

telles que la *perforation de la joue, de la langue et du plancher de la bouche*, avec le levier ou le pied-de-biche. Ces plaies guérissent, du reste, avec la plus grande rapidité.

Dans un cas rapporté par Delestre, l'extraction d'une molaire inférieure fut suivie, quatre ou cinq heures après, d'un *emphysème* de la joue correspondante. C'est, croyons-nous, le seul cas de cette nature qui ait été publié; l'emphysème avait, du reste, complètement disparu huit jours après.

L'écoulement de sang qui suit toujours l'extraction d'une dent prend quelquefois par sa durée et par son abondance les proportions d'une véritable *hémorrhagie*. L'accident s'explique rarement par des causes purement locales, telles que la congestion des tissus résultant d'une irritation prolongée, la rupture de vaisseaux relativement volumineux maintenus béants par la présence d'une esquille osseuse. Dans un cas qui nous a été communiqué par Foix, on a pu cependant constater à l'autopsie la blessure du tronc même de l'artère dentaire inférieure par une esquille osseuse.

Mais le plus souvent c'est dans l'état général de l'individu qu'il faut chercher la cause de l'accident. Les dyscrasies avec défaut de coagulabilité du liquide sanguin (scorbut, typhus, affections typhoïdes, fièvres graves, etc.), les anémies de causes diverses, et surtout l'*hémophilie*, sont les causes prédisposantes les plus ordinaires. Le rôle de la grossesse et de la menstruation est beaucoup moins bien déterminé et probablement nul, quoique le docteur Lieber (1) rapporte un cas d'hémorrhagie qui dura vingt-six heures chez une femme pléthorique à la suite de l'extraction d'une dent pendant l'époque menstruelle.

Ces hémorrhagies, plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes, sont excessivement rares chez les enfants et chez les vieillards. Elles peuvent être assez graves pour entraîner la mort, surtout lorsqu'elles reconnaissent pour cause l'hémophilie. Grandidier, dans son mémoire sur l'hémophilie, a pu réunir douze cas de terminaison funeste. Dans un travail récent, Moreau (2) a cité vingt-six cas de mort par hémorrhagie consécutive à l'extraction des dents chez des sujets hémophiles. Nous en avons nous-même mentionné un à la suite de la blessure de l'artère dentaire.

L'accident se produit ordinairement immédiatement après l'opération ou, pour mieux dire, l'écoulement sanguin, au lieu de s'arrêter après une demi-heure environ, continue avec la même intensité; plus rarement, l'hémorrhagie ne survient qu'après un temps plus ou moins long; ainsi on l'a vue ne faire son apparition que le troisième et même le cinquième jour (Jourdain).

Hors de rares exceptions, on se rend assez facilement maître d'une hé-

(1) Cité par Delestre.

(2) *De l'hémorrhagie consécutive à l'extraction des dents* (Arch. gén. de méd., 1873, vol. 11, p. 149).

morrhagie dentaire. Si elle ne cède pas à l'action des styptiques (alun, tannin, sulfate de fer, acides minéraux étendus, perchlorure de fer), on emploie l'obturation de l'alvéole, qu'on pratique de la manière suivante. Après avoir enlevé les caillots, on trempe dans du perchlorure de fer à 30 degrés de petits morceaux d'amadou qu'on exprime ensuite soigneusement avec une compresse; puis on les introduit dans l'alvéole, où on les tasse avec un stylet; on favorise, au besoin, la formation des caillots en comprimant pendant quelques instants la carotide du côté correspondant jusqu'à ce que tout écoulement sanguin ait cessé. On peut enfin maintenir le tamponnement au moyen d'un bouchon de liège placé entre les arcades dentaires, ou à l'aide d'un appareil compressif laissant libres les mouvements de la mâchoire. Dans le mémoire cité plus haut, Moreau préconise un petit appareil de son invention qui pourrait rendre quelques services.

La cautérisation au fer rouge est rarement suivie de bons résultats. Quant à la ligature de la carotide, elle ne devrait être pratiquée que comme dernière ressource. Le traitement local pourra être combiné avec l'administration des hémostatiques à l'intérieur, perchlorure de fer, eau de Rabel, ergot de seigle, etc.

