

GRANDIDIER a recueilli 12 cas d'hémophilie dans lesquels l'extraction d'une dent a été suivie d'une perte de sang assez considérable pour entraîner la mort. Dans quelques cas, c'est un anévrisme de l'artère dentaire inférieure qui a été la cause de la mort (ALBRECHT).

Lorsqu'on se trouve en présence d'une hémorragie provenant d'une alvéole, on doit avant tout essayer le tamponnement de la cavité alvéolaire après en avoir enlevé les caillots; on se servira dans ce but d'un tampon de coton dégraissé, de charpie, ou d'un petit fragment de liège. Sur ce tampon on applique une compresse ou une plaque de liège, et l'on recommande au malade de maintenir les mâchoires fortement serrées l'une contre l'autre. On évitera, autant que possible, l'emploi de substances styptiques ayant une action caustique, ou du moins on se bornera à introduire dans la cavité alvéolaire un tampon de coton imbibé de perchlorure de fer et préalablement exprimé avec soin. Cette précaution est nécessaire si l'on veut épargner au malade l'inconvénient d'une cautérisation de la muqueuse buccale. Quelquefois on réussit à mettre fin promptement à l'hémorragie en touchant le fond de l'alvéole avec un fer rouge terminé en pointe (thermocautère) ou avec l'aiguille galvano-caustique.

A la suite d'extractions dentaires on voit parfois se développer des suppurations étendues dans l'antre d'Highmore ou sous le périoste de l'un ou l'autre maxillaire; il peut arriver alors que l'inflammation se propage aux nerfs dentaires et donne ainsi naissance à une névrite. Dans un petit nombre de cas on a vu le processus inflammatoire remonter le long des nerfs jusqu'au cerveau et provoquer une méningite mortelle. On ne peut dire exactement jusqu'à quel point l'extraction elle-même joue un rôle dans la production de ces accidents, et l'on se demande si ces derniers ne sont pas la conséquence de processus pathologiques antérieurs à l'opération.

Afin d'éviter autant que possible de pareils accidents, on aura soin de n'opérer qu'avec des instruments et des doigts absolument propres et bien désinfectés. La cavité buccale devra être désinfectée avant l'opération, ce que nous conseillons de faire surtout dans les cas de suppuration. Après l'extraction on fera des lavages de la cavité buccale et surtout de la plaie alvéolaire. Nous avons pour habitude d'introduire de petites quantités d'iodoforme dans l'alvