à une grande propreté corporelle, faire alterner le travail à l'atelier avec le travail à l'air libre. Avant tout, il importe d'examiner avec soin leur système dentaire. Tout sujet atteint de carie pénétrante doit, comme le propose Magitot, être éloigné de l'atelier jusqu'à obturation ou ablation de la dent malade; il va de soi que l'ouvrier ne rentrera à l'atelier qu'après cicatrisation de la plaie résultant de l'extraction dentaire.

Lorsque la maladie a éclaté, la première indication est de soustraire l'ouvrier à ses occupations dangereuses. Le traitement de la période inflammatoire est purement symptomatique; l'iodure de potassium à haute dose a cependant été préconisé. Dès que la suppuration se sera déclarée, on insistera sur les lavages antiseptiques.

Mais le point, sur lequel les chirurgiens se divisent, est celui du *moment de l'intervention chirurgicale*. Lorinser attendait, pour extraire le séquestre, que *celui-ci fût mobile*. D'après lui, le chirurgien n'est autorisé à agir différemment que pour mettre un terme à des douleurs trop vives, ou pour supprimer une suppuration inquiétante par son abondance. Les idées de Lorinser, défendues également par Lailler, ont été adoptées par Trélat, qui les trouve pleinement justifiées par l'étude des faits cliniques. Pour lui, lorsqu'on opère de bonne heure, on s'expose à faire trop ou trop peu; le plus souvent on n'atteint pas les limites du mal, et, en tout cas, jamais de cette façon on n'a arrêté la maladie. La pratique des chirurgiens anglais est conforme à cette même doctrine.

Mais, en Allemagne, Langenbeck, Pitha, Billroth se sont élevés contre ces idées, soutenant qu'il peut être dangereux de différer si longtemps l'intervention chirurgicale, qu'il est avantageux, au point de vue de la régénération, d'opérer avant l'isolement complet du séquestre, enfin qu'en agissant ainsi on peut abréger la durée de la maladie. Billroth soutient que la *résection précoce* est toujours suivie d'une amélioration notable de l'état général, par suite de la suppression de la suppuration et des accidents qu'elle entraînait à sa suite; lors même que de nouvelles portions osseuses se mortifient, le malade n'en a pas moins été placé dans des conditions meilleures pour supporter cette prolongation de la maladie. En faisant une large part au mal, on parviendrait même, d'après Billroth, à arrêter complètement les progrès de l'affection. Enfin, comme l'os nouveau est soumis à un travail de résorption tant que la nécrose n'est pas achevée, le volume de la nouvelle mâchoire, dit Billroth, sera d'autant plus faible que l'on retardera davantage l'opération.

Ces idées, que Billroth a développées au Congrès médical de Zurich, en 1861, avaient été mises en pratique, dès 1849, en France, par Maisonneuve (*Gaz. des hôp.*, 1850, p. 441). Plus tard Verneuil et A. Guérin n'ont pas hésité à agir de même. Dans ces divers cas, l'épuisement du malade avait poussé les chirurgiens à intervenir; mais ceux-ci n'érigeaient pas en règle le principe de la résection précoce.

Aujourd'hui la résection précoce gagne de plus en plus du terrain. Les auteurs qui ont étudié la nécrose phosphorée dans ces dernières années, Haeckel, Jost, Riedel, Bogdanik, se prononcent tous en sa faveur. Ils s'accordent à affirmer que la résection précoce a pour effet de diminuer la mortalité, d'abréger la durée de la maladie et de donner un résultat esthétique meilleur. D'après Riedel, avec l'opération précoce, la mortalité est presque nulle, tandis que l'intervention tardive donne une mortalité de près de moitié.

Il ne suffit pas que l'opération soit pratiquée de bonne heure. Il importe que

l'ablation des parties malades soit faite le plus largement possible. Riedel et Bogdanik insistent sur l'utilité qu'il y a, dans les nécroses du maxillaire inférieur, à enlever la totalité de l'os; une ablation partielle est suivie d'une extension du mal à la portion osseuse restante, et, d'autre part, le résultat esthétique est meilleur après l'ablation totale. Au maxillaire supérieur, on peut se contenter d'une résection partielle.

