

a. Les tumeurs de la couronne (odontomes coronaïres de Broca, dents verruqueuses de Salter) sont dues à une hypertrophie circonscrite de l'émail et de la dentine ou plus souvent de la dentine seule, dépendant d'une irritation formative d'un point limité du bulbe dentaire au moment de la formation de la couronne.

Plus communes sur les bicuspides, ces tumeurs occupent de préférence l'une des faces de l'organe et se présentent tantôt sous la forme de petites élevures, irrégulièrement arrondies, analogues à des verrues (Salter) (fig. 148), tantôt sous forme d'excroissances volumineuses, irrégulières, creusées de sillons ou de dépressions. Par un examen attentif, on peut découvrir au fond d'une de ces dépressions une petite tache sombre; c'est l'orifice externe d'une cavité sans communication avec la cavité de la pulpe et dont les parois sont dans toute leur étendue tapissées d'émail; il existe ordinairement plusieurs de ces cavités. Cette disposition est le résultat de la pression sur la dent affectée de plusieurs masses hypertrophiées qui, confondues en certains points, sont séparées en d'autres et simplement juxtaposées; la cavité tapissée par l'émail est l'indice de cette séparation.



FIG. 148. — Odontome coronaire.

Au point de vue chirurgical, ces tumeurs sont sans importance; leur diagnostic ne saurait présenter de difficultés. Quant au traitement, il se borne à l'ablation de l'organe malade, dans le cas où la tumeur aurait amené le développement d'ulcérations de la langue ou des joues.

b. Les tumeurs des racines sont congénitales ou acquises. Les premières, odontomes radiculaires de Broca, sont le résultat d'une irritation formative circonscrite de la pulpe, pendant la période radulaire. Elles sont bien rares; on en connaît à peine quatre ou cinq exemples rapportés par Salter (1), Forget (2), Heider et Wedl (3), et Hare de Limerick (4).

Elles se présentent sous l'aspect de masses volumineuses, lobulées, irrégulières, qui tantôt se détachent des parties latérales de la racine ou des racines, tantôt englobent complètement dans la masse morbide ces prolongements (fig. 149), si bien que leur présence ne peut plus être reconnue que sur une coupe. Au début, le produit morbide est constitué par une végétation hypertrophique qui, tout en n'étant réunie que par un mince pédicule avec le reste de la pulpe, prend un accroissement considérable et embrasse une portion plus ou moins grande de la dent ou de la racine. Cette excroissance, logée dans le sac dentaire, reçoit plus tard à sa surface un revêtement de ciment, tandis que, d'un autre côté,

(1) Holmes, *System of Surgery*, art. DISEASES OF THE TEETH.

(2) Forget, *Des anomalies dentaires et de leur influence sur la production des maladies des os maxillaires*. Paris, 1860. Pl. I, fig. 1 et 2.

(3) Heider et Wedl, *Atlas z. Path. der Zähne*. Leipzig, 1868, Taf. II, fig. 8 et 9.

(4) *Trans. of the Odont. Soc.* vol. III, p. 335.

la couche de cellules odontoblastes qui la tapisse se calcifie et se transforme en ivoire. Plus tard encore la couche de cellules odontoblastes s'atrophie et disparaît; à partir de ce moment, toute production d'ivoire cesse, et il ne se forme plus que du tissu osseux. Aussi ces tumeurs sont-elles constituées en très-grande partie, dans certains points même exclusivement, par du tissu cémentaire plus vasculaire et plus riche en cellules

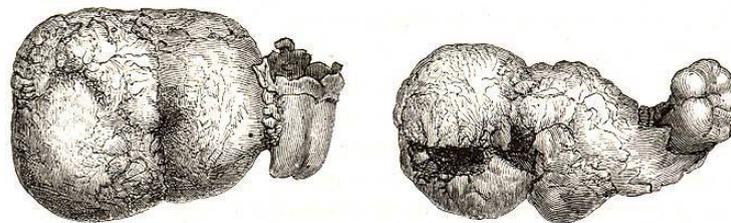


FIG. 149. — Odontomes radiculaires (Tomes)

osseuses que le ciment normal. A ce titre, elles mériteraient bien mieux le nom d'ostéome ou d'exostose dentaire (Virchow), que celui d'odontome qui leur a été donné par M. Broca. Elles sont quelquefois creusées d'une ou de plusieurs cavités irrégulières, sans communication avec la cavité de la pulpe, et résultant de ce que l'excroissance s'est résorbée par points sans subir la calcification.

