

parer la dent à recevoir la substance obturatrice par l'ablation des parties malades ainsi que par la destruction du nerf qui se rend à la pulpe (cautérisation avec le fer rouge, le chlorure de zinc ou l'acide arsénieux). Mais le plus souvent, dans ces conditions, c'est l'extraction de la dent que réclame le malade comme étant le moyen le plus rapide et le plus sûr de mettre fin à ses douleurs.

§ 118. — La pulpite s'accompagne volontiers de l'inflammation du périoste alvéolo-dentaire. C'est par la voie du tissu conjonctif, surtout lorsque les liquides sécrétés par la pulpe ne peuvent s'écouler au dehors, que l'inflammation se propage au périoste de la racine de la dent et de son alvéole. Si le périoste alvéolaire est détruit à la suite de cette inflammation, il peut en résulter une nécrose de la dent correspondante. Cette nécrose peut être également dans certains cas la conséquence d'une inflammation de la pulpe s'étendant jusque dans le canal dentaire. Les dents ainsi privées de nutrition se reconnaissent déjà à leur coloration jaunâtre ; elles sont habituellement chassées peu à peu de leur alvéole par des granulations qui s'élèvent des gencives, elles s'ébranlent, prennent une position vicieuse, et parfois ne tiennent plus au rebord alvéolaire que par des adhérences avec le tissu gingival. La racine de la dent est sujette aux mêmes maladies que le tissu osseux, comme pouvait le faire prévoir, du reste, son analogie de structure avec ce dernier. Ainsi le périoste de la racine est exposé aux inflammations suppuratives, ossifiantes et granuleuses, et l'os lui-même (cément) peut montrer des traces de raréfaction, de ramollissement ou de carie véritable.

Dans la plupart des cas l'inflammation du périoste alvéolo-dentaire atteint des dents déjà malades, et se manifeste par des douleurs vives, en partie névralgiques, accompagnées d'une sensation d'allongement de la dent. Dans les cas de périostite suppurée, celle-ci reste parfois limitée au tissu conjonctif qui entoure l'extrémité de la racine et le nerf à son entrée dans la dent. On trouve alors, si l'on fait l'extraction de cette dernière, un petit sac jaunâtre rempli de pus, et siégeant à l'extrémité de la racine. — Dans d'autres cas la périostite suppurée envahit la cavité de l'alvéole elle-même. Le pus peut alors remonter le long de la racine et se déverser au dehors entre la dent et la gencive, ou perforer cette dernière pour former des abcès sous-gingivaux superficiels. Enfin, ce qui est plus grave, le pus peut perforer la paroi de l'alvéole et apparaître sous le périoste du maxillaire. D'autre part, l'abcès sous-périosté, ou **parulie**, peut se développer sans qu'il existe toujours une communication directe du foyer purulent avec l'intérieur de l'alvéole. L'abcès, en effet, se forme parfois par l'intermédiaire du tissu conjonctif de l'os, sans que le pus produise une véritable perforation plus ou moins étendue de la paroi osseuse de l'alvéole. Dans un certain nombre de cas on a constaté que la perforation du maxillaire était due à des granulations développées au niveau de l'extrémité de la racine

malade. On trouve alors au sommet de la racine, après l'extraction de la dent, une petite tumeur pouvant atteindre le volume d'un pois, tumeur formée d'un tissu de granulation. C'est elle qui a déterminé dans ces cas l'usure et la perforation du rebord alvéolaire.

Les processus inflammatoires ayant les dents comme point de départ, sont parfois d'une nature toute particulière. Dans certains cas, en effet, ils sont produits par un champignon rayonné ou actinomycète ; les abcès formés dans ces conditions ont une tendance à se propager, surtout dans la direction du cou, et ils contiennent, outre le pus, de petites masses blanches ressemblant à du gruau ; ces dernières sont constituées par un amas de champignons microscopiques offrant une disposition rayonnée. Ces processus ont été désignés sous le nom d'**actinomycose** par analogie avec une affection semblable observée sur les maxillaires des bêtes à cornes. Des amas de leptothrix sont aussi quelquefois la cause de suppurations de ce genre. Nous reviendrons sur cette question dans notre étude des processus inflammatoires du cou.