X

DES ACCIDENTS PROVOQUÉS PAR L'ÉRUPTION DE LA DENT DE SAGESSE

Bien que l'étude des maladies des dents ne rentre pas dans le plan de ce Traité, je ne puis passer sous silence les *accidents provoqués par l'éruption de la dent de sagesse*. Leur fréquence, leur importance au point de vue chirurgical obligent le chirurgien à les connaître.

Historique. — Ces accidents semblent avoir passé longtemps inaperçus. Les lésions des parties molles ont été mentionnées sommairement par Urbain Hémard en 1581 et par John Hunter en 1771. Jourdain, en 1778, a entrevu les accidents osseux. Mais il faut arriver au mémoire de Toirac (*Revue médicale*, 1828, t. I, p. 396) pour trouver des données précises sur la question.

A partir de cette époque, les observations se sont multipliées, et, en 1878, j'ai pu, dans ma thèse d'agrégation (A. Heydenreich, *Des accidents provoqués par l'éruption de la dent de sagesse*. Thèse d'agrég., 1878), donner une description d'ensemble de ces accidents.

Pathogénie. — A l'époque de la vie où se fait l'éruption des dents de sagesse, les gencives ont acquis des qualités de solidité et de résistance, qui leur faisaient défaut pendant le jeune âge. Pour peu que cette résistance soit exagérée, il en résulte une difficulté dans l'éruption et des accidents ayant pour point de départ l'irritation de la gencive. D'autres fois, la dent de sagesse est recouverte, en totalité ou dans sa partie postérieure seulement, par le repli muqueux qui réunit les deux maxillaires.

Ces *obstacles, dus aux parties molles*, limitent d'ordinaire à celles-ci leur action nuisible. Si les troubles, qui en résultent, peuvent se propager plus ou moins loin sur les muqueuses et avoir un retentissement ganglionnaire, il est rare qu'ils s'étendent aux os.

Mais *les difficultés de l'éruption peuvent tenir également aux parties dures*, c'est-à-dire à une disproportion entre le volume de la dent de sagesse et l'espace qu'elle est destinée à occuper. Cette disproportion reconnaît rarement pour cause un volume exagéré de la dent. Bien plus souvent, *c'est l'espace destiné à recevoir la dent qui est insuffisant*.

Sur le maxillaire inférieur, cet espace est limité en avant par la deuxième grosse molaire, en arrière par le bord antérieur de l'apophyse coronoïde. Or, au moment de l'éruption de la deuxième molaire, aucun intervalle n'existe entre cette dent et l'apophyse coronoïde; l'espace destiné à la troisième molaire ne

se forme qu'ultérieurement, par un travail de résorption graduelle du bord antérieur de l'apophyse coronoïde. Supposons que ce travail ne s'accomplisse pas d'une façon complète; la dent de sagesse, ne trouvant pas l'espace nécessaire pour accomplir son éruption, ne pourra pas gagner le bord alvéolaire. D'autres obstacles, dont l'importance est moindre, peuvent encore s'opposer à l'éruption de la dent de sagesse inférieure : je citerai le volume excessif de la deuxième molaire, la disposition de l'apophyse coronoïde à angle aigu par rapport au corps de la mâchoire, enfin le rapprochement des bords de l'alvéole de la dent de sagesse.

A la mâchoire supérieure, à part cette dernière disposition qui peut se rencontrer également, les conditions sont toutes différentes. Évidemment l'espace, situé entre la deuxième molaire et la partie la plus reculée du maxillaire supérieur, peut être insuffisant; mais il n'existe aucun obstacle analogue à l'apophyse coronoïde, et l'os oppose bien moins de résistance à la distension. On comprend donc que les accidents, dus à l'éruption de la dent de sagesse, soient incomparablement plus fréquents à la mâchoire inférieure.

Qu'arrive-t-il lorsqu'une dent de sagesse est arrêtée dans son éruption par le manque d'espace? Les racines continuant à croître, la pression s'exerce à la fois dans la direction du bord alvéolaire et du côté du corps de la mâchoire. Il en peut résulter des *phénomènes inflammatoires des os*, tantôt franchement aigus, tantôt à marche lente et sourde. Cependant il y a des sujets qui ne souffrent pas de ce travail, soit que l'os se laisse user peu à peu sans réaction violente, soit que l'accroissement de la dent se trouve arrêté, soit enfin que *la couronne finisse par se faire jour dans une direction anormale.*

Ainsi, à la mâchoire inférieure, on a vu la dent de sagesse se développer au-dessous du bord alvéolaire, ou s'élever en partie dans la branche montante du maxillaire, ou même occuper complètement la branche montante. Plus souvent la dent de sagesse prend une direction oblique et se dévie, principalement en avant, quelquefois en dehors, plus rarement en dedans ou en arrière. Dans les déviations en dehors ou en dedans, la dent de sagesse ne rencontre que des parties molles, d'un côté la joue, de l'autre la langue; les accidents qui peuvent survenir sont donc muqueux. Au contraire, dans les inclinaisons antéro-postérieures, la dent est toujours plus ou moins entravée dans sa sortie, et l'on a à craindre des phénomènes inflammatoires dans le tissu osseux ambiant, à moins que les dents, situées en avant de la dent de sagesse déviée, ne se laissent repousser et ne chevauchent les unes sur les autres.

A la mâchoire supérieure, la troisième molaire peut également ne pas atteindre l'arcade alvéolaire, ou être repoussée dans la partie postérieure de la tubérosité sans perdre sa direction verticale. Quant aux déviations proprement dites de la dent de sagesse supérieure, la plus fréquente est l'inclinaison en dehors.

Il est à remarquer que les déviations de la dent de sagesse, à l'un et à l'autre des maxillaires, ne sont pas toujours explicables par l'insuffisance de l'espace réservé à la dent. On est obligé alors de faire intervenir une autre cause : le développement primitif de la dent en un lieu anormal.

Une complication assez fréquente, qu'on ne saurait négliger, est la *carie de la dent* dont l'éruption rencontre des obstacles. Cette carie ne peut se produire qu'après que la dent a éraillé la membrane qui la coiffe; mais, à ce moment, elle est d'autant plus à craindre que les irrégularités de la gencive inégalement divisée forment une sorte de clapier, où s'accumulent des liquides putrides.

Une carie, qui vient s'ajouter aux obstacles rencontrés par l'éruption, est de nature à aggraver encore les accidents.

La théorie que je viens d'exposer est admise par la généralité des auteurs. Elle a été combattue récemment par Cornudet (*De la dent de sagesse en général, et en particulier des accidents provoqués par son éruption.* Thèse de Paris, 1886), dans un travail écrit sous l'inspiration de son maître Redier. Ces auteurs soutiennent que les accidents se déclarent quelquefois là où manifestement la place ne fait pas défaut; ils ajoutent qu'en général, lorsqu'un organe en voie d'évolution est soumis à une compression prolongée, il s'atrophie, et que les dents gênées dans leur éruption se dévient facilement sans provoquer d'accidents inflammatoires.

D'après Redier et Cornudet, *les accidents sont dus, dans l'immense majorité des cas, à une véritable infection putride locale.* Ils font remarquer qu'à la mâchoire inférieure la fibro-muqueuse adhère faiblement à l'os; au moment où elle se laisse perforer par la dent de sagesse, cette muqueuse se décolle et forme un capuchon à la dent; dès lors, les agents infectieux, qui abondent dans la bouche, trouvent sous ce capuchon des conditions favorables à leur développement. Or, Redier et Cornudet affirment que jamais ils n'ont vu les accidents éclater avant que la muqueuse eût été perforée en un point, quelque petit qu'il fût.

