

interligne. Je réséquai largement le col et le condyle au ciseau et au maillet, et tout de suite je pus mobiliser la mâchoire, l'ouvrir de 30 à 35°. La réunion immédiate fut obtenue, et la malade quitta l'hôpital en cet état.

Mais vous concevez que si une semblable ankylose — dont la gravité fonctionnelle saute aux yeux — peut se produire après une poussée d'ostéomyélite secondaire hyperostosante, non suppurée, il faut s'en méfier bien plus encore après les suppurations ayant envahi la jointure, comme c'était le cas chez les deux enfants en bas âge que j'ai soignés. L'ablation large de l'os nécrosé est sans doute une bonne condition puisque, sous l'influence de la mobilisation constante à laquelle l'articulation est forcément soumise il se reconstitue une néarthrose; mais je regrette de n'avoir pu suivre ces malades, intéressants à ce point de vue.

Je m'arrête ici, car j'ai voulu m'occuper dans cette leçon des seules ostéomyélites par évolution dentaire sans carie pénétrante causale. Une autre fois je vous parlerai des ostéites par carie pénétrante et je tâcherai de vous faire comprendre comment et pourquoi elles revêtent chez l'enfant une fréquence des allures, une gravité spéciales, en raison précisément des follicules dentaires encore inclus dans la mâchoire. Peu importe, en effet, que l'infection de ces follicules se fasse par la gencive éraillée ou par une carie dentaire voisine, ou après avulsion septique d'une dent: une fois qu'elle est réalisée, ses conséquences sont les mêmes, et c'est pour cela que la banale ostéite par carie dentaire ressemble de très près, chez l'enfant, au tableau que je viens d'esquisser.

DIX-SEPTIÈME LEÇON

NECROSES DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR PAR CARIE DENTAIRE

- I. — Ostéite aiguë légère par carie de la dent de six ans; diagnostic avec un accident d'éruption de la dent de douze ans. Observation d'un cas où la lésion est plus avancée avec petit séquestre. Indication d'extraire la dent en même temps qu'on ouvre l'abcès.
- II. — Prolongation possible de l'ostéite quand l'infection s'est propagée autour de germes encore en évolution. Rapports des séquestres avec ces germes inclus. Nécessité de sacrifier ces germes pour obtenir la cicatrisation.
- III. — Cas graves où le séquestre peut interrompre la continuité du maxillaire.
- IV. — Les extirpations de séquestres par ostéite d'origine dentaire doivent se faire par voie buccale.

Trop souvent on entend dire dans le monde, et quelquefois les médecins faisant chorus, que chez l'enfant la carie dentaire ne doit pas être prise en très sérieuse considération. On le dit surtout pour les dents de lait, dont la perte n'a pas d'importance puisqu'elles seront remplacées. Or, la carie dentaire pénétrante est la cause habituelle des nécroses qui, plus souvent encore que chez l'adulte, frappent les mâchoires et surtout la mâchoire inférieure. Le hasard ayant réuni dans nos salles plusieurs malades ainsi atteints, je crois devoir en profiter pour vous décrire le mal à ses diverses étapes, pour vous apprendre à l'enrayer, pour vous faire comprendre l'intérêt que vous avez à savoir l'éviter. Je passerai sous silence les vulgaires périostites alvéolo-dentaires et ne vous

parlerai que des cas plus avancés, où il y a ostéite du maxillaire inférieur.

I

Vous pourrez étudier un degré léger de la lésion, quoique les symptômes généraux aient été graves, sur un garçon de douz ans, couché depuis hier au numéro 14 de la salle Dolbeau. Cet enfant était malade depuis cinq jours lorsqu'on l'amena à l'hôpital. Dans la nuit du 19 au 20 juin 1901 il s'était plaint de douleurs d'oreille — auxquelles il est sujet sans avoir jamais eu d'otite — plus intenses que de coutume. Vous savez, en effet, que souvent les névralgies dues à la carie dentaire se propagent vers l'oreille. Cette fois, la souffrance fut grande, empêcha le patient de dormir et lui arracha, pendant la nuit, des cris qui éveillèrent les voisins. Elle se calma pendant la journée et ne reparut plus avec une semblable acuité, mais toujours elle fut plus marquée la nuit que le jour ; ceux de vous qui ont de mauvaises dents n'ignorent pas qu'en pareille occurrence l'aggravation nocturne est de règle et qu'elle est particulièrement pénible.