L'*introduction des dents dans les voies digestives ou aériennes* est un accident rare dont nous n'avons pas ici à décrire les conséquences.

ARTICLE V.

ACCIDENTS CONSÉCUTIFS AUX AFFECTIONS DENTAIRES ET AUX OPÉRATIONS QU'ON PRATIQUE SUR LES DENTS.

Ces accidents sont si fréquents et souvent si graves qu'on a droit d'être étonné qu'une plus large part ne leur ait pas été faite dans les livres classiques. Ils ont été bien étudiés par Salter (1), Delestre (2) et Wedl (3). On peut les diviser en deux classes : 1° *accidents inflammatoires*; 2° *accidents nerveux*.

1° Les *accidents inflammatoires* sont *A* locaux, *B* de voisinage ou *C* sympathiques.

A. Les accidents *locaux*, tels que gingivite, périostite circonscrite, périostite étendue ou diffuse, ne doivent pas nous arrêter; les uns ont déjà été décrits, les autres le seront au chapitre des maladies des gencives ou des maxillaires.

B. Sous le nom d'*accidents inflammatoires de voisinage*, nous passerons successivement en revue les phlegmons sous-maxillaires, les adénites, le phlegmon de l'orbite.

a. Les *phlegmons sous-maxillaire et sous-angulaire* sont tellement fré-

(1) *Guy's Hospital Reports*. 3^e série, 1868, vol. XIII.

(2) *Des accidents causés par l'extraction des dents*. Paris, 1870.

(3) *Die Pathologie der Zähne*, 1870.

quents dans la carie dentaire et à la suite des opérations pratiquées sur les dents, qu'ils méritent, à peine, dans le plus grand nombre de cas, d'être regardés comme une complication. L'étendue et l'intensité de l'inflammation sont en rapport avec celles de la périostite, et il suffit de donner issue au pus collecté sous le périoste, pour obtenir la résolution, à moins toutefois que le phlegmon ne soit le résultat de l'ouverture spontanée de l'abcès périostique dans le tissu cellulaire de la région sous-maxillaire ou sous-angulaire; dans ce cas, le phlegmon suppure et doit être ouvert de bonne heure.

Dans d'autres cas, plus rares il est vrai, et inexplicables par les données de l'anatomie ou de la physiologie pathologique ordinaire, le phlegmon prend d'emblée ou rapidement des proportions inquiétantes; la périostite est très-circonscrite, le pus bridé par le périoste n'a pas fusé dans le tissu cellulaire ambiant, et l'on voit la région sus-hyoïdienne et sous-angulaire devenir le siège d'un empâtement phlegmoneux considérable; la région sous-hyoïdienne se prend à son tour ainsi que le plancher de la bouche et la base de la langue, y compris l'épiglotte et les replis ary-épiglottiques, et l'on a devant soi tous les symptômes d'un œdème de la glotte à marche rapide. La mort peut encore être le résultat des fusées purulentes ou de la longueur de la suppuration comme dans tous les abcès du cou.

Ce passage de la congestion fluxionnaire au phlegmon suivi de suppuration s'explique, dans certains cas, par un état général grave de l'organisme (épuisement par la fatigue ou une mauvaise hygiène, par les fièvres graves, diabète, alcoolisme, albuminurie), dont chacun connaît la funeste influence sur la terminaison des inflammations spontanées ou traumatiques.

b. L'adénite aiguë accompagne généralement le phlegmon (*adéno-phlegmon*), et ne présente, du reste, rien de particulier. Il n'en est pas de même de l'adénite chronique, qui reconnaît pour cause, plus souvent qu'on ne le croit, la carie dentaire et les autres affections des dents susceptibles de déterminer de la gingivite ou de la périostite alvéolo-dentaire. Les ganglions engorgés sont alors de temps en temps le siège de petites poussées inflammatoires qui, chez les scrofuleux, peuvent se terminer par la dégénérescence caséuse et le ramollissement.