Cette infection locale, sur laquelle insistent Redier et Cornudet, joue effectivement un rôle dans les accidents qui accompagnent l'éruption de la dent de sagesse. Chassaignac avait insisté déjà sur ce genre d'infection, dont une conséquence possible était ce qu'il appelait la *cachexie buccale.* Mais pourquoi les accidents, si fréquents lors de l'éruption de la dent de sagesse, sont-ils si rares lors de l'éruption des autres dents? La cause de cette différence si tranchée réside, à mon avis, dans les conditions anatomiques, qui président à l'éruption de la dent de sagesse. Ces conditions, sur lesquelles j'ai longuement insisté, sont la cause première des accidents; c'est grâce à elles que l'infection trouve un terrain favorable à son développement.

Étiologie. — Les accidents provoqués par l'éruption d'une dent de sagesse sont d'une extrême fréquence, si l'on tient compte des manifestations même les plus légères. Mais les accidents plus sérieux ne sont pas très communs.

L'*âge* qui fournit le contingent le plus considérable est celui de vingt à vingt-cinq ans. Les accidents deviennent ensuite de plus en plus rares jusqu'à trente-six ans. Au delà de cet âge, on n'observe plus que des cas isolés; un malade de Jourdain avait soixante ans, un malade de Richet avait soixante-six ans.

D'après mes relevés, le nombre des *hommes* atteints est plus que le double de celui des *femmes*, et j'attribue cette particularité au prognathisme plus marqué de la femme.

De même, les *races inférieures prognathes* semblent être moins sujettes aux accidents d'éruption de la dent de sagesse que les *races supérieures.* L'espace réservé à la troisième molaire, dans les races prognathes, est considérable, et la dent elle-même est volumineuse. Les conditions opposées se rencontrent dans les races supérieures; ce qui a fait dire à Darwin que la dent de sagesse est, chez l'homme, un organe en décadence et qui tend à disparaître.

Les accidents sont au moins 10 fois *plus fréquents à la mâchoire inférieure* qu'à la mâchoire supérieure. Le côté gauche est plus souvent atteint que le

côté droit; ce que Reclus attribue à la longueur moindre du côté gauche du corps de la mâchoire inférieure.

Nature des accidents. — Bien que les divers accidents, provoqués par l'éruption de la dent de sagesse, puissent se compliquer les uns les autres et se grouper de plusieurs façons, il importe, pour la clarté de la description, de faire des divisions.

Parmi ces accidents, il en est qui sont *franchement inflammatoires*, tandis que d'autres consistent dans des *troubles du système nerveux*. Les accidents inflammatoires, à leur tour, se divisent en *accidents muqueux* et *accidents osseux*, suivant que la lésion initiale siège sur une muqueuse ou sur l'os.

Les *accidents muqueux* bénins sont d'une extrême fréquence. Le plus souvent, il ne s'agit que d'une légère *irritation de la gencive*, accompagnée d'une faible douleur et se calmant spontanément au bout de quelques jours ou de quelques semaines. D'autres fois, la gencive est rouge, enflammée; du pus se forme entre elle et la dent, et cet abcès s'ouvre dans la bouche. Des ulcérations se déclarent; on voit des lambeaux sphacélés et des bourgeons charnus baignant au milieu d'un liquide sanieux, qui s'accumule dans les anfractuosités. Parfois la muqueuse offre un repli, qui recouvre la partie postérieure de la dent : d'où la formation d'une sorte de cavité artificielle ouverte en avant et où s'accumulent des détritus de toute sorte; ces détritus sont, pour la couronne de la dent, une cause d'altération, expliquant la carie prématurée dont elle est si souvent atteinte.