Le début a donc été marqué par une douleur d'oreille à droite. Dès le lendemain commença, au niveau du maxillaire inférieur, un léger gonflement qui peu à peu s'accrut, tandis que la fièvre, l'inappétence, indiquaient une infection générale notable. Hier matin, 26 juin, à la consultation, nous vîmes un enfant affaibli, dont le visage pâle exprimait la douleur, et sous le bord inférieur du maxillaire inférieur, en arrière, vers l'angle de la mâchoire, nous constatâmes un gonflement, avec rougeur de la peau. Ce gonflement remontait un peu sur la face externe de l'os, mais il s'étendait surtout vers la région sous-maxillaire, où je sentis un empatement dur, phlegmoneux. En raison de ce siège plutôt cervical que facial, en majeure partie au-dessous et non au-dessus du maxillaire inférieur, je pensai d'abord à un adéno-phlegmon par carie d'une molaire inférieure. Mais, avant de conclure, il fallait examiner les dents et vérifier l'état du vestibule buccal.

Mon premier soin fut donc d'introduire l'index entre la gencive

et la joue ; en comparant les deux côtés, je sentis qu'à droite un gonflement phlegmoneux douloureux effaçait le sillon gingivo-génien. Ce signe, vous le savez, est caractéristique de l'ostéite, et c'est à ce diagnostic que je m'arrêtai : discussion qui a sa petite importance, car, comme vous allez le voir, il était, dès lors, indiqué d'opérer exclusivement par la bouche, au lieu qu'un adéno-phlegmon eût exigé une incision cutanée.

Mon deuxième soin, pour déterminer quelle dent était malade, fut de faire ouvrir la bouche au sujet ; l'ouverture ne fut pas grande, car il existait un certain degré de constriction des mâchoires. C'est là un symptôme à peu près constant des ostéites du maxillaire inférieur, et lui aussi plaide hautement, en cas de doute, en faveur du diagnostic d'ostéite contre celui d'adéno-phlegmon. Il a coutume d'être à son maximum dans les ostéites par éruption vicieuse de la dent de sagesse, mais on peut dire que, même en dehors de ces cas accentués, on le constate presque toujours quand une inflammation osseuse complique une lésion dentaire.

Mais si ce symptôme est quelquefois précieux pour le diagnostic, vous concevez aussi qu'il puisse nous gêner au cours des constatations à faire dans la bouche ; et c'est justement ce qui est arrivé dans le cas présent. Tout de suite, quoique la bouche fût peu béante, me sauta aux yeux une carie pénétrante de la canine de lait ; il ne restait au bord alvéolaire qu'un bout de couronne déchiquetée. Mais tout de suite j'affirmai que cette lésion n'était pour rien dans la complication actuelle ; le siège du gonflement extérieur était beaucoup trop postérieur pour que la canine fût en cause, et à son niveau, dans la bouche, la gencive était saine, l'effacement du vestibule buccal n'existait qu'au niveau des molaires. Au reste, il est bien connu qu'en pareille occurrence c'est presque toujours du côté des molaires qu'il faut chercher la porte d'entrée. Je regardai donc la dent de six ans et ce que j'en pus voir me parut sain ; il n'y avait de trou appréciable ni sur le haut de la couronne, ni sur sa face externe, et le resserrement des mâchoires ne me permit pas une inspection complète.

J'aurais tout de même conclu à sa culpabilité, si, en arrière

d'elle, je n'avais vu quelque chose d'anormal : une gencive rouge et mâchurée sur une dent de douze ans dont la couronne commençait à apparaître. Et du côté gauche, cette dent ne se montrait pas encore, mais à son niveau la gencive bombait. La deuxième molaire permanente était donc en travail d'éruption, et il est établi que quelquefois elle peut provoquer, dans ces conditions, des accidents analogues à ceux qu'engendre — avec une fréquence bien plus grande — l'évolution vicieuse de la dent de sagesse. Aussi pensai-je que je pourrais vous parler aujourd'hui d'un de ces cas rares; vous allez voir qu'il n'en était rien, que tout provenait d'une carie de la dent de six ans. Dans le doute, d'ailleurs, il convenait, avant d'opérer, de procéder à la vérification des dents. Et, en tout cas, quelle que fût la pathogénie exacte des accidents, la conduite thérapeutique était nettement tracée.

