade de la racine, puis, désinfecter la couronne et les canaux radiculaires et enfin réimplanter la dent. Cette greffe dentaire peut réussir, mais elle expose à des récurrences de l'inflammation.

IV. — OSTÉOPÉRIOSTITE MAXILLAIRE (1).

L'étude de l'*ostéopériostite maxillaire* ou *ostéopériostite du corps des maxillaires* par opposition avec l'*ostéopériostite limitée du bord alvéolaire*, dont elle peut n'être qu'une propagation, comporte certaines restrictions. Il est classique en effet de réserver pour des chapitres spéciaux, les lésions inflammatoires ostéopériostiques provoquées dans les maxillaires par les agents de l'*actinomycoïse*, de la *tuberculose* et de la *syphilis*.

Étiologie. — Ainsi limitée l'affection comporte comme *étiologie*, en plus des causes déjà citées de l'*ostéopériostite alvéolaire initiale* dans certains cas, tout d'abord des *traumatismes* accidentels ou chirurgicaux, qui déchirent la muqueuse buccale et ouvrent aux microbes de la salive, un foyer osseux, fracturé ou contus. Autrement, c'est pendant la *période de croissance* active que l'on voit survenir une *périostéomyélite infectieuse* laquelle, bien que rare dans les os plats, affecte une prédilection marquée pour le maxillaire inférieur (Lannelongue). Il est même naturel de rapprocher de cette variété d'*ostéopériostite maxillaire*, celle qui survient parfois au cours de la *première dentition* chez les enfants faibles, scrofuleux ou nés de parents tuberculeux.

(1) MAGITOT, Des accidents industriels du phosphore (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 27 novembre 1888 et 12 mars 1895). — HEYDENREICH, Nécrose arsenicale du maxillaire inférieur (*Rev. méd. de l'Est*, 1885, p. 503).