

sultat d'un arrêt de développement du maxillaire inférieur, lequel peut être congénital, mais quelquefois aussi ne se produit qu'après la naissance. Dans ce dernier cas on constate ordinairement l'absence des grosses molaires, et il en résulte un arrêt de développement des parties latérales du maxillaire. Le menton se trouve alors reporté en arrière et la difformité qui en résulte est encore plus considérable que celle qui est le fait de la rétroversion de la rangée dentaire inférieure.

Bien plus souvent c'est l'anomalie inverse que l'on observe, c'est-à-dire que la rangée dentaire inférieure dépasse notablement en avant celle du maxillaire supérieur. Cette malformation peut être due aussi bien à un accroissement excessif du maxillaire inférieur qu'à un arrêt de développement du maxillaire supérieur. Le plus souvent, en réalité, la cause initiale de cette difformité est la direction anormale en avant que prennent les dents du maxillaire inférieur. Lorsque la seconde dentition s'opère beaucoup plus tôt au maxillaire inférieur qu'au supérieur, les dents de la rangée inférieure dépassent en avant celles de la rangée supérieure ; lorsque la bouche est fermée, ces dernières viennent se placer en dedans de la rangée inférieure ; celle-ci se trouve constamment refoulée en avant par la pression des dents supérieures et la difformité s'aggrave ainsi continuellement. On a imaginé un certain nombre d'appareils destinés à corriger cette anomalie ; l'un des plus usités consiste en une gaine de métal (or) que l'on fixe sur les incisives inférieures ; cette gaine présente un prolongement formant un plan oblique en haut et en arrière, prolongement qui vient s'appuyer contre la face postérieure des incisives supérieures à l'état de rapprochement des mâchoires. Les dents supérieures se trouvent ainsi refoulées en avant et les inférieures en arrière.

§ 115. — Les dents complètement arrachées de leurs alvéoles, lorsqu'elles ont été réimplantées dans le maxillaire, peuvent s'y fixer solidement, grâce à la production d'un cal fourni par le périoste alvéolaire. Dans la plupart des cas la dent elle-même, que l'on a réimplantée, ne prend aucune part au processus de consolidation, car on réussit même à fixer ainsi sur la mâchoire d'un individu vivant des dents empruntées à un cadavre (MITSCHERLICH). La dent, une fois consolidée, fonctionne absolument comme une dent normale. Dans un cas de bec-de-lièvre avec fissure du maxillaire opéré par moi, une incisive se trouvait tout à fait tournée contre la face interne de la lèvre qu'elle comprimait ; j'enlevai cette dent, je l'implantai à nouveau dans une direction verticale, et je réussis à en obtenir ainsi la consolidation dans une position normale. Nous ne pouvons que recommander ce procédé dans des cas analogues. La réimplantation n'a pas été employée seulement dans tous les cas de luxations traumatiques des dents ; on l'a tentée également avec succès sur des dents extraites pour cause de carie ; lorsque celle-ci n'est pas trop

avancée, on peut enlever les parties cariées de la dent et replacer ensuite celle-ci dans son alvéole. Les dents affectées de périostite peuvent être implantées aussi avec succès après l'excision partielle des racines, à condition toutefois qu'une quantité suffisante de périoste ait été conservée (DAVID et MAGITOT). Une dent brisée au point d'union de la couronne avec la racine ou au niveau de la racine elle-même, peut également se consolider par la production d'un cal de dentine. Si l'on veut obtenir des guérisons de ce genre, il faut avoir soin de bien immobiliser les dents pendant la période de consolidation, ce qu'on obtient le mieux à l'aide d'une coque de gutta-percha réunissant la dent fracturée ou luxée avec quelques-unes des dents voisines¹.