D'abord, une intervention opératoire était utile et même urgente : utile, en tout état de cause, pour limiter, de notre mieux, le processus d'ostéite; urgente, en raison de l'état général, car l'enfant était pâle, faible, avec la langue très blanche et 40°4 de température. Il fallait donc parer au plus vite à l'infection, et je priai mon interne, M. Audard, d'opérer, après mon départ, en lui recommandant d'agir exclusivement par la bouche, car il n'y avait aucun signe de suppuration dans les parties molles cervicales. Il fallait, après chloroformisation, explorer avec soin les dents, enlever celle qui était malade et débrider largement le vestibule buccal, pour être sûr que sous la gencive ne persisterait aucune collection purulente; et il était bien probable que, de la sorte, on éviterait toute ouverture à la peau.

Le malade endormi, il fut possible de palper avec soin la région sous-maxillaire; il n'y avait, en effet, pas de fluctuation. Puis, les mâchoires étant bien écartées, M. Audard vit que la dent de six ans présentait en haut et en arrière une carie pénétrante; dès lors, il fallait conclure, en pratique, à la lésion fréquente et non à la lésion rare, c'est-à-dire ne plus penser, sauf preuve du contraire, à l'éruption vicieuse de la dent de douze ans.

Mais ce changement de diagnostic ne changeait-il pas le mode d'intervention? Certains chirurgiens soutiennent, en effet, que si

une dent atteinte de carie pénétrante provoque une ostéite, il ne faut pas arracher la dent pendant la période aiguë. Cette dent est vouée à l'extraction, mais il conviendrait d'inciser d'abord les parties molles, et de n'enlever la dent qu'après chute des accidents phlegmasiques, car en traumatisant l'alvéole on risquerait de donner un coup de fouet à l'infection osseuse. J'ai toujours cru préférable, à la fois pour profiter de l'anesthésie et pour abrégé la cure, de tout faire en une séance, et je n'ai jamais eu à m'en repentir.

Dans le cas actuel, c'était indispensable, car sous la racine de la dent il y avait, au fond de l'alvéole, une quantité notable de pus vert brunâtre, tandis que rien n'était collecté sous la gencive. Cela fait, un large pansement humide fut mis autour de la région sous-maxillaire et des lavages buccaux avec une solution de chloral à 1/10 furent prescrits.

Dès aujourd'hui je peux vous annoncer, presque avec certitude, que la guérison va être rapide, car si, hier soir, la température s'est encore élevée à 40°4, ce matin elle n'est plus qu'à 38°, et cette défervescence, précédée d'une nuit calme, s'accompagne d'un grand bien-être général avec cessation des souffrances locales, et diminution considérable de l'empatement phlegmoneux des parties molles¹.

Mais que va-t-il se passer, au juste, du côté de l'alvéole? La cicatrisation va-t-elle se faire tout de suite, ou bien y a-t-il là, au fond, un morceau d'os plus ou moins étendu, voué à la nécrose? Nous devons rester sur la réserve, et ne pas promettre que la guérison surviendra sans qu'une nouvelle opération soit utile. Nous pouvons affirmer que chez ce malade, bien surveillé et bien soigné, la peau sera conservée intacte, sans aucune cicatrice; nous pouvons espérer, mais non point assurer, qu'il n'y aura pas lieu d'aller, par la gencive, à la recherche d'un séquestre, qu'il ne sera pas nécessaire, même, de sacrifier les germes d'une ou plusieurs dents de remplacement; car les nécroses sont, chez l'enfant, une conséquence fréquente des caries pénétrantes au niveau du maxillaire

1. En effet, dès le lendemain, la température est devenue normale et la suppuration alvéolaire s'est vite tarie, en sorte que l'enfant a quitté l'hôpital le 30 juin 1901, et quelques jours après il était guéri.

inférieur, et de plus le séquestre affecte souvent, avec les germes des dents de remplacement, des connexions dont je vous montrerai l'importance.

Chez la deuxième malade que je vous présente, une fille de dix ans, vous allez saisir la seconde étape de la lésion, avec ostéite tendant à se prolonger, à rester fistuleuse, sans que je puisse prévoir avec certitude s'il se formera ou non des séquestres. Il y a un an se caria chez elle la deuxième molaire de lait, à droite, et on ne s'en occupa point, car ce ne fut pas douloureux, et tout alla bien jusqu'à la fin du mois dernier. Alors commencèrent des douleurs, et le lendemain matin l'enfant se réveilla avec une « fluxion » qui céda en partie, mais non complètement; et voyant que ce gonflement persistait, au bout d'environ huit jours, le 8 juin dernier, le père nous conduisit sa fille.