Les tumeurs acquises sont de véritables exostoses, dues à l'inflamma-

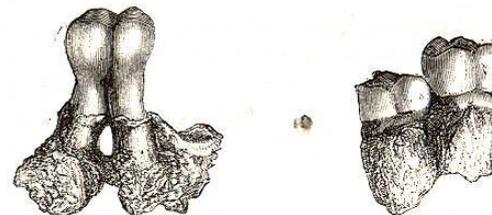


FIG. 150. — Exostoses des dents (Tomes).

tion chronique du périoste alvéolo-dentaire. Le tissu osseux de nouvelle formation constitue autour de la racine une espèce de coque plus ou moins épaisse, et qui va s'amincissant du sommet de la racine où elle présente la plus grande épaisseur, jusqu'au voisinage du collet où elle se termine souvent par un bord festonné. Les racines ainsi affectées sont parfois doublées ou même triplées de volume; les racines d'une dent ou de deux dents voisines peuvent se trouver réunies par l'exostose (fig. 150); plus rarement la racine exostosée fait corps avec la paroi alvéolaire par suite de la résorption du périoste.

La structure de la tumeur est la même que celle de l'odontome radulaire. On distinguera sur une pièce anatomique l'odontome de l'exostose circonscrite, en pratiquant une coupe longitudinale: dans l'odontome,

il n'existe pas la moindre ligne de démarcation entre la racine et la tumeur, tandis que dans l'exostose la tumeur, quoique très-adhérente, est simplement juxtaposée et peut être séparée par la macération.

L'exostose peut être résorbée lorsque la cause qui lui a donné naissance vient à disparaître; la résorption, après avoir débuté par le produit morbide, peut envahir plus tard le ciment et même l'ivoire. Dans d'autres cas, sous l'influence de périostites à répétitions, on observe des alternances de résorption et de dépôts osseux.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC. — La symptomatologie des tumeurs des racines dentaires est des plus vagues. Les *odontomes radiculaires*, dont le volume n'est pas assez considérable pour faire tumeur au niveau du bord alvéolaire, passent nécessairement inaperçus jusqu'au moment où le sac qui les contient s'enflamme. Lors même qu'il y a tumeur, le diagnostic n'est pas pour cela plus facile, et cependant il est de la plus grande importance au point de vue thérapeutique.

On verra plus loin, à l'occasion des *tumeurs des maxillaires*, comment on peut reconnaître que la tumeur est un odontome; mais ce premier point acquis, il reste encore à déterminer le rapport de l'odontome avec telle ou telle dent. Cette question est souvent difficile à juger, et la principale cause d'erreur tient à ce que la tumeur a pu empêcher l'éruption d'une ou de plusieurs dents voisines; on est alors naturellement tenté de croire à l'existence d'un odontome appartenant à l'une des dents absentes, et ce n'est souvent qu'en faisant l'extraction de la dent malade, afin de se donner du jour pour une opération plus radicale, qu'on reconnaît à la fois et l'erreur de diagnostic et l'inutilité de toute autre opération.

Les *exostoses* ne sont jamais assez volumineuses pour former tumeur; aussi sont-elles rarement diagnostiquées avant l'extraction de l'organe malade. Les phénomènes douloureux et les accidents nerveux qu'elles déterminent du côté de la face ou des organes des sens sont presque toujours rapportés à la périostite chronique ou à la pulpite. L'erreur est du reste sans importance, puisque, dans un cas comme dans l'autre, le traitement est le même, et consiste dans l'extraction de l'organe malade. La douleur provoquée par la percussion métallique, les irrigations alternativement chaudes et froides désigneront l'organe malade. Si elles ne donnent pas de résultat, il faudra de préférence enlever la dent ou les dents cariées. Ce n'est quelquefois qu'en tâtonnant et après avoir enlevé plusieurs dents qu'on finit par tomber sur la cause du mal.

5° Tumeurs formées par le tartre dentaire.

MAGITOT, *Études et expériences sur la salive*. Paris, 1866. — VERGNE, *Du tartre dentaire et de ses concrétions*. Thèse de Paris, 1870.