Ne serait-ce pas également à l'irritation produite par des affections dentaires qu'il faudrait attribuer la localisation si fréquente, dans la région sous-maxillaire, des adénolymphomes? Les observations toujours assez explicites en ce qui concerne les irritations possibles provenant de la face, du cuir chevelu ou de l'oreille sont ordinairement muettes sur l'exploration du système dentaire. Bien que les auteurs d'anatomie ne mentionnent pas de lymphatiques des gencives supérieures se rendant à des ganglions parotidiens, Bérard cite un cas dans lequel une tumeur ganglionnaire de la région parotidienne disparut après l'extraction d'une dent malade.

c. Le phlegmon de l'orbite s'observe quelquefois à la suite de l'extraction, plus rarement de la carie des dents de la mâchoire supérieure. La pathogénie de cette grave complication a été diversement interprétée. Pour les uns, le pus fuserait d'abord dans le tissu cellulaire sous-muqueux, puis dans le tissu cellulaire sous-cutané, jusqu'à la base de l'orbite où il pénétrerait. Ce processus doit être bien rare, si tant est qu'il ait jamais été observé; car nous n'en avons pas trouvé d'exemple. Il est difficile de comprendre, en effet, comment le pus ne se porterait pas plutôt du côté de la peau que du côté de l'aponévrose orbito-oculaire si résistante en ce point.

Pour d'autres auteurs, le pus pénétrerait dans l'orbite en décollant de bas en haut le périoste du maxillaire supérieur. Cette interprétation est plus plausible, mais il lui manque également l'appui des faits. Pour d'autres enfin, l'inflammation serait purement sympathique et s'expliquerait par des connexions mystérieuses entre l'œil et certaines dents (*canines* et *bicuspidés*), auxquelles pour ce motif ils voudraient voir restituer le nom de *dents œillères* (1).

Il résulte pour nous de la lecture attentive d'un certain nombre d'observations, que, dans l'immense majorité des cas, le phlegmon de l'orbite d'origine dentaire a son point de départ dans une périostite du plancher de cette cavité, consécutive à une inflammation de l'antra d'Highmore.

L'ouverture du sinus est évidente dans les observations I, II et V du mémoire de Delestre; dans l'observation VII, en même temps que l'exorbitisme et la tuméfaction de la joue, on trouve notée une tuméfaction volumineuse de toute la moitié correspondante du palais; dans bon nombre de cas, on constate l'écoulement d'un liquide par la narine correspondante, et, dans d'autres, la chute par les fosses nasales d'un petit séquestre, qui est pris tantôt pour un morceau de la cloison, tantôt pour une partie de cornet, et qui pourrait bien n'être autre chose que la lamelle osseuse qui recouvre l'entrée du sinus. Dans certains cas, enfin, la périostite du sinus et la nécrose du plancher de l'orbite ont été directement constatées.

Citons, en terminant, un fait singulier rapporté par Teirlink (2) : le phlegmon orbitaire était consécutif à l'extraction de la première grosse molaire inférieure du côté droit; le pus avait fusé le long des deux faces de la branche montante, pénétré dans les fosses zygomatique et sphéno-maxillaire; puis, par la fente sphéno-maxillaire, l'inflammation s'était étendue jusque dans la cavité orbitaire, et le paquet cellulo-adipeux qui en remplit le fond était gonflé, fortement injecté et infiltré de pus.

d. La méningo-encéphalite d'origine dentaire n'a guère été observée que comme complication du phlegmon de l'orbite; cependant, dans un cas,

(1) Decaisne, *Sur les dents œillères* (Mém. de l'Acad. de méd. de Belgique, 1853).

(2) *Essai sur les rapports pathologiques du système dentaire et de l'appareil visuel* (Ann. de la Soc. de méd. de Gand), 1848, p. 52.

cité par van Leynseele (1), le pus, après avoir fusé, comme dans le fait précédent, le long de la mâchoire inférieure jusqu'à la base du crâne, avait pénétré dans la cavité crânienne par les trous ovale, grand et petit rond, s'y était épanché et avait déterminé une méningo-cérébrite.

e. On trouve enfin dans l'*Abeille médicale* de 1857 une observation de Meynier d'après laquelle une malade aurait succombé à une *phlébite des sinus* à la suite de l'extraction d'une molaire inférieure gauche.