Les signes étaient très nettement ceux d'une ostéite alvéolaire : gonflement sur le corps de la mâchoire, gagnant vers la branche montante et vers la région sous-maxillaire, avec effacement du vestibule buccal, avec douleur vive à la pression sur le centre de cette tuméfaction. La deuxième molaire temporaire droite était cariée; la première ne l'était pas, mais était fortement ébranlée. La langue était saburrale, mais humide. Il n'y avait pas de constriction des mâchoires, et l'on pouvait toucher avec l'index la face interne, tuméfiée et douloureuse, du maxillaire inférieur.

Dans ce cas, vous le voyez, il n'y avait pas à soupçonner une infection ganglionnaire, et il n'y avait même pas possibilité de l'hésitation que nous avons eue, au premier coup d'œil, chez le malade précédent. De toute évidence, il s'agissait d'une ostéite. Aussi M. Cottu arracha-t-il les deux molaires malades, la cariée et l'ébranlée; il n'y avait pas d'abcès hors de l'alvéole.

Mais il y a de cela dix-huit jours, et la guérison n'est pas achevée. Très vite après l'extraction, le gonflement des parties molles a disparu; vite aussi s'est cicatrisé l'alvéole de la première molaire. Mais du pus a continué à sourdre par celui de la deuxième; au-dessous de lui la face externe de la mâchoire s'est peu à peu hyperostosée, et, avant-hier, j'ai fait entrer l'enfant dans notre salle Ambroise-Paré.

Le gonflement osseux n'est pas énorme, mais il est très facilement appréciable à la simple inspection : en arrière, il commence à quelques millimètres de l'angle; en avant, il cesse à environ un travers de doigt de la ligne médiane. Autour de lui l'aspect n'est pas celui de l'œdème, et, si l'on pince, par la région sus-hyoïdienne, le corps du maxillaire entre le pouce et l'index, on sent que la face interne de l'os est saine, mais que la face externe bombe, qu'avec elle fait corps un gonflement dur, osseux, indolent à la pression. C'est un degré léger de ce qu'on a appelé ostéome de la mâchoire : terme vicieux, car il éveille l'idée de néoplasme, tandis que la lésion est inflammatoire, de même cause, de même nature que l'hyperostose habituelle des ostéomyélites prolongées. Et c'est bien, en effet, une lésion d'ostéomyélite prolongée, c'est-à-dire une production osseuse par apposition de couches sous-périostées autour d'une lésion irritative permanente.

Quelle est ici l'épine inflammatoire? Un peu d'ostéite seulement? ou y a-t-il déjà séquestre? En raison du peu de temps écoulé, je ne crois pas encore indiqué d'y aller voir, car, en voulant opérer trop vite, on court la chance de faire trop ou trop peu : si on ne dépasse pas les limites de ce qui est destiné à la séquestration, on est forcé d'intervenir une seconde fois; si on va trop loin, on risque d'ouvrir, dans la profondeur, des alvéoles de remplacement que le mal eût respectés, et d'augmenter ainsi la perte des dents définitives, à laquelle l'enfant est exposée; et c'est pour vous faire comprendre comment sont compromises certaines dents permanentes que j'ai fait venir devant vous deux autres enfants, avec les séquestres et les dents que j'ai dû leur extraire il y a quelques jours.

II

Voici d'abord une fillette de cinq ans et demi dont la première molaire inférieure droite était cariée depuis environ un an, lorsque se produisit une « fluxion » qui dura une quinzaine de jours, et se termina sans production d'abcès. Puis tout se calma, mais, il y a quinze jours, l'enfant se plaignit que « sa gencive remuait »;

et, en effet, la mère constata qu'elle suivait les mouvements imprimés à la dent cariée.