La salive normale contient une certaine quantité de sels calcaires (carbonate et phosphate de chaux) qui, dans des circonstances données, peuvent se précipiter et donner lieu à des concrétions connues sous le nom

de *tartre dentaire*. Il suffit pour cela que la réaction du milieu buccal soit alcaline, et que des dispositions anatomiques ou autres empêchent le précipité d'être balayé au fur et à mesure de sa formation.

Ces conditions se trouvent déjà réalisées dans l'état physiologique; en effet, la salive mixte est normalement alcaline, et les dépôts calcaires trouvent un moyen de protection dans l'existence du sillon gingivo-dentaire et des espaces interdentaires. Aussi est-il fréquent de trouver des dépôts de tartre même assez volumineux au niveau du collet des dents, chez les personnes les plus saines. Ces dépôts siègent de préférence sur les faces externes des bicuspides inférieures et les faces postérieures des incisives inférieures; c'est-à-dire en face de l'embouchure du canal de Sténon et de celle des canaux de Wharton et de Rivinus.

La formation du tartre est favorisée par toutes les circonstances qui, sans activer la réaction alcaline du milieu, augmentent la proportion des sels contenus dans la salive ou favorisent le séjour de ce liquide au contact des dents: décollement des gencives, agrandissement des espaces interdentaires, diète, défaut de soins de propreté. Elle est empêchée, au contraire, par toute circonstance qui diminue la proportion des sels calcaires ou donne à la salive une réaction acide; en d'autres termes, les causes des tumeurs tartareuses sont exactement inverses de celles de la carie dentaire.

CARACTÈRES PHYSIQUES ET CHIMIQUES. — La couleur et la consistance du tartre dentaire sont extrêmement variables. On distinguait autrefois, d'après ses caractères extérieurs, du tartre noir, vert, jaune, mou, dur, etc.; ces distinctions n'ont aucune raison d'être, puisque les différences sur lesquelles elles sont fondées dépendent soit de l'ancienneté du dépôt, soit de la rapidité avec laquelle il s'est fait, soit enfin d'habitudes individuelles. Le tartre de nouvelle formation, celui qui s'est déposé avec rapidité, est mou et jaune; celui qui s'est formé lentement est dur, foncé, et même complètement noir chez les fumeurs; enfin celui qui se dépose sur la racine d'une dent décollée de son périoste et baigne dans le pus, est vert.

Sauf de légères variations, le tartre présente une composition chimique toujours à peu près la même; il se compose essentiellement de sels calcaires (phosphates et carbonates), dans la proportion des quatre cinquièmes environ, et accessoirement de lamelles épithéliales, de ptyaline, de mucine, de graisse, de divers infusoires du genre *vibrio* et *monas*, de filaments et de spores de *leptothrix*, dans la proportion d'un cinquième.

Le tartre, en se déposant autour de la couronne des dents, forme des concrétions plus ou moins volumineuses, et dont l'épaisseur va en diminuant à partir du collet. Lisses et unis dans la partie qui recouvre la couronne, ces dépôts sont rugueux au niveau de la gencive qu'ils irritent et enflamment. Sous l'influence de cette irritation qui augmente graduellement par suite du dépôt de nouvelles quantités de tartre, la gen-

cive se décolle en même temps que le périoste alvéolo-dentaire qui se rétracte; la suppuration s'établit entre le périoste et le ciment, et le pus vient sourdre entre la gencive et la base du tartre, jusqu'à ce que la dent, complètement privée de ses connexions, soit expulsée de l'alvéole.

Les concrétions s'accumulent quelquefois en si grande quantité, que non-seulement elles font tout le tour de la couronne, mais encore que plusieurs dents se trouvent ensevelies sous une masse informe. Les gencives ramollies, boursouffées et saignantes, donnent alors à l'haleine une fétidité insupportable.

TRAITEMENT. — On a souvent l'occasion de voir des individus, dont les dents étaient chargées de tartre, sortir d'une fièvre typhoïde ou de toute autre affection qui donne au liquide buccal une réaction acide, avec des dents d'une propreté irréprochable. Rien ne paraît donc plus naturel que d'imiter la nature et de chercher dans les acides le moyen de dissoudre les concrétions tartreuses. Mais l'emploi de ce moyen est formellement contre-indiqué par le danger qu'il y aurait à introduire dans la bouche des agents aussi efficaces de la carie. Il faut donc se borner à enlever avec le plus grand soin le tartre dentaire, et l'on y parvient assez facilement au moyen d'instruments en acier appropriés. Pour éviter la récurrence, il faut ensuite polir la surface des dents nettoyées avec un morceau de bois chargé de poudre de pierre ponce.