Les abcès dentaires sous-périostaux du maxillaire s'accompagnent parfois de phénomènes fébriles très intenses ; presque toujours, du reste, le malade est pris d'un léger mouvement fébrile avec anorexie. Dans un cas d'abcès putride volumineux du maxillaire supérieur, j'ai observé une fièvre septique tout à fait grave avec perte de connaissance et délire, symptômes qui disparurent dès que le foyer purulent eut été évacué par une large incision. C'est probablement à ce caractère de putridité du pus et à la tension à laquelle il est habituellement soumis dans l'intérieur de l'abcès, que sont dus le passage dans le sang de quantités de substances pyrétogènes parfois considérables relativement à la faible quantité de pus sécrété, ainsi que les phénomènes fébriles graves qui en sont la conséquence.

Le pus s'accumule le plus souvent à la face externe du maxillaire et forme sur le rebord alvéolaire une tumeur d'abord dure et plus tard fluctuante. La face présente également une tuméfaction à l'endroit correspondant ; c'est surtout lorsque l'abcès siège sur le maxillaire supérieur que l'on observe une tumeur œdémateuse de la joue et des paupières. Plus rarement l'abcès se développe à la face interne du rebord alvéolaire, ou sous l'apophyse palatine du maxillaire supérieur. On observe alors une tumeur aplatie occupant une étendue assez considérable du maxillaire. Nous avons déjà mentionné la possibilité de la perforation d'un abcès dentaire dans l'antre d'Highmore, perforation suivie d'une suppuration des parois de cette cavité. Il est beaucoup plus rare de voir un abcès du maxillaire supérieur s'ouvrir à l'extérieur à travers la joue, et donner lieu à une fistule persistante. Dernièrement PARINAUD a attiré l'attention sur la direction particulière que prend parfois le pus dans les abcès du maxillaire supérieur chez les enfants. A une certaine période de la vie les dents de remplacement arrivent en haut jusqu'à la paroi inférieure de l'orbite, tandis qu'en bas elles communiquent avec les alvéoles des

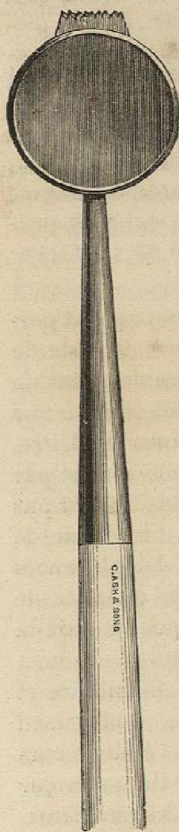
dents de lait. La suppuration de l'alvéole d'une canine ou d'une petite molaire peut ainsi se propager jusqu'à l'orbite et déterminer la formation d'un abcès au niveau de la paupière inférieure. De même chez les adultes on a vu quelquefois, à la suite d'abcès dentaires, des fistules s'ouvrir à la hauteur du sac lacrymal; le pus est remonté dans ces cas

dans le sinus maxillaire, ou bien il a suivi le trajet d'un canalicule vasculaire qui, partant de l'alvéole (surtout de la canine), vient s'ouvrir en avant du sinus lacrymal.

Les abcès du maxillaire inférieur ont une tendance beaucoup plus grande à fuser dans diverses directions. Ce sont surtout les abcès des incisives et des canines qui s'ouvrent volontiers à travers la paroi antérieure ou postérieure du rebord alvéolaire. De même les abcès provenant des premières molaires laissent souvent des fistules qui s'ouvrent au-devant du maxillaire ou directement au-dessous de cet os. D'autre part il arrive assez souvent, dans la périostite alvéolo-dentaire, que l'inflammation se propage dans les couches profondes du tissu conjonctif du cou, et que le pus ne se fasse jour à travers la peau qu'au niveau de la partie inférieure et latérale de cette région. Quant aux phénomènes graves auxquels peuvent donner lieu les affections de la dent de sagesse, nous les avons déjà décrits antérieurement.

