

deux surfaces de section de l'os. On applique également de l'iodoforme sur la surface suturée. Lorsqu'on a pratiqué une résection dans la continuité, nous conseillons de chercher autant que possible à fermer en bas la cavité buccale au moyen de sutures de catgut. Comme nous l'avons déjà fait remarquer, les fils de suture que l'on passe également à travers la masse musculaire de la langue, peuvent empêcher la chute de cet organe en arrière. En même temps, ces fils servent à relever la lèvre et à lui donner une meilleure position (BUSCH). Si l'on réussit à reconstituer ainsi un plancher buccal, la plaie externe doit être suturée isolément et bien drainée dans la région du cou. A ce niveau on peut bourrer provisoirement la plaie de gaze iodoformée, ou bien se contenter de la saupoudrer d'iodoforme. Les cas les plus défavorables sont ceux dans lesquels on se trouve en présence de tumeurs très volumineuses, dont l'extirpation entraîne nécessairement l'ablation de grands lambeaux de peau et de muqueuse. Parfois alors, on ne réussit pas à empêcher la formation, au niveau du cou, d'une fistule persistante en communication avec la cavité buccale. Ce n'est qu'après la guérison de la plaie opératoire que l'on peut reconnaître s'il y a possibilité de fermer cette fistule par une opération plastique. La plaie du cou sera recouverte d'un pansement antiseptique. Dans la règle l'alimentation doit être pratiquée à l'aide d'une sonde œsophagienne ou d'un vase muni d'un long tube d'écoulement.

Maladies des dents et processus morbides des maxillaires qui peuvent en être la conséquence.

§ 111. — L'ordre d'apparition des premières dents chez l'enfant est assez constant. Du sixième au huitième mois après la naissance se montrent les incisives médianes, et d'habitude celles du maxillaire inférieur d'abord, puis celles du maxillaire supérieur. Du neuvième au dixième mois apparaissent les incisives latérales supérieures et inférieures. Vers la fin de la première année percent les premières molaires, puis vers le vingtième mois les canines. Les deuxièmes molaires ne tardent pas à se montrer à leur tour, et à l'âge de deux ans et demi la première dentition est habituellement terminée.

Pendant la période d'éruption de ces vingt « dents de lait », l'enfant est exposé à une série d'affections en relation directe ou indirecte avec la dentition. Les phénomènes observés le plus souvent consistent en une irritation locale et un gonflement inflammatoire des gencives. Ces accidents sont faciles à comprendre si l'on songe que les dents en se développant exercent de dedans en dehors une pression continue sur la gencive, et en déterminent la résorption jusqu'à ce que leur couronne apparaisse dans la cavité buccale. Dans certains cas rares cette irritation inflammatoire peut même aller jusqu'à produire un véritable phlegmon.

Quant aux relations que l'on dit exister entre le travail de la dentition

et un certain nombre d'autres maladies, elles ne doivent être acceptées que sous toutes réserves. Cependant, il faut admettre que l'éruption des dents de lait peut donner naissance à de légers catarrhes des voies respiratoires et des organes de la déglutition, et il est hors de doute qu'il existe une relation bien déterminée entre cette éruption et les **convulsions éclamptiques**.

Lorsque la gencive est fortement tendue, rouge et tuméfiée au-dessus de la dent de lait en voie d'accroissement, il est facile de délivrer celle-ci par une incision pratiquée perpendiculairement dans le tissu gingival. Cette petite opération m'a presque toujours donné le résultat désiré, et il est difficile de comprendre que des enfants sains puissent succomber à une hémorragie à la suite de l'incision de la gencive, ainsi qu'on en a rapporté des exemples (YOUNG).

L'éruption des dents de lait peut, d'ailleurs, être troublée de diverses manières; ainsi, chez les enfants rachitiques surtout, la dentition peut être très irrégulière, c'est-à-dire que l'ordre d'apparition des dents diffère notablement de celui que nous venons d'indiquer<sup>1</sup>.