§ II. — Lésions vitales et organiques des parties molles des dents.

1° Inflammation (pulpite et périostite dentaire).

Nous réunissons dans une description commune la pulpite et la périostite alvéolo-dentaire, en raison de la coïncidence et de la succession fréquente de ces deux inflammations.

CHOISY, *Sur les fistules dentaires, et Rapport d'Oudet*, in *Bull. de l'Acad. de médecine*, 1847-1848. — ALBRECHT, *Die Krankheiten der Zahnpulpa*. Berlin, 1858. — *Die Krankheiten der Wurzelhaut der Zähne*. Berlin, 1860. — CHASSAIGNAC, *Traité de la suppuration*. 1859, t. II, p. 447 et suiv. — CHAMBONNAUD, *Des fistules dentaires*. Thèse de Paris, 1867. — MAUREL, *Inflammation aiguë et chronique de la pulpe dentaire*. Thèse de Paris, 1873.

ÉTIOLOGIE. — La pulpite et la périostite alvéolo-dentaire reconnaissent exclusivement pour causes la carie et le traumatisme opératoire ou accidentel; le froid, et surtout le froid humide, joue presque toujours le rôle de cause déterminante.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Quoique la pulpe puisse s'enflammer bien avant d'être mise à nu par les progrès de la carie dentaire, c'est surtout lorsque sa cavité est ouverte qu'elle présente les traces caractéristiques d'une inflammation violente. Elle devient rouge, boursoufflée et excessivement douloureuse à la pression; de sa cavité devenue trop

étroite pour la contenir, elle fait hernie dans la cavité carieuse en s'étranglant à travers l'étroit orifice de communication.

L'inflammation, suivant qu'elle est plus ou moins intense, se termine de diverses manières: tantôt la pulpe entière est détruite par le sphacèle, dès le troisième ou le quatrième jour; d'autres fois la suppuration s'en empare et la détruit plus lentement; très-souvent enfin l'orage se calme au bout de quelques jours et l'inflammation passe à l'état chronique, entrecoupé de temps à autre par des accès plus ou moins violents de pulpite aiguë. Il est fréquent en pareil cas de voir s'élever de la surface de la pulpe enflammée des végétations qui viennent faire saillie au niveau du collet des dents et qui constituent la variété, sans contredit, la plus fréquente des *polypes des gencives*. Enfin, dans l'inflammation chronique sans suppuration, qu'on trouve souvent désignée sous le nom d'*irritation chronique*, la pulpe peut se calcifier (*odontome interne* de Virchow) ou subir la dégénérescence fibreuse avec ou sans calcification incomplète (*fibrome simple* ou *ossifiant de la pulpe*).

Les lésions de la *périostite alvéolo-dentaire* ont été bien décrites par Tomes et Salter. Le périoste épaissi se détache d'abord du ciment à partir du sommet de la racine jusqu'au collet. Dans l'intervalle se fait un épanchement plastique, qui parfois se résorbe, ou qui, après s'être développé avec une rapidité extrême au point de déterminer au bout de quelques heures une tuméfaction appréciable, s'écoule à la pression à côté ou même au travers de la dent malade sous forme d'un liquide séreux, incolore. Heath (1) ayant observé deux cas semblables, a cru devoir les décrire à part comme une variété spéciale de périostite alvéolo-dentaire qui serait propre au maxillaire inférieur. D'après cet auteur, ce liquide plastique deviendrait, en s'organisant, l'origine de beaucoup de tumeurs fibreuses de cet os, opinion qui me paraît très-discutable. D'autres fois, l'exsudat plastique s'organise en tissu osseux qui se dépose à la surface du ciment.