Lorsque dans une fracture un fragment de la couronne s'est détaché de la dent, le traitement varie suivant que la cavité de la pulpe a été ouverte ou non. Lorsque cette cavité a été ouverte, le moyen le plus rationnel consiste à protéger la pulpe mise à nu en coiffant la dent d'une feuille d'or. SAUER a même vu dans un cas semblable la pulpe se recouvrir ultérieurement d'une couche de dentine. Si l'on ne réussit pas à protéger la pulpe par ce moyen, on essaye alors de la détruire par des cautérisations avec le chlorure de zinc ou l'acide arsénieux.

Les aspérités résultant de fractures simples de la dent doivent être enlevées avec la lime de façon à ce que l'on obtienne une surface lisse et régulière.

§ 116. — On sait que l'affection très fréquente connue sous le nom de **carie dentaire**, consiste en une destruction progressive de dehors en dedans de l'émail et de l'ivoire de la dent malade. Il existe certainement toute une série de causes prédisposantes, telles que les lésions traumatiques des dents, les fissures de l'émail, etc. ; la carie dentaire est en outre évidemment héréditaire dans certaines familles. D'après l'état actuel de nos connaissances, la cause principale de la carie dentaire paraît résider dans l'action chimique exercée sur la surface des dents par les liquides acides de la bouche. Par conséquent, les dents seront d'autant plus facilement atteintes de carie et d'autant plus rapidement détruites que leur composition chimique leur permettra moins de résister à l'action dissolvante de ces liquides. Dans les parties cariées on trouve régulièrement un parasite, le *leptothrix buccalis* ; mais on ne sait pas encore

1. L'extraction des dents suivie de réimplantation est une des plus vieilles opérations de la chirurgie dentaire, comme le prouvent les écrits d'ALBUCASIS au XI^e siècle et la description qu'en donne A. PARÉ. La greffe est dite par *restitution* ou *réimplantation* si la dent est remise à la place qu'elle occupait primitivement. Elle est dite d'*emprunt* lorsqu'elle est introduite dans un alvéole autre que celui de la dent extraite. Enfin la greffe d'emprunt est *autoplastique* ou *hétéroplastique* suivant que la dent appartient au sujet lui-même ou est prise sur un autre individu. — Le temps nécessaire à la consolidation est en moyenne de 15 à 20 jours.

(Note du traducteur).

jusqu'à quel point ce dernier contribue à la destruction du tissu dentaire.

Le plus souvent la carie dentaire débute soit dans une petite dépression de la surface triturante sous forme d'un point brun ou noir, soit sur la surface lisse de la dent. Dans ce dernier cas on voit apparaître d'abord une tache jaune ou brunâtre, laquelle s'agrandit peu à peu, prend une coloration noire et se transforme bientôt en une perte de substance qui devient de plus en plus profonde. En général, du siège de destruction part un cône brunâtre à sommet dirigé vers la pulpe; ce cône qui marque le premier degré de l'altération et donne la direction de la carie, est ensuite détruit à son tour, tandis que le processus atteint d'autres points de la périphérie; finalement la couronne se trouve détruite jusqu'à la pulpe. Dans d'autres cas la destruction s'opère par les faces latérales, et quelquefois la partie cariée s'étend en forme d'anneau autour de la dent à l'union de la racine avec la couronne (forme serpentineuse).

La carie progresse avec une rapidité très variable; tantôt elle détruit toute la couronne dans l'espace de quelques mois, tantôt cette destruction exige plusieurs années, et assez souvent on observe des temps d'arrêt dans la marche de l'affection.

Les acides produisent la dissolution des sels calcaires de la dent. A l'examen microscopique on reconnaît que dans la substance de l'ivoire ce processus chimique s'accomplit essentiellement dans la direction des canalicules dentaires. Le cône brunâtre qui s'étend vers la pulpe correspond aux premiers stades de l'altération, car la substance qui le compose a déjà changé de couleur, elle est plus molle et plus translucide. Dans les fentes et les lacunes du tissu dentaire décalcifié on trouve des filaments de leptothrix, et le tissu lui-même se désorganise de plus en plus et tombe en débris. Sur des coupes transversales les canalicules, au début de l'affection, sont notablement dilatés en forme de massue, et leur cavité est remplie d'une masse granuleuse. Si l'on isole des canalicules décalcifiés, on voit nettement cette dilatation au niveau de leur extrémité cariée. Leur contenu donne des réactions qui permettent de conclure qu'il s'agit probablement d'amas de leptothrix. Les granulations deviennent de plus en plus nombreuses et remplissent bientôt également la substance intertubulaire; finalement toute la partie altérée tombe en débris, peut-être par suite du développement du leptothrix en masses considérables (LEBER et ROTTENSTEIN).