Pour peu que ces phénomènes inflammatoires présentent quelque intensité, ils s'étendent aux parties voisines. C'est alors qu'on peut voir survenir, du côté malade, une *amygdalite* souvent très tenace. Ailleurs il s'agit d'une *angine* étendue aux piliers, au voile du palais, à la luette et même au pharynx, ou encore d'une *stomatite*; d'après Magitot et Catelan, la *stomatite ulcéro-membraneuse* reconnaîtrait fréquemment une semblable origine. Une complication fréquente, et qui s'observe dans toutes les variétés d'accidents de la dent de sagesse, est une *adénite*, qui souvent passe à suppuration; elle occupe d'habitude les ganglions sous-maxillaires, parce que son point de départ ordinaire est la dent de sagesse inférieure. Enfin l'irritation partie de la gencive peut provoquer une *fluxion*, ou se propager au tissu osseux, ainsi qu'aux muscles élévateurs de la mâchoire; je me bornerai ici à mentionner ces dernières complications, sur lesquelles j'aurai à revenir.

Les accidents muqueux n'ont pas toujours leur point de départ à la gencive. Lorsqu'une dent de sagesse s'incline en dedans, on peut observer une *ulcération de la langue*, surtout si la couronne, par suite de carie, présente des aspérités. Quand la dent de sagesse se dévie en dehors, c'est une *ulcération* ou même une *perforation de la joue* qui est à craindre. Ces ulcérations ont une couleur gris sale, une forme irrégulière, des bords taillés à pic et un pourtour induré.

Les *accidents osseux* peuvent résulter de l'extension de l'inflammation des parties molles. Plus souvent ils éclatent d'emblée, par suite des obstacles que les parties dures opposent à la sortie de la dent de sagesse. On ne saurait dire si, comme on l'a prétendu, certains néoplasmes des maxillaires sont susceptibles de se développer sous l'influence de cette difficulté d'éruption. En tout cas, le doute n'est pas possible relativement aux *accidents inflammatoires des mâchoires*.

Dans une première forme, essentiellement chronique et limitée au voisinage

de l'alvéole, les symptômes se bornent à des douleurs, accompagnées parfois d'un certain gonflement; il n'existe guère que de la *périodontite*.

Mais il peut arriver que le gonflement de l'os devienne considérable, qu'il se développe une véritable *ostéite hypertrophiante*; cette variété a été observée sur la mâchoire inférieure, qui alors se tuméfie au voisinage de son angle. Il se forme ainsi une véritable tumeur osseuse, un *ostéome*. Des faits de ce genre ont été signalés par les auteurs du *Compendium*, par Maisonneuve, Verneuil, Jalaguier.

Dans une autre forme, l'ostéite suppure. C'est naturellement la membrane alvéolo-dentaire qui ressent les premières atteintes, et c'est une périodontite suppurée qui ouvre la scène; puis le corps du maxillaire peut être envahi à son tour par la suppuration. A la mâchoire inférieure, le pus a une grande tendance à se porter vers la peau; d'où la fréquence des phlegmons et des fistules des régions cervicale et faciale. En même temps, le pus s'écoule dans la bouche. Dans certains cas, la suppuration s'étend à une grande partie du maxillaire et envahit au loin les parties molles, occasionnant un gonflement énorme, des désordres considérables et des phénomènes généraux graves. Parmi les conséquences possibles de cette ostéite suppurée, il faut citer la nécrose, la suppuration de l'articulation temporo-maxillaire, les accidents septiques, l'infection purulente, les abcès du cerveau.

Vincent (d'Alger) (*Arch. prov. de chir.*, 1895, p. 520) a indiqué un symptôme précoce, qu'il a observé dans deux cas d'ostéite aiguë du maxillaire inférieur consécutive à l'éruption difficile de la dent de sagesse. C'est l'*anesthésie* du territoire innervé par les branches terminales du nerf dentaire inférieur, anesthésie due à la destruction de ce nerf.

Une complication fréquente des accidents inflammatoires provoqués par l'éruption de la dent de sagesse, principalement des accidents osseux, est la *constriction des mâchoires. Dans la grande majorité des cas, cette constriction est de nature inflammatoire* et reconnaît pour cause la propagation de l'inflammation aux muscles élévateurs de la mâchoire, surtout au masséter si voisin de la dent de sagesse inférieure. Lorsque cette myosite se prolonge (et, en l'absence d'intervention chirurgicale, elle risque de persister de longs mois), elle peut aboutir à la transformation fibreuse des muscles et à leur rétraction. Il est inutile que je rappelle les preuves démontrant la nature inflammatoire de la plupart des constrictions qui nous occupent; ce fait n'est plus sérieusement contesté aujourd'hui.