Enfin, très-souvent, la suppuration s'établit; le pus contenu sous le périoste décollé peut séjourner dans le sac fibreux et, en passant plus tard à l'état séreux, devenir l'origine d'un kyste du maxillaire. Mais le plus ordinairement il se fait jour au dehors, soit à travers la dent cariée, soit au niveau du collet, en décollant ou en détruisant le périoste, soit enfin à travers l'une des parois de l'alvéole dont le tissu osseux s'est aminci et résorbé.

Le pus peut se faire jour en différents points, soit à travers la muqueuse buccale, soit à travers la peau. Lorsque l'ouverture de l'abcès a lieu du côté de la muqueuse, elle se fait par ordre de fréquence à l'une des faces de la gencive, plus fréquemment à la face externe, dans le sillon gingivo-buccal, à la face interne de la joue ou des lèvres, et plus rarement à la face inférieure de la voûte palatine en décollant quelquefois le périoste

(1) *Diseases and Injuries of the Jaws*, London, 1868.

dans une assez grande étendue. Lorsque l'abcès s'ouvre du côté de la peau, c'est au menton, à la joue, au niveau de la fosse canine ou bien encore à l'angle de la mâchoire, pour la dent de sagesse. Rarement enfin, le pus fuse à des distances relativement considérables; tel est le cas cité par Salter, dans lequel un abcès provenant de la carie d'une petite molaire était venu se faire jour au-dessous de la clavicule. L'ouverture de l'abcès reste souvent fistuleuse; on peut alors, en introduisant un stylet, reconnaître que la persistance de la fistule a pour cause soit la nécrose des racines, soit la nécrose partielle des parois alvéolaires.

SYMPTOMATOLOGIE. — La dent qui va être atteinte de pulpite aiguë est ordinairement douloureuse depuis quelque temps; le contact des aliments, et principalement des substances sucrées, éveille ou exacerbe la douleur; il en est de même des changements brusques de température, de la pression et surtout de la succion opérée au moyen de la langue sur la cavité carieuse. Tout à coup, à la suite d'un refroidissement ou d'irritations locales répétées, la douleur augmente et devient pongitive; puis s'étend de l'organe malade aux dents voisines, à toute la sphère de distribution des nerfs maxillaires supérieur ou inférieur, ou même à toutes les branches du trijumeau, en prenant les caractères d'une névralgie faciale, dont elle présente non-seulement les exacerbations qui constituent les accès, mais encore les foyers douloureux. Au bout d'un, deux, trois jours, les phénomènes douloureux cèdent ou s'atténuent, ne laissant après eux que ces douleurs sourdes ou cette susceptibilité dont nous avons déjà parlé au début et qui constituent les signes caractéristiques de la pulpite chronique. D'autres fois, au contraire, l'inflammation, au lieu de s'éteindre sur place, se propage au périoste alvéolo-dentaire.

La *périostite alvéolo-dentaire* localisée débute ordinairement par un léger sentiment de malaise, de tension, qui disparaît pour un instant en pressant la dent malade dans son alvéole soit avec les doigts, soit au moyen des dents opposées. Bientôt la douleur s'exaspère et devient pongitive; en même temps la dent, devenue plus longue par suite de l'épaississement du périoste et mobile dans son alvéole, est ébranlée à chaque instant par les mouvements de la langue et l'occlusion des mâchoires, jusqu'au moment où la douleur acquiert un tel degré d'intensité que le malade ne peut plus fermer la bouche.

De son côté, la gencive se tuméfie et devient sensible, et les parties environnantes sont le siège d'un gonflement plus ou moins considérable, connu sous le nom de *fluxion*. Ce gonflement occupe, pour les dents supérieures, toute la partie de la joue qui s'étend depuis l'espace interalvéolaire jusqu'au rebord orbitaire; pour les dents inférieures, il s'étend toujours à une certaine distance dans la région sus-hyoïdienne, mais en ayant toujours, à moins de complication, son maximum de développement au niveau du maxillaire; il est dur, œdémateux, et relativement peu sensible à la pression, dès que l'on s'écarte de la dent malade.

Si la périostite se termine par résolution, la fluxion disparaît rapide-

ment dans l'espace de trois ou quatre jours. Mais si la suppuration s'établit, la fluxion ne commence à diminuer qu'à partir du moment où l'abcès s'est fait jour en dehors de l'alvéole.