§ 112. — La dent de lait subit ultérieurement un travail de résorption lacunaire partant de sa racine et dû à la croissance de la dent permanente sous-jacente. Lorsque la seconde dentition se fait régulièrement, les dents de lait sont en quelque sorte expulsées de leurs alvéoles par les dents permanentes après avoir perdu leurs racines par résorption. Mais avant le remplacement des dents de lait la série dentaire commence à se compléter vers la septième année par l'apparition des premières grosses molaires. Puis, dans la huitième année se montrent les incisives médianes de remplacement, dans la neuvième année les incisives latérales, dans la dixième année les premières petites molaires, dans la onzième les secondes petites molaires, et dans la douzième les canines. Quant aux secondes grosses molaires, elles font leur apparition entre 12 et 14 ans. Les dents de sagesse se développent très irrégulièrement, et en général elles ne font pas leur apparition avant la vingt-cinquième année.

Des troubles variés peuvent se produire également pendant la seconde dentition. Souvent il arrive que la dent de lait ne veut pas céder sa place à la dent permanente qui doit lui succéder, peut-être parce que le germe de cette dernière a pris dans ces cas une position défavorable qui ne lui permet pas de déterminer la résorption de la racine de la dent de lait. La dent permanente prend ainsi une direction oblique ou appa-

1. L'influence du rachitisme sur la dentition se fait sentir de trois manières différentes: 1° par le retard dans l'apparition des premières dents, retard qui naturellement ne s'observe que dans les rachitismes précoces; 2° dans la durée anormale des intervalles qui séparent l'apparition des dents de lait; 3° dans la qualité des dents de lait qui subissent de bonne heure la carie et tombent avant le temps (D'ESPINE et PICOT, *Maladies de l'enfance*.) (Note du traducteur).

rait à côté de la dent de lait; il suffit alors le plus souvent d'enlever celle-ci pour rendre à la dent permanente sa position normale. Mais bien plus souvent il arrive que les dents permanentes n'ayant pas de place suffisante pour se développer, font leur apparition à côté du rebord alvéolaire, sur sa face antérieure ou postérieure; ou bien elles ne sont contenues qu'à moitié dans leur alvéole et ont subi une rotation autour de leur axe longitudinal. On ne connaît pas toujours la cause de cette anomalie. Ce qu'il y a de certain, c'est que le rebord alvéolaire n'a pas une étendue suffisante pour que toutes les dents y trouvent la place nécessaire pour se développer régulièrement. Cette insuffisance d'accroissement des maxillaires relativement au volume des dents s'observe à l'état héréditaire dans certaines familles. Dans d'autres cas cette anomalie de développement doit être certainement attribuée à l'extraction prématurée de dents de lait affectées de carie. Un fait bien constaté, du moins pour la mâchoire inférieure, c'est que la partie du maxillaire qui porte les dents molaires est celle qui subit l'accroissement le plus considérable (HUETER), et l'on comprend dès lors que cette partie présente un arrêt de développement lorsqu'on en a déterminé l'atrophie par une extraction prématurée des dents correspondantes. D'autre part, le développement tardif des molaires peut être également la cause de l'arrêt survenu dans l'accroissement du maxillaire.

On devra être réservé dans l'extraction des dents qui sont situées en dehors de la série et ont poussé obliquement. Chez l'enfant qui grandit l'extraction d'une de ces dents, qui peut-être n'est située qu'en partie en dehors de la série, entraîne l'atrophie de la portion correspondante du maxillaire. L'avulsion n'est indiquée que lorsque la dent est située d'une façon tellement anormale qu'elle gêne la parole ou la mastication.

Dans les cas où des dents se sont développées très obliquement, on est à se demander s'il ne serait pas préférable d'enlever les dents voisines lorsque celles-ci sont malades. La dent déviée rentre alors facilement dans l'alignement. Dans certains cas cette réduction d'une ou de plusieurs dents anormalement situées peut être facilitée à l'aide d'appareils appropriés.