Par contre, la *constriction par contracture réflexe des muscles élévateurs de la mâchoire* est niée par bien des auteurs, en particulier par Magitot. Je n'ai jamais contesté que cette variété ne fût rare; mais elle n'en existe pas moins. Dans un cas de Salter, la constriction survint brusquement, persista pendant quatre mois et disparut dans l'espace de vingt-quatre heures après ablation de la deuxième molaire. Dans une observation de Duplay, des accidents de la vue et de l'ouïe et une constriction des mâchoires avaient pour point de départ une ulcération de la joue, due à la direction vicieuse de la dent de sagesse supérieure : or, pour peu qu'on touchât la surface de la petite plaie, le malade serrait brusquement les mâchoires, en même temps qu'il voyait apparaître tous les troubles sensoriels dont il se plaignait. L'origine réflexe de la contracture me paraît évidente dans ces deux cas; d'ailleurs, chez les deux malades, les phénomènes inflammatoires étaient de peu d'importance.

[*A. HEYDENREICH.*]

Sachse (*Centralblatt für Chir.*, 1896, p. 931) rapporte un cas de constriction des mâchoires, dont l'origine est des plus curieuses. La dent de sagesse supérieure droite avait sa couronne dirigée directement en dehors vers la joue; cette couronne passait, comme un verrou, devant le ptérygoïdien interne et gênait son fonctionnement lors de l'ouverture de la bouche. La dent de sagesse fut enlevée sous le chloroforme. La constriction, qui durait depuis quatre ans, fut améliorée dès le réveil du malade; la guérison était complète au bout de huit semaines.

J'arrive à l'étude des *accidents nerveux* provoqués par l'éruption de la dent de sagesse.

Les *douleurs névralgiques* occupent le premier rang. Le plus souvent, elles viennent compliquer une phlegmasie de l'os ou de la gencive; de ce nombre sont les douleurs d'oreille et l'odontalgie. D'autres fois, une douleur intense, sans inflammation visible, constitue le seul symptôme. Enfin, quelquefois, il s'agit de névralgies franches, affectant l'un des nerfs dentaires, ou s'étendant à l'une des branches du trijumeau, parfois à toute la cinquième paire; ainsi s'expliquent les douleurs de l'oreille et du globe de l'œil. Il peut arriver que les irradiations douloureuses se propagent aux nerfs occipitaux, ou bien gagnent le cou, l'épaule et même le bras du côté correspondant. Tantôt ces douleurs sont continues avec exacerbations, tantôt elles sont franchement intermittentes, régulièrement périodiques. Elles paraissent dues à une névrite, occasionnée par une compression nerveuse.

Indépendamment des névralgies, on a signalé d'autres *troubles nerveux* liés à l'éruption d'une dent de sagesse; je me contenterai d'indiquer les suivants, sur lesquels il ne semble pas y avoir de doute. Dans l'observation déjà citée de Duplay, le malade ressentait une douleur atroce dans l'œil, avec obscurcissement de la vue et apparition de brillants éclairs; du côté de l'ouïe, il éprouvait une vive douleur et des bourdonnements; à ces phénomènes se joignaient des douleurs névralgiques du trijumeau et une constriction des mâchoires. Salter a vu une paralysie du bras cesser brusquement après l'avulsion d'une dent de sagesse, dont l'éruption se faisait dans une direction vicieuse. Portal mentionne deux cas, dans lesquels des convulsions épileptiformes ont paru liées à l'éruption difficile d'une dent de sagesse; dans le premier cas, les convulsions se limitaient à un côté de la face; dans le second, elles étaient généralisées.