C. *Accidents inflammatoires sympathiques.* — Les accidents de ce groupe s'observent exclusivement comme complications de la première et de la seconde dentition. Ce sont l'*entérite*, l'*urétrite* et la *leucorrhée*.

La *diarrhée* est très-commune chez les enfants, à l'époque de la première dentition; mais, comme le fait observer le docteur West, dans son *Traité des maladies de l'enfance*, c'est à tort que, pour expliquer la diarrhée si fréquente à cet âge, on ne considère que l'un des termes des transformations qui s'opèrent à cette époque dans tout l'appareil digestif, et qui sont nécessitées par le passage d'une alimentation facilement assimilable à une alimentation plus complexe et d'une digestion plus laborieuse.

L'*urétrite*, déjà signalée par Hunter, est un accident très-rare; elle a été observée à tous ses degrés, depuis la simple douleur avec ténesme pendant la miction, jusqu'à l'inflammation la plus vive avec douleur et écoulement aussi prononcés que dans la blennorrhagie.

La *leucorrhée* est moins rare que l'urétrite; elle se montre ordinairement chez les petites filles âgées de sept ou de douze ans; on l'aurait même observée comme accident de l'éruption de la dent de sagesse. On comprendra facilement de quelle importance peut être, pour un médecin légiste, la connaissance de ce fait. On trouve dans le *Traité de jurisprudence médicale* de Taylor, la relation d'un cas dans lequel un jeune garçon, accusé à tort d'avoir abusé d'une petite fille atteinte de leucorrhée aiguë, fut déclaré innocent, après qu'on eut reconnu que la cause de la vulvite devait être attribuée à la dentition.

2° *Accidents nerveux.* — Les accidents nerveux peuvent être divisés en : A, accidents locaux; B, accidents de voisinage; C, accidents généraux.

A. *Accidents nerveux locaux.* — L'*odontalgie* symptomatique de la carie dentaire et de l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire avec ses irradiations a déjà été signalée et décrite avec soin à l'article CARIE. La richesse du plexus sus-maxillaire pour les dents supérieures, du plexus maxillaire inférieur pour les inférieures, la présence dans ces plexus de cellules ganglionnaires (Valentin), expliquent suffisamment comment ils peuvent jouer le rôle d'un centre d'irradiations douloureuses dans toute la moitié d'une mâchoire ou même dans toute une arcade dentaire. Pour que l'irradiation soit plus étendue ou plus lointaine, pour que la douleur s'étende à la partie supérieure ou inférieure de la face, de la tête, au cou ou même

(1) *Ann. de la Soc. de méd. de Gand*, 1855-1856.

au membre supérieur, il faut nécessairement l'intervention du ganglion de Gasser ou même des centres encéphalo-rachidiens.

La douleur tantôt apparaît seulement dans un point voisin, tantôt s'étend à tout un département nerveux, ou enfin se montre dans un point relativement éloigné de la dent malade. C'est ainsi que la névralgie sus-et sous-orbitaire est souvent symptomatique de la carie d'une dent supérieure, que l'otalgie succède à la carie d'une dent inférieure, et plus rarement que l'odontalgie d'une dent supérieure est symptomatique de la carie d'une dent inférieure. Ces localisations quelquefois bizarres de la douleur rendent souvent le diagnostic des plus difficiles, lors même qu'on a toute raison de croire qu'elle a pour cause le mauvais état de la dentition. Ce qui vient encore augmenter la difficulté, c'est que les névralgies et l'odontalgie elle-même peuvent reconnaître d'autres causes, telles que la grossesse, l'impaludisme, la chlorose et la goutte.

Graves le premier a eu le mérite d'appeler l'attention sur une espèce particulière d'odontalgie qu'il n'a observée que chez les goutteux, et qui consiste dans une espèce d'agacement des dents, de sensation désagréable et telle que les malades sont obligés de les presser, de les frotter à chaque instant les unes contre les autres. On voit ainsi des individus dont toutes les dents sont usées dans une très-grande étendue par un grincement continu. Cette affection, comme les autres manifestations goutteuses, est souvent héréditaire.