Cette évolution nous parut au premier abord insolite, si vraiment il n'y a rien eu d'anormal pendant les trois mois écoulés, depuis la fluxion de mars dernier, si vraiment il s'est alors agi d'une fluxion, c'est-à-dire d'une poussée œdémateuse vers la joue, sans suppuration alvéolaire : cette « inflammation blanche de la joue », sans ostéite suppurée, est, en effet, une complication fréquente de la carie dentaire. Mais, ici, il n'est pas probable que la lésion ait été de cette nature, car nous avons trouvé dans le foyer osseux des séquestres qui n'ont pas pu se former en quinze jours, et qui, d'ailleurs, existaient il y a quinze jours ; car, bien certainement, la mobilisation de la gencive et de la dent en a été le résultat. A l'origine de tout cela, il nous faut une poussée inflammatoire, et vous pouvez conclure presque avec certitude que depuis la prétendue « fluxion », du pus sort de l'alvéole, entre la dent et sa sertissure gingivale ; qu'en réalité il y a eu ostéopériostite alvéolaire, comme chez nos deux premiers malades.

En tout cas, quand l'enfant nous fut amenée le 21 juin dernier, il n'y avait aucune modification extérieurement appréciable : ni rougeur, ni gonflement, ni douleur ; mais dès qu'on faisait ouvrir la bouche on voyait à droite la gencive externe décollée et comme flottante au niveau de la première molaire inférieure vacillante, et, en dehors du collet, la gencive étant un peu échancrée, on apercevait, sous une couche de pus, la paroi alvéolaire nécrosée et mobile. A ce niveau, et empiétant sur les deux dents voisines — la dent de six ans et la canine — un gonflement limité et assez dur effaçait le sillon gingivo-génien. La dent de six ans tenait bien, mais la canine, quoique non cariée, était fortement ébranlée. La face interne de la gencive était rouge, un peu gonflée, mais pas décollée.

Notre conduite était toute tracée : il fallait arracher à la fois la molaire, cause de tout le mal, et la canine dont on ne pouvait espérer la consolidation ; les séquestres devaient ensuite être extraits. D'après l'état local que je vous ai décrit, l'indication d'opérer par la bouche était formelle, et il était certain que l'opé-

ration serait courte et facile ; aussi mon interne Cottu, que je chargeai de l'exécution, n'eut-il même pas recours à l'anesthésie pour amener au dehors, avec les deux dents, trois séquestres aplatis que je vous présente : un d'eux est arrondi et possède environ 1 centimètre de diamètre ; le second est allongé, large de 3 à 4 millimètres sur 12 millimètres de long ; le troisième est tout petit.

S'il s'était agi d'un adulte, nous aurions pu prédire une guérison rapide et complète, sans nouvelle intervention de notre part. Pour un enfant j'ai été, dès le premier jour, plus dubitatif ; aujourd'hui je le suis plus encore, et voici pourquoi.

Tant que les dents de lait ne sont pas tombées, leur alvéole reste en rapport étroit avec celui de la dent permanente correspondante. Cela se comprend, car le germe de la seconde provient directement du germe de la première. En sorte que très souvent, lorsque l'alvéole supérieur subit une infection sérieuse, la lésion retentit sur le germe sous-jacent de la future dent permanente ; car vous savez que les premiers rudiments de ce germe se forment de très bonne heure, et que même pendant fort longtemps la couronne reste incluse dans la mâchoire, avec ses forme et dimensions définitives, n'attendant que la formation de la racine pour être peu à peu poussée au dehors. Aussi, selon l'époque d'évolution où survient la lésion, selon l'intensité de cette lésion, voyez-vous des altérations plus ou moins graves de la dent ou de ce qui l'entoure. Si la couronne est encore à l'état de germe mou, elle peut se façonner mal et sortir à l'état de dent verruqueuse ; déjà formée, elle peut être tout de suite piquée par la carie ; un degré de plus, enfin, et la nécrose descend autour d'elle, le séquestre supérieur s'étend jusqu'à son alvéole. Dans le premier cas, la dent est seulement inutile et disgracieuse ; dans le second, elle est capable de devenir nuisible à son tour ; dans le troisième, elle doit être sacrifiée si l'on veut enlever complètement le séquestre qui se prolonge autour et au-dessous d'elle.