La suppuration s'accompagne toujours d'un léger mouvement fébrile; mais il est rare que la fièvre soit assez intense pour attirer spécialement l'attention; un peu de chaleur à la peau, de l'inappétence, quelques légers frissons irréguliers, en sont généralement les seuls symptômes.

L'abcès alvéolaire, une fois formé, s'ouvre ordinairement sans accident soit en dedans, soit en dehors de la cavité buccale ainsi que nous l'avons dit plus haut, et le malade se trouve guéri en peu de jours ou ne conserve de son affection que des douleurs sourdes, revenant de temps à autre, un bessein de presser sur la dent malade et de l'ébranler à chaque instant si elle a conservé quelque mobilité.

Dans des cas plus rares, l'affection se présente avec un tout autre cachet de gravité. Ces formes graves s'observent plus spécialement, mais non d'une manière exclusive, dans les périostites consécutives à la carie ou à l'inclusion de la *dent de sagesse*.

La *périostite alvéolo-dentaire de la dent de sagesse* peut être, comme celle des autres dents, consécutive à la carie. Mais elle est aussi souvent le résultat de l'irritation provoquée soit par l'éruption difficile de cet organe, soit par son inclusion dans l'épaisseur de l'alvéole ou de l'apophyse coronaroïde du maxillaire inférieur.

Lorsque la dent a pris place dans la rangée alvéolaire, la difficulté que l'on éprouve à explorer le fond de la cavité buccale, difficulté qui est encore augmentée par le resserrement des mâchoires, rend souvent le diagnostic obscur. Cependant, comme en pareil cas le pus vient toujours faire issue du côté de la cavité buccale, en promenant le stylet sur la gencive boursoufflée, ou encore en l'introduisant dans l'orifice de la fistule à travers laquelle on voit sourdre du pus, on parvient le plus généralement à constater la présence d'un corps dur et immobile, qui n'est autre chose que la dent de sagesse; d'autres fois on aperçoit, au milieu de la muqueuse boursoufflée et violacée, un point blanc ou grisâtre dont l'exploration avec le stylet permet de reconnaître la nature.

Lorsque la dent est restée incluse dans l'épaisseur de l'os, il est de règle que l'abcès alvéolaire présente des ouvertures multiples. Après une première période, pendant laquelle la maladie ne s'est révélée que par de la douleur, du gonflement au niveau de l'angle de la mâchoire, et du trismus plus ou moins prononcé, le pus se fait jour soit du côté de la muqueuse buccale, soit à l'extérieur, soit des deux côtés à la fois. En effet, l'ouverture ou les ouvertures gingivales sont si défavorablement situées que même élargies elles ne sauraient suffire à l'écoulement du pus; l'abcès s'ouvre alors soit sur la face externe, soit sur la face interne de l'os, au-dessous du périoste décollé, ou, pour parler plus exactement, au-dessous de la face profonde des muscles masséter ou ptérygoïdien interne qui le brident et l'obligent à aller se faire issue dans un point

éloigné, soit du côté de la joue par une ou plusieurs fistules, soit en arrière du côté du pharynx, en fusant au-dessous du ptérygoïdien interne (1), soit enfin à l'angle de la mâchoire. Cette périostite détermine quelquefois des lésions assez graves pour amener la mort.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de la périostite alvéolo-dentaire est généralement facile. A son début, elle pourrait être confondue avec la névralgie faciale, mais elle s'en distingue bientôt par l'apparition du gonflement.

La confusion est plus facile avec le phlegmon sous-maxillaire; dans les deux maladies, en effet, il y a du gonflement, de la chaleur avec rougeur de la peau; l'un et l'autre sont souvent produits par la carie dentaire. Mais, tandis que dans le phlegmon, la douleur et le gonflement présentent leur maximum à la région sous-maxillaire, quoiqu'ils empiètent sur la face externe de la mâchoire; dans la périostite, leur maximum est au niveau de la face externe de la mâchoire, d'où le gonflement s'étend en diminuant en haut du côté de la joue et en bas du côté du cou. Dans les cas de coïncidence des deux affections, la périostite est quelquefois si limitée, elle a déterminé si peu de phénomènes douloureux qu'elle peut à la rigueur passer inaperçue; la chose est, du reste, sans inconvénient, pourvu que la carie dentaire, cause des deux affections, soit reconnue et que le traitement soit institué en conséquence.