L'extraction des dents est, on le sait, le meilleur moyen de mettre fin à l'odontalgie. Il est très-rare, au contraire, de voir l'avulsion d'une dent être le point de départ d'une névralgie. Cependant Gross, de Philadelphie, et Denucé, de Bordeaux (1), ont à peu près en même temps rapporté des cas dans lesquels cette opération fut suivie d'une névralgie faciale des plus rebelles, d'une véritable névralgie épileptiforme. Le chirurgien américain attribua le mal à la compression des filets dentaires par de l'ostéite; il fit la résection partielle du bord alvéolaire et guérit son malade. Le chirurgien français fit la résection partielle du corps même du maxillaire dans toute sa hauteur; le malade guérit, et l'examen de la pièce permit de constater que le tronc même du nerf dentaire était comprimé par une petite exostose qui pénétrait dans le canal. Peut-être devrait-on considérer ces accidents comme le résultat de petits névromes analogues à ceux que l'on observe dans les moignons d'amputation. Quoi qu'il en soit, on devra toujours, en face d'un cas semblable, suivre la pratique du chirurgien de Philadelphie et ne recourir à la résection du corps du maxillaire qu'autant que le mal n'aurait pas cédé à celle du bord alvéolaire.

B. *Accidents nerveux de voisinage.* — Les accidents nerveux de voisinage consistent en des troubles nerveux réflexes, qui portent sur le système moteur, sur les sécrétions et même sur la nutrition.

(1) *Archives générales de médecine*, 1870.

Sans parler des contractions convulsives qui accompagnent l'odontalgie ou la névralgie faciale, des accès de névralgie épileptiforme peuvent, dans certains cas, être provoqués à volonté par la percussion, la pression ou le simple contact de l'organe ou de la partie malade. On trouve des exemples de cette espèce de *zone épileptogène* dans le traité de Wedl.

La *contracture des muscles masticateurs* par action réflexe sur la branche motrice du trijumeau est un accident relativement fréquent dans les maladies des molaires inférieures, et surtout comme symptôme de l'éruption difficile de la dent de sagesse. Peu grave par lui-même et destiné à disparaître avec la cause qui l'a produit, cet accident mérite néanmoins d'être combattu de bonne heure et avec énergie. Il gêne l'exploration de la cavité buccale et par conséquent empêche qu'on puisse se rendre compte du siège du mal; il empêche encore ou rend très-difficile l'extraction de la dent malade ou de la dent de sagesse, et favorise ainsi l'extension des désordres qui résultent soit de la périostite alvéolo-dentaire, soit de l'éruption difficile de la dent de sagesse. Abandonné à lui-même et constamment entretenu avec des exacerbations par la persistance de la cause qui le produit, le trismus peut aboutir à la dégénérescence fibreuse des muscles et à la constriction permanente des mâchoires. Aussi ne faut-il pas hésiter, pour peu que la maladie présente de gravité, si la contracture a résisté aux émoullients et aux narcotiques, à employer le chloroforme; la contracture cessant, on profitera de l'anesthésie pour pratiquer l'avulsion de la dent ou même la résection partielle du bord alvéolaire, afin de donner issue à la dent de sagesse.

Dans des cas beaucoup plus rares, le trismus marque le début du *tétanos*. Cette terrible complication a été observée à la suite de la pose d'une dent à pivot (Tomes), de l'extraction d'une dent (Dobbelin, cité par Wedl, Singer, Delestre).

Les *accidents paralytiques* d'origine dentaire sont incomparablement plus rares que les précédents; on a cependant observé un certain nombre de fois la chute de la paupière supérieure et le strabisme. Dans un cas cité par Salter, une paralysie de tout le membre supérieur droit avec douleur continue guérit rapidement après l'extraction d'une dent de sagesse cariée.

Parmi les troubles de *sécrétion* et de *nutrition*, les plus importants, sans contredit, sont ceux que l'on observe du côté des organes de la vision et de l'ouïe.

Les *troubles oculaires* consécutifs aux altérations dentaires et aux opérations pratiquées sur ces organes ont été étudiés par Delestre dans un mémoire lu à l'Académie de médecine (1).

a. Nous mentionnerons seulement le *larmolement* et l'*hyperémie de la conjonctive*; cette dernière peut s'étendre au sac lacrymal et au canal nasal, à l'antre d'Highmore.

