

dents, et surtout les incisives, s'ébranler peu à peu de cette manière. Lorsque l'atrophie de la portion alvéolaire de la gencive n'est pas trop avancée, on réussit à rendre aux dents leur solidité par l'introduction, à l'aide d'un fin pinceau, entre la racine et l'alvéole, d'une solution caustique peu concentrée. Ainsi une solution d'une partie de chlorure de zinc dans 7 à 10 parties d'eau m'a rendu, dans ces cas, de bons services.

Des effets semblables à ceux que nous venons de décrire, sont assez souvent la conséquence d'incrustations calcaires que l'on a désignées sous le nom de **tartre dentaire**. Les sels calcaires contenus dans la salive se séparent et forment, avec des cellules épithéliales desquamées de la muqueuse buccale ainsi qu'avec des restes d'aliments et des fragments de champignons microscopiques, un dépôt jaune brunâtre, que l'on rencontre surtout au niveau du collet des dents chez les individus peu soucieux des soins de propreté de la bouche. Ces dépôts se durcissent, provoquent de la gingivite, et après avoir décollé la gencive, se continuent de plus en plus jusque dans l'alvéole; celle-ci est ainsi détruite peu à peu, la dent s'ébranle et finit par n'être plus fixée à l'alvéole que par l'extrémité de sa racine. Elle est maintenue imparfaitement dans cette position par le tartre dentaire qui lui a constitué une sorte d'alvéole.

Quand au traitement il doit avant tout consister à empêcher la formation de dépôts de tartre. C'est ce que l'on obtient par des lavages fréquents de la bouche avec des solutions désinfectantes (chlorate ou permanganate de potasse), ainsi que par l'usage de la brosse à dent avec laquelle on enlève les incrustations en voie de formation. Lorsque le nettoyage est ainsi pratiqué régulièrement, il n'est pas nécessaire d'avoir recours à des préparations dentifrices spéciales. Cependant, si les liquides buccaux ont une certaine tendance à l'acidité, on conseillera l'emploi de substances alcalines. Dans ces derniers temps le savon s'est acquis une certaine faveur; lorsqu'on veut obtenir une action mécanique plus prononcée, on se sert de la poudre de pierre ponce ou de charbon. Ce dernier est en outre un désodorant efficace.

S'il s'est formé sur les dents des dépôts considérables de tartre, on les enlève avec précaution à l'aide de rugines étroites ou de petits leviers appelés burins. Des fragments un peu volumineux peuvent être enlevés à l'aide de pinces résistantes dont on rapproche fortement les branches dès que l'on a saisi la concrétion (ROSER). D'ailleurs l'enlèvement du tartre a aussi ses limites. Ainsi lorsque l'atrophie alvéolaire, décrite plus haut, est un fait accompli, les dents ne sont plus fixées dans la bouche que par une alvéole de tartre, et il est préférable, dans ces cas, de laisser en place le tartre et les dents qu'il soutient, à moins que l'on ne soit obligé de le faire disparaître pour des motifs spéciaux tels que l'existence d'ulcérations, etc.

§ 120. — Il n'entre pas dans le plan de cet ouvrage d'exposer la méthode de traitement des dents cariées qui peuvent être conservées.

Nous avons déjà indiqué, du reste, dans quelles conditions il était possible de pratiquer l'obturation d'une dent après avoir enlevé les parties malades et cautérisé au besoin la dentine et la pulpe dentaire, dans le but de s'opposer aux progrès de la carie. Par contre nous devons rappeler ici brièvement les indications de l'extraction des dents et les procédés employés pour cette petite opération.

Il n'est point d'organes qui soient autant exposés que les dents à des fautes opératoires. Il est certain que dans plus de la moitié des cas où l'on fait l'extraction, un traitement convenable pourrait faire disparaître les douleurs tout en conservant la dent. Il faut en accuser surtout certaines circonstances plus ou moins indépendantes de la volonté du médecin. Ainsi le public, en général, néglige les soins à donner aux dents, soit par ignorance, soit parce qu'il se trouve privé des conseils nécessaires et des secours de l'art. L'extraction des dents malades, grâce à la promptitude de son action, est encore fort en honneur, surtout dans les classes peu aisées de la société; aussi cette opération, quoique douloureuse, est-elle bien souvent réclamée de bonne heure des personnes souffrant de maux de dents, et le médecin cède en général au désir de son malade. Si l'on songe combien la nutrition peut souffrir à un âge avancé du fait d'une denture mauvaise, si l'on se représente, d'autre part, l'aspect sénile qu'offre la figure chez les individus dont le rebord alvéolaire s'est atrophié grâce à l'extraction prématurée des dents, on accordera certainement que l'opération en question doit être réservée pour des cas bien déterminés, et que l'on a tort d'avoir recours au davier chaque fois que le malade souffre des dents depuis un certain temps.

L'extraction est indiquée dans les cas suivants :

1. Lorsqu'il est survenu une nécrose de la dent ;
2. Lorsque des dents sont implantées obliquement en dehors de la série, avec les restrictions indiquées plus haut ;
3. Dans la carie dentaire lorsque la cavité de la pulpe a été ouverte, et que l'apparition de douleurs névralgiques et l'étendue de la lésion ne permettent plus d'espérer la conservation de la dent par l'obturation.