A l'état chronique, lorsque l'affection ne consiste plus que dans la présence d'une *fistule dentaire*, celle-ci lorsqu'elle siège à la joue pourrait être confondue avec une fistule salivaire. On évitera l'erreur en tenant compte de la nature de l'écoulement, qui est clair et limpide et augmente au moment du repas ou par la mastication, dans les fistules salivaires, tandis qu'il est purulent ou séro-purulent, sans augmentation, dans la fistule dentaire.

Enfin, une fistule dentaire étant donnée, il reste encore à déterminer son point de départ, car la bouche peut renfermer plusieurs dents cariées. Cette question est presque toujours facile à résoudre; tantôt en effet, le trajet fistuleux est tellement court qu'on peut avec un stylet arriver sur l'organe malade et provoquer de la douleur; tantôt au contraire le trajet est plus long, mais on peut sentir dans les parties molles un cordon dur, arrondi qui va de l'orifice externe à la cavité de l'alvéole. Les mêmes moyens empêcheront de confondre une fistule dentaire avec les fistules de la partie moyenne de la joue résultant de l'ouverture de petits abcès froids, qu'on observe quelquefois chez les sujets scrofuleux.

TRAITEMENT. — Traiter d'une manière convenable la carie dentaire, cautériser et au besoin détruire la pulpe dentaire, tel est le meilleur moyen de prévenir ou d'empêcher le retour de la pulpite et de la périostite alvéolo-dentaire. Relativement au traitement propre à la pulpite, je rappellerai que, dans les cas d'étranglement de la pulpe à travers une

(1) *Transact. of the Odont. Society.* 1858, p. 53.

ouverture carieuse, le meilleur moyen de faire cesser les accidents consiste à débrider cette ouverture en faisant éclater ses bords. Un autre moyen, également recommandé par Magitot, et qui semble avoir fourni d'heureux résultats lorsque la cavité de la pulpe n'est pas ouverte, consiste à trépaner la dent soit au niveau de son collet, soit au niveau de la couronne, et dans le point correspondant à la cavité carieuse. Par cette opération, on peut faire cesser l'étranglement de la pulpe et amener la guérison, ou si les accidents persistent, détruire la pulpe à l'aide des caustiques.

Lorsque la périostite s'est développée à la suite d'opérations pratiquées sur la dent, telles que l'aurification ou l'implantation d'une dent à pivot, si l'inflammation est intense ou ne cède pas aux antiphlogistiques locaux, il faut immédiatement enlever la cause du mal.

Enfin, quelle que soit la cause de l'affection, on la combattra au début par des moyens locaux : émissions sanguines locales au moyen d'une ou deux sangsues appliquées sur la gencive; lotions émollientes, cataplasmes. Si, malgré tout, la suppuration s'établit, on n'hésitera pas à pratiquer une incision allant jusqu'à l'os; lors même que le pus n'est pas encore collecté, cette petite opération procure du soulagement et jugule les accidents.

S'agit-il d'une périostite suppurée de la dent de sagesse, il ne faudra pas hésiter à ouvrir une issue au pus dans une partie déclive, telle que l'angle de la mâchoire, tout en élargissant l'ouverture des fistules gingivales. On devra même, au besoin, passer un tube à drainage qui favorise l'écoulement du pus et le dégorgeement des tissus.

Les fistules dentaires exigent ordinairement l'extraction de la dent malade ou de la portion d'alvéole nécrosée.

ARTICLE III.

VICES DE CONFORMATION ET DIFFORMITÉS DES DENTS.

1° Anomalies de nombre.

a. *Anomalies par défaut.* — L'anomalie par défaut peut être apparente ou réelle; dans le premier cas, l'organe s'est bien développé, mais il n'a pas pris sa place dans la rangée alvéolaire; dans le second cas, au contraire, il y a absence complète ou relative de développement. Cette distinction est importante à établir puisque, comme nous aurons l'occasion de le voir plus tard, l'absence d'une ou de plusieurs dents est un des principaux éléments de diagnostic des odontomes ou des inclusions dentaires.

L'absence congénitale d'un certain nombre ou de la totalité des dents coïncide parfois avec des vices de développement du système pileux (calvitie congénitale ou développement exagéré des poils). Darwin (1)

(1) *De la variation des animaux et des plantes*, trad. franç. Paris, 1848.