Nous voulons mentionner encore quelques troubles oculaires observés parfois à la suite de la carie dentaire, ainsi que de la périostite et des abcès qui peuvent en être la conséquence. Disons tout d'abord que l'on a observé un certain nombre de cas d'**amaurose unilatérale** survenue dans ces conditions. Le plus souvent alors il s'agissait d'une périostite suppurée secondaire du maxillaire supérieur avec extension de l'inflammation à la cavité orbitaire; cependant on a rapporté aussi quelques observations d'**amauroses** qui seraient survenues à la suite d'une simple périostite de la racine d'une dent ou d'une fistule dentaire,

et auraient guéri à la suite de l'extraction de la dent malade. Rappelons également que H. SCHMIDT a observé et décrit des cas de **parésie de l'accommodation** se montrant chez des individus jeunes à la suite d'affections dentaires et du même côté que ces dernières; parfois cette parésie disparaissait après l'avulsion de la dent malade. Enfin nous devons mentionner une complication des plus graves, mais très rare, qui peut survenir à la suite d'un abcès alvéolaire: c'est la **méningite suppurée** dont la terminaison a toujours été mortelle.



* Fig. 80. — Miroir pour l'exploration de la bouche et des dents (THOMAS, opérations usuelles).

L'abcès une fois évacué guérit ou laisse une **fistule dentaire persistante**; cette seconde alternative s'observe dans les cas d'affection chronique de la racine de la dent ou dans ceux qui s'accompagnent de nécrose alvéolaire. Ces fistules sont surtout gênantes lorsqu'elles siègent en dehors ou au-dessous du maxillaire. Il importe alors, pour en obtenir la guérison, de pratiquer le plus tôt possible l'extraction de la racine malade. Il est extraordinairement fréquent de voir méconnaître leur relations avec des dents malades; on les prend alors pour des fistules glandulaires, par exemple. Il est donc important de trouver la dent qui a été le point de départ de l'affection; on cherchera s'il existe une dent malade dont la situation corresponde à la direction du trajet fistuleux. Quelquefois on est obligé de prolonger longtemps ces recherches lorsque la carie siège sur l'une des faces latérales de la dent, entre celle-ci et la dent voisine. Cet examen se fait à l'aide de petites pointes métalliques formant un angle avec la tige qui les supporte. Quelquefois aussi l'emploi d'un petit miroir viendra faciliter le diagnostic. Lorsque cette exploration ne donne pas le résultat désiré, on parvient souvent à découvrir la dent malade, en se basant sur la situation de la fistule et surtout sur le siège du gonflement inflammatoire du périoste du maxillaire, ou bien encore on arrivera à poser le diagnostic par l'introduction d'un fin stylet dans le trajet fistuleux. Quelquefois la fistule laisse sur le maxillaire, après guérison, une cicatrice déprimée et si difforme que l'on est obligé de pratiquer l'excision du tissu cicatriciel suivie de la suture de la plaie. Lorsque la fistule s'ouvre dans l'intérieur de la bouche, on peut parfaitement, dans certains cas, laisser en place la dent malade à condition toutefois que sa présence ne soit pas la cause d'accès douloureux fréquents. Mais si ces douleurs reviennent à de courts intervalles, ce qui est habituellement la conséquence d'une rétention de pus, l'extraction de la dent devient alors nécessaire. L'inflammation alvéolaire au début peut être assez souvent enrayée par l'application d'une sangsue. Mais lorsque l'abcès est déjà formé, le meilleur moyen de traitement consiste à l'inciser largement et de bonne heure. Si les douleurs persistent après l'incision, il faut en outre extraire la racine malade; sinon on ne fait l'extraction que dans les cas où la fistule tend à persister indéfiniment.

§ 119. — Outre les périostites suppurée et ossifiante, on observe une inflammation du périoste que l'on peut désigner sous le nom de **périostite granuleuse**. On constate, en effet, quelquefois, à la suite de processus inflammatoires et ulcératifs des gencives, que la dent malade correspondante est soulevée hors de son alvéole, ou bien plutôt qu'elle se trouve dénudée à l'union de la racine avec la couronne parce que la gencive a subi une sorte d'usure inflammatoire. La dent s'ébranle alors peu à peu en même temps que l'on voit apparaître une légère périostite suppurée, mais dans d'autres cas on n'observe aucune trace de suppuration autour de la racine. J'ai vu chez des personnes jeunes toute une série de