Dans les cas où la carie ne s'étend pas jusqu'à la pulpe, mais provoque néanmoins des douleurs névralgiques, on devra toujours, autant que possible, lorsque les circonstances le permettent, essayer d'abord l'application de substances caustiques (chlorure de zinc) ou anesthésiques (morphine localement, en pilules ou en injections hypodermiques);

4. Lorsque, dans les cas de destruction déjà étendue de la dent, les douleurs qu'éprouve le malade sont dues à une périostite de la racine, on pourra souvent, par l'extraction de la dent faite de bonne heure, arrêter le développement d'un abcès déjà en voie de formation. Par contre on cherchera d'abord à conserver la dent si la couronne est encore en état de rendre des services; on commencera alors par traiter l'abcès alvéolaire, et l'on n'aura recours à l'extraction ultérieurement que



dans les cas de persistance des douleurs, ou lorsque les fistules n'ont aucune tendance à se fermer ;

5. L'extraction de restes de racines dentaires malades est indiquée lorsque ces dernières provoquent une périostite alvéolaire douloureuse, avec ou sans fistules, périostite qui peut persister à l'état chronique ou présenter de fréquentes récidives (*Voir plus haut*).

§ 121. — Autrefois on pratiquait l'extraction de toutes les dents à l'aide de la *clef*.

La *clef* se compose d'une poignée fixée à angle droit à l'extrémité d'une tige d'acier ; à l'extrémité opposée de cette tige, ou panneton, se meuvent des crochets qui peuvent avoir différentes formes. Le panneton s'applique contre le rebord alvéolaire, tandis que le crochet embrasse la dent par sa demi-circonférence, et au niveau du collet de la dent à enlever, pénètre dans l'alvéole aussi profondément que possible. On imprime alors à la poignée de l'instrument un mouvement de rotation, qui a pour centre le point d'appui du panneton sur le rebord alvéolaire ; on peut ainsi exercer avec le crochet un mouvement de levier très puissant ayant pour effet de soulever la dent et de la renverser du côté du panneton. Lorsque la résistance à l'avulsion est considérable, le panneton exerce une pression très forte sur son point d'appui au rebord alvéolaire. D'autre part, les molaires à racines notablement divergentes ne peuvent être simplement renversées sur le côté sans qu'il se produise une fracture de ces racines ou une solution de continuité plus ou moins étendue de la paroi osseuse de l'alvéole.

Bien que la *clef* soit un instrument très puissant d'extraction des molaires, elle a été de plus en plus abandonnée de nos jours et remplacée par des *daviers* spéciaux.

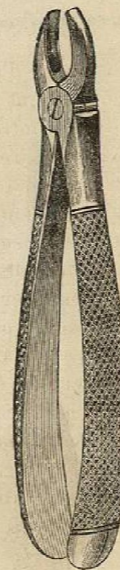
L'introduction des *daviers* dans la pratique dentaire a eu, il est vrai, l'inconvénient d'augmenter notablement le nombre des instruments nécessaires. Suivant la forme de la dent et la place qu'elle occupe sur le rebord alvéolaire, on est obligé de varier beaucoup la conformation des mors et de la poignée du *davier* à employer ; c'est ainsi qu'il faut avoir des *daviers* spéciaux pour les molaires droites et d'autres pour les molaires gauches<sup>1</sup>. En outre si l'on veut opérer avec précision, il faut posséder un jeu d'instruments pour les enfants et un autre pour les adultes. Il est évident que l'on brisera d'autant moins de dents que l'on aura à sa disposition un choix plus varié de *daviers*, et que l'on pourra ainsi dans chaque cas particulier se servir de l'instrument dont la forme s'adapte le mieux à celle de la dent qu'il s'agit d'enlever. En général les mors du *davier* doivent être d'une grande solidité ; leur extrémité sera tranchante et taillée en forme de coin de manière que l'on puisse la faire pénétrer profondément entre le collet de la dent et l'alvéole. En outre les mors doivent avoir leur face interne excavée de façon à former en quelque sorte le moule un peu agrandi de la dent, et à en embrasser le collet sans le couper lorsqu'on rapproche les branches de l'instrument. L'extrémité des

1. Voir pour plus de détails le *Traité des opérations usuelles* de L. THOMAS, suivi d'un précis des opérations dentaires usuelles par le Dr Cruet, auquel nous avons emprunté les figures des instruments servant à l'extraction des dents.

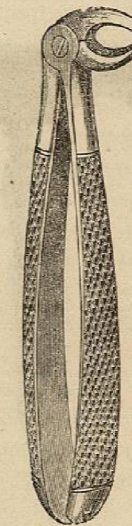
(*Note du traducteur*).

mors doit circonscire le collet non pas seulement suivant une ligne, mais dans une certaine étendue, afin que la dent glisse en quelque sorte de bas en haut dans les branches du *davier* au moment où l'on serre fortement ce dernier.

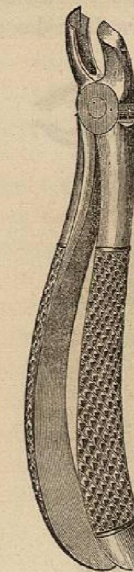
Le point capital dans l'extraction des dents est l'application conve-



\* Fig. 81. — Davier pour les incisives et canines supérieures. (Pour les petites molaires supérieures on se sert d'un *davier* à mors semblables, mais recourbés à angle sur le manche).



\* Fig. 82. — Davier pour les incisives, canines et petites molaires inférieures.



\* Fig. 83. — Davier pour les grosses molaires supérieures. Il faut en avoir deux, un pour le côté droit et un pour le côté gauche. (Le mors le plus long et muni de deux sillons séparés par une arête, est destiné à la surface labiale de la dent).

nable du *davier*. Les mors de l'instrument doivent être enfoncés aussi profondément que possible entre la gencive et la dent. Le tissu de la gencive est peu sensible et l'on ne doit pas craindre de pénétrer jusque dans la cavité alvéolaire. Une fois l'instrument bien appliqué, on lui imprime d'abord des mouvements de latéralité destinés à ébranler la dent, et ce n'est que lorsque ce résultat est obtenu que l'on pratique l'extraction. Pour l'avulsion des dents uniradiculaires, il est souvent très