La carie dentaire consiste donc en une décalcification suivie du ramollissement et finalement de la destruction de la substance organique de la dent, et il est probable que les parasites contenus en très grand nombre dans les produits de sécrétion de la bouche, contribuent plus ou moins à cette destruction. Quand aux acides chargés de la dissolution des sels calcaires, ils proviennent certainement moins de l'extérieur (aliments) que des processus de fermentation qui se produisent dans la cavité buccale.

§ 117. — On sait que parfois, à la suite de certaines maladies, la carie envahit très rapidement un grand nombre de dents; on sait aussi que beaucoup de familles présentent une sorte de prédisposition héréditaire à cette affection; mais on ne connaît pas les causes précises qui, dans un cas donné, déterminent l'éclosion de la carie dentaire.

Il résulte de ce fait qu'en dehors des règles générales de traitement consistant dans le nettoyage des dents, les lavages de la bouche avec des solutions de chlorate ou de permanganate de potasse, nous ne possédons pour ainsi dire aucun moyen de prévenir l'éclosion et d'empêcher l'extension de la maladie. Cependant on peut retarder les progrès de la carie si l'on a soin d'aller de très bonne heure à la recherche des points malades, d'enlever ces derniers au moyen d'instruments appropriés et de pratiquer ensuite l'obturation. Si la dent est très sensible, on cautérise la dentine avec le chlorure de zinc ou l'acide arsénieux avant l'application de la substance obturatrice. On observe, en effet, très souvent une sensibilité extraordinaire de la dent longtemps avant que la carie n'ait pénétré jusqu'à la pulpe. Tout contact de la dent avec des aliments froids ou chauds, le séjour de particules de ces derniers dans la cavité de la carie, provoque aussitôt de violentes douleurs. Les cas les plus graves sont ceux dans lesquels la carie s'étend jusqu'à la pulpe. On commencera alors par mettre celle-ci à nu après avoir débarrassé la dent de ses parties cariées. Un fait bien démontré c'est que parfois la cavité de la pulpe se referme dans la suite grâce à la production de nouvelle dentine (dentine de remplacement). On est dès lors parfaitement autorisé à introduire des substances anesthésiques dans la cavité (opium, chloroforme, etc.) et à attendre la formation de la dentine de remplacement. Toutefois il se produit très souvent dans ces cas des inflammations de la pulpe, ou bien celle-ci s'enflamme déjà avant que le ramollissement de la dentine se soit étendu, en apparence du moins, jusqu'à la cavité contenant la pulpe dentaire. Cette dernière se gonfle alors notablement et se trouve à l'étroit dans sa cavité. Sa couleur est d'un rouge vif, et l'on trouve dans les interstices de son tissu des amas considérables de jeunes cellules. Ces phénomènes inflammatoires se traduisent par des douleurs très vives au niveau de la dent, et assez souvent aussi par des irradiations douloureuses dans le domaine de la branche correspondante du trijumeau. Lorsque les produits de décomposition résultant de la carie dentaire donnent lieu à une inflammation infectieuse de la pulpe, celle-ci peut suppurer et se mortifier, et si la cavité est ouverte, la nécrose putride met fin parfois à la douleur. Mais le tissu de la pulpe peut être aussi le point de départ d'un état inflammatoire chronique, avec production d'un granulome qui vient faire saillie hors de la couronne perforée de la dent.

Lorsque la cavité de la pulpe étant ouverte, la couronne de la dent se trouve encore en état de subir le plombage, on peut essayer de pré-