Cela ne veut pas dire, le moins du monde, qu'il faille extirper, de parti pris, la dent de remplacement dans les cas comme celui qui nous occupe : ce n'est indiqué que si, de proche en proche, le

séquestre y conduit; sauf cela, il est toujours temps de pratiquer l'extraction si la dent est mal formée, pousse mal ou est cariée. Aussi, chez notre malade, avais-je tout de suite fait des réserves sur l'avenir de la couronne sous-jacente à l'alvéole malade, mais je n'ai pas conseillé son extraction. Or, l'état que vous pouvez déjà constater aujourd'hui vous démontre que sans doute nous ne tarderons pas à y recourir. Car si le dégât osseux paraît limité, si dès le lendemain la suppuration était tarie et la gencive dégonflée, hier nous avons vu apparaître au fond de la plaie la couronne de la première prémolaire, laquelle, vous le savez, prend au bord alvéolaire la place de la première molaire de lait. Cette éruption est prématurée, car l'enfant n'a que cinq ans et demi, et la première prémolaire ne doit pousser qu'à neuf ou dix ans. Mais elle pointe plus tôt parce que la nécrose a détruit son alvéole en haut et en dehors, et c'est pour cela également que vous la voyez apparaître à la face externe de la gencive et non au bord alvéolaire.

L'inflammation s'est éteinte, il n'y a plus de suppuration autour de la dent en éruption. Je ne pense donc pas que nous ayons à enlever un séquestre caché par la dent en voie d'éruption; mais la dent n'est pas dans le rang, elle est déjà cariée, et dès lors je crois que je ne tarderai pas à l'enlever.

Voilà le premier degré, le plus léger, des accidents provoqués par la dent de remplacement après ostéite par carie pénétrante de la dent de lait. Les lésions sont plus sérieuses, vous ai-je dit, lorsque la nécrose a gagné autour d'elle. Cette propagation n'est pas surprenante, car les alvéoles des dents futures, réduites encore à leur couronne, forment une gouttière, sous-jacente à la gouttière alvéolaire des dents de lait correspondantes et en connexions vasculaires étroites avec elle; les trois molaires qui n'ont pas d'homologue dans la première dentition, se développent en arrière, vers la branche montante, mais chacune d'elles a des rapports intimes avec celle qui la précède.

Lorsque le séquestre intéresse la future gouttière alvéolaire et se prolonge ainsi sous une ou plusieurs couronnes permanentes, le sacrifice de celles-ci est indispensable. On a

dit, sans doute, que des dents pouvaient continuer à vivre dans ces conditions, implantées dans un séquestre; mais de cela le praticien ne doit tenir aucun compte. La vitalité de ces dents est plus que précaire, leur solidité est insuffisante, et pour les conserver le sujet doit rester exposé aux conséquences d'une suppuration prolongée, fistuleuse; car il est bien évident que l'extraction du séquestre peut seule y mettre fin et qu'elle est incompatible avec la conservation des dents. Les pièces obtenues sur le troisième malade, qu'en ce moment vous pouvez observer dans nos salles, vous feront bien comprendre les connexions possibles des séquestres avec les germes des dents permanentes.

Ce garçon, âgé de trois ans, est depuis assez longtemps soigné par moi pour un spina ventosa qui a débuté vers l'âge de quatorze mois; mais malgré cette tare tuberculeuse manifeste, les accidents actuels doivent être attribués à une carie dentaire et non à une lésion tuberculeuse du maxillaire.

L'enfant nous fut apporté le 5 juin dans l'état suivant : le menton était rouge, saillant, dur, fort douloureux à la pression; on n'y trouvait pas de fluctuation; le gonflement phlegmoneux se prolongeait un peu vers la région sus-hyoïdienne médiane. Tout de suite s'imposait l'idée de rattacher cela à une ostéite du maxillaire; en effet, en abaissant la lèvre, nous vîmes le sillon gingivo-labial œdématisé, surtout à gauche, la gencive tuméfiée, les deux incisives gauches tout à fait ébranlées, du pus sortant en abondance entre elles et la gencive, un peu d'infiltration à la partie tout antérieure du plancher buccal. L'enfant était pâle, avec langue saburrale et fièvre.

En raison de cet aspect inflammatoire aigu, je ne pensai pas à une ostéite tuberculeuse, mais à une ostéite dentaire; et je vis qu'en effet, ce dont la mère ne se doutait pas, la face postérieure de l'incisive latérale gauche était cariée. Les commémoratifs, d'autre part, étaient ceux d'une ostéite aiguë : début des douleurs de dents et du gonflement le 20 mai, soulagement lorsque, huit jours plus tard, un abcès se fut spontanément ouvert dans la bouche, mais gonflement persistant pour lequel je fus consulté.

Comme dans le cas précédent, je priai mon interne Cottu d'ex-