Quelle que soit la nature des accidents, qu'il s'agisse d'accidents inflammatoires ou d'accidents nerveux, le *diagnostic* ne peut être posé que si l'on examine les dents de sagesse, pour s'assurer si elles n'offrent aucune particularité anormale. Le diagnostic de la cause des accidents a une importance d'autant plus grande que le *pronostic* est sous la dépendance du diagnostic. En effet, les accidents ont une tendance à persister indéfiniment et à s'aggraver jusqu'au moment où une thérapeutique rationnelle, basée sur la connaissance de leur cause, les fait céder rapidement.

Traitement. — Une considération domine le traitement : *il faut s'adresser le plus tôt possible à la cause des accidents*, sans se laisser égarer dans un traitement symptomatique

Si la gencive fait obstacle à l'éruption de la dent de sagesse, il est indiqué de l'inciser, ou mieux d'en faire l'excision, pour empêcher les lèvres de la plaie de se réunir aussitôt après l'opération. Les cautérisations rendent des services

lorsqu'il existe des ulcérations ou des fongosités. Enfin les lavages antiseptiques de la bouche ne doivent jamais être négligés.

S'agit-il d'une ulcération de la langue ou de la joue, due à une déviation de la dent de sagesse? Le sacrifice de cette dernière est généralement nécessaire. Toutefois, si la dent est saine et si la déviation est faible et tend à se corriger, on pourra essayer un traitement palliatif, consistant dans l'isolement et la cautérisation de la partie ulcérée.

Supposons maintenant que les entraves à l'éruption résident dans le manque d'espace offert à la dent de sagesse par les parties dures. Il faudra de toute nécessité ou extraire cette dent, ou lui ouvrir la voie en supprimant l'obstacle. Cette dernière méthode est applicable quand l'étroitesse de l'alvéole est seule en cause. Mais comme, le plus souvent, à la mâchoire inférieure, le manque d'espace tient à la distance insuffisante qui sépare l'apophyse coronoïde de la deuxième grosse molaire, le sacrifice de la dent de sagesse devient nécessaire. Si son avulsion rencontre de trop grandes difficultés, on peut faire l'extraction de la deuxième molaire, dans l'espérance que la troisième, n'étant plus gênée dans sa sortie, achèvera normalement son éruption. Toutefois, il arrive souvent que cette pratique ne fasse pas disparaître les accidents. Aussi Magitot n'admet-il l'ablation de la deuxième molaire que comme un moyen d'arriver à l'extraction de la troisième, et il conseille de réimplanter aussitôt la deuxième molaire.

On emploie généralement, pour extraire la dent de sagesse inférieure, l'un ou l'autre des instruments qui agissent à la façon d'un levier. Mais lorsque cette dent est incluse dans l'épaisseur du maxillaire, il faut se frayer un passage à l'aide de la gouge et du maillet. Assurément il serait préférable d'opérer par la bouche; mais on peut se trouver obligé, surtout dans le cas de constriction des mâchoires, d'attaquer l'os par l'extérieur après division de la peau. La résection du maxillaire n'est indiquée que dans les cas exceptionnels où les altérations osseuses sont considérables.

La *constriction des mâchoires*, si gênante pour le malade, ne l'est pas moins pour le chirurgien, au point de vue du traitement et même du diagnostic. Il est donc indispensable de triompher de cette complication, et le moyen à employer est l'écartement forcé et progressif des mâchoires à l'aide d'un coin de bois ou d'un instrument spécial. Le chloroforme pourra faciliter cet écartement et permettre l'extraction de la dent de sagesse, extraction qui aura pour effet de faire cesser la constriction. Quant à une intervention plus radicale, telle que la section des fibres du masséter, l'opération d'Esmarch ou celle de Rizzoli, elle doit être écartée.

CHAPITRE III

TUMEURS DES MACHOIRES

Les divers néoplasmes que l'on observe dans les os peuvent siéger sur les maxillaires. Mais les mâchoires offrent, de plus, des tumeurs absolument spéciales, en rapport avec la présence des dents. Les tumeurs des mâchoires se divisent donc en deux groupes : 1° *tumeurs d'origine dentaire*; 2° *tumeurs d'origine non dentaire*.

[A. HEYDENREICH.]