§ 113. — Aucune dent ne présente aussi souvent que la **dent de sagesse** des déviations par manque de place suffisante pour se développer normalement. Mais à côté des cas dans lesquels l'espace destiné à la dent de sagesse se trouve être insuffisant, il en est d'autres où le germe dentaire est situé d'une façon si anormale que la dent ne fait même pas son apparition dans la bouche; elle se développe alors dans l'épaisseur du maxillaire, contre la racine de la dent précédente, et elle est le point de départ de processus inflammatoires et même de néoplasmes. Très souvent, au maxillaire inférieur, la dent de sagesse se développe en arrière de la portion alvéolaire proprement dite, dans la branche montante; elle n'arrive même pas à la surface et elle provoque des phénomènes

inflammatoires ou des symptômes de névralgie, ou bien elle finit par perforer l'os et le repli de la muqueuse réunissant les deux maxillaires. Dans presque tous les cas de ce genre on observe des symptômes très pénibles, une constriction des mâchoires par contracture des muscles de la mastication, avec ou sans suppuration de la muqueuse et du maxillaire. On mettra fin à ces accidents soit par l'incision de la muqueuse, soit par l'excision de replis muqueux qui se trouvent pincés entre les arcades alvéolaires; dans les cas graves on sera même obligé de pratiquer l'extraction de la dent malade. Cette dernière opération est souvent très difficile à cause de la constriction des mâchoires que l'on observe habituellement dans ces cas, constriction qui ne permet d'atteindre la dent ni avec le davier ni avec la clef. ALBRECHT conseille vivement, dans ces conditions, l'emploi du levier de LECLUSE, lequel se compose d'un coin métallique triangulaire, monté sur une tige; on l'introduit entre la joue et l'arcade dentaire et l'on cherche à pousser la pointe de l'instrument entre la seconde grosse molaire et la dent de sagesse, de façon à la faire pénétrer jusque dans l'alvéole de cette dernière. Les mouvements de rotation et de levier imprimés à l'instrument suffisent alors le plus souvent pour chasser la dent de son alvéole. Le dilatateur des mâchoires de ROSER est aussi très utile en ce sens qu'il permet d'obtenir en tous cas un écartement modéré des arcades alvéolaires (*Voir plus loin les autres affections inflammatoires et les tumeurs auxquelles peuvent donner naissance des germes dentaires égarés*).

§ 114. — Si la disposition irrégulière d'une ou de plusieurs dents peut déjà constituer une cause de troubles fonctionnels et de déformation, il en sera de même, et souvent à un plus haut degré, d'une conformation anormale des maxillaires ou des arcades dentaires. Le défaut de concordance des deux maxillaires — l'un étant en retrait sur l'autre — entraîne naturellement une situation anormale des rangées dentaires. De même des difformités très prononcées peuvent être la conséquence soit d'une position anormale des rangées dentaires sur l'arcade alvéolaire, soit d'une mauvaise direction de l'arcade elle-même. Nous ne pouvons mentionner ici que quelques-unes des causes de ces malformations.

On sait qu'à l'état normal l'arcade alvéolaire supérieure dépasse en avant de quelques millimètres celle du maxillaire inférieur. Cette disposition peut être exagérée en ce sens que la rangée dentaire supérieure fait avec le corps du maxillaire un angle ouvert en avant de façon à former une forte saillie en avant de la rangée dentaire inférieure, conformation qui rappelle celle que l'on observe chez les animaux. Les dents supérieures exercent alors une pression sur la lèvre correspondante et en déterminent l'ulcération. Le meilleur moyen de remédier à cette anomalie consiste à provoquer l'atrophie du rebord alvéolaire en pratiquant de chaque côté l'extraction d'une grosse molaire. Le vice de conformation que nous venons de signaler est encore beaucoup plus gênant lorsqu'il est le ré-