(1) Séance du 17 février 1869.

b. La *perte de la faculté d'accommodation* est une complication très-fréquente, puisque H. Schmidt l'a observée dans la proportion de 73 cas sur 92, avec des degrés divers; d'après cet auteur, elle ne se présente pas au delà de l'âge de trente ans. Elle est quelquefois accompagnée d'une congestion de la choroïde qui peut aboutir à l'inflammation chronique de cette membrane et amener tous les troubles de nutrition de la choroïde postérieure ou antérieure (corps flottant du corps vitré, cataracte et glaucome).

c. L'*amaurose* d'origine dentaire est tantôt subite, tantôt lente et progressive. Un malade de Hancock devint tout à coup aveugle; les pupilles étaient fixes et dilatées. L'absence complète de symptômes prémonitoires et de lésions intra-oculaires amena à conclure que la cécité était d'origine réflexe; on enleva six dents; une semaine après, le malade était complètement guéri. Les exemples d'amaurose mono-oculaire sont plus fréquents; on les a observés surtout comme complication de la carie dentaire, plus rarement à la suite de l'extraction des dents. Dans d'autres cas, l'amaurose arrive lentement, progressivement, sans que l'examen le plus minutieux permette de constater la moindre lésion intra-oculaire.

Quel que soit le mode de début de l'amaurose d'origine dentaire, elle présente des caractères spéciaux qui ne permettent guère de la confondre avec d'autres amauroses; signalons principalement l'absence complète de signes prémonitoires (douleurs, mouches volantes, photopsie, etc.), et de lésions intra-oculaires. De plus, l'absence de l'odontalgie paraît constituer la règle.

d. La *photophobie*, des *douleurs violentes intra-oculaires*, ont aussi été observées.

Toutes ces affections sont dues à des irritations réflexes qui, d'après Stelwag von Carion, seraient transmises par l'intermédiaire du ganglion ophthalmique. Suivant que l'irritation est modérée ou très-énergique, elle détermine l'excitation ou la paralysie des nerfs ciliaires, avec spasme de vaisseaux et des muscles de l'accommodation dans le premier cas, congestion et paralysie des muscles lisses dans le second.

Mais cette pathogénie peut-elle s'appliquer à l'amaurose subite? On comprend à la rigueur que la cécité puisse être le résultat du spasme de l'artère centrale de la rétine sous l'influence de l'irritation de ses vasomoteurs. Cependant cette anémie de la rétine n'a jamais été constatée, et dans un cas (1) où des troubles visuels très-accusés étaient dus à l'éruption vicieuse de la dent de sagesse, l'examen ophtalmoscopique ne m'a révélé aucune modification du côté de la papille. Je pense donc, à l'exemple du plus grand nombre des auteurs, devoir admettre une action réflexe directe sur les origines du nerf optique.

Le traitement de ces affections est aussi simple qu'efficace; il suffit d'extraire la dent cariée ou d'enlever l'amalgame qui l'obture, pour

(1) *Archives génér. de méd.*, août 1873.

voir cesser tous les accidents, lors même qu'ils sont d'ancienne date.

L'absence de douleur locale rend souvent nécessaire l'extraction de plusieurs dents de la mâchoire supérieure; encore faut-il remarquer que ces lésions peuvent, quoique dans des cas excessivement rares, être la conséquence de la carie d'une dent inférieure (Salter).

La *surdité*, qu'on observe assez souvent à la suite de la carie des dents inférieures, a sans doute une pathogénie analogue à celle de l'amaurose: altération des sécrétions de l'endolymph et du périlymphe, irritation transmise à travers le ganglion optique sur les fibres auriculaires qui président à cette sécrétion (Muller), lésions de nutrition, etc. Quant aux caractères spéciaux de la surdité d'origine dentaire, si tant est qu'elle existe, ils sont complètement inconnus; tout ce qu'on peut en dire, c'est qu'on ne trouve pas cité un seul exemple de surdité subite.

L'*otalgie* et les *bourdonnements* d'oreilles sont souvent symptomatiques de la carie dentaire. Plus rarement l'irritation réflexe va assez loin pour déterminer de l'*otorrhée* et des *ulcérations du conduit* (Tomes et Harvey). Ces otites ne tardent pas à céder à l'extraction de la dent malade.

C. *Troubles nerveux généraux*. — Les *convulsions* sont fréquentes à l'époque de la première dentition; elles sont, au contraire, très-rares à l'époque de la seconde; enfin, elles sont extrêmement rares dans les affections dentaires. On trouve cependant dans les *Observations sur l'épilepsie* de Portal, deux exemples évidents d'épilepsie à la suite d'éruption difficile de la dent de sagesse: dans le premier cas, les accidents disparurent après l'éruption complète de l'organe; dans le second, après l'extraction de la deuxième grosse molaire pour faire place à la dent de sagesse. Des accidents épileptiformes ont encore été observés à la suite de la carie dentaire, d'exostose des racines (Tomes). Dans tous les cas, la guérison ou l'amélioration ont suivi l'extraction de l'organe malade.

Citons enfin, comme complications exceptionnelles des affections dentaires, des *palpitations violentes avec douleur poignante du côté du cœur* (Remack), l'*arrêt alarmant de l'action du cœur* à la suite de la pose d'une dent à pivot (Austie), des *névralgies utérines*, l'*avortement* (Tyler Smyth), des *névralgies vésicales* (Hunter).

CHAPITRE IX

MALADIES DES GENCIVES

ARTICLE PREMIER.

LÉSIONS TRAUMATIQUES DES GENCIVES.

Les lésions traumatiques des gencives n'ont qu'une très-médiocre importance. Qu'il s'agisse d'une plaie, d'une contusion, d'une déchirure ou d'un décollement, la réparation se fait avec rapidité et sans accident. La

plaie est-elle simple? la réunion se fait par première intention. Il en est de même dans les cas de déchirure et de décollement; les tissus replacés se recollent rapidement au moins dans la plus grande partie de leur étendue. Lorsque la plaie est contuse, il survient un gonflement inflammatoire quelquefois très-considérable; on pourrait craindre de voir le sphacèle s'emparer d'une grande partie de la gencive; mais bientôt, sous l'influence d'un traitement approprié, on voit le gonflement disparaître et ne laisser après lui qu'une perte de substance insignifiante.

L'hémorrhagie est généralement modérée et s'arrête d'elle-même; si elle persiste, on s'en rend facilement maître en appliquant sur la plaie de petits tampons de charpie ou d'amadou imbibés de perchlorure de fer.

ARTICLE II.

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DES GENCIVES.

La *gingivite aiguë* ou *chronique*, le *ramollissement des gencives*, ne doivent pas faire l'objet d'une description à part. En effet, l'histoire de la gingivite généralisée se confond avec celle de la stomatite, qui est plutôt du ressort de la pathologie interne; il en est de même du ramollissement des gencives qui n'est que le symptôme d'un état général plus ou moins grave de l'organisme (scorbut, anémie par mauvaise alimentation ou alimentation insuffisante, etc.). Quant aux gingivites circonscrites, leur histoire a déjà trouvé ou trouvera sa place dans les parties de cet ouvrage consacrées à la carie dentaire, à l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire (gingivite explosive).

En dehors des ulcérations scorbutiques ou de causes inflammatoires, les *ulcérations des gencives* sont rares. Les seules qu'on trouve mentionnées dans les auteurs sont: le *chancre induré*, le *cancroïde*, et peut-être l'*ulcère scrofuleux*. Ces lésions n'empruntent, du reste, aucun caractère particulier à la région, et le diagnostic en est généralement facile.

1° Tumeurs.

On observe sur les gencives plusieurs variétés de tumeurs qui naissent soit de la gencive elle-même, soit du périoste ou du tissu osseux alvéolaire ou interalvéolaire.

Parmi ces tumeurs, il suffira de mentionner les *tumeurs érectiles* qui se présentent avec leurs caractères habituels. Je ne crois pas devoir insister davantage sur les tumeurs désignées sous le nom de *polypes des gencives*, de *papillomes*, et qui sont constituées par des hypertrophies partielles. Je décrirai seulement ici l'*hypertrophie congénitale des gencives* et l'*épulis*.

A. Hypertrophie congénitale.

Cette affection, qui paraît très-rare, a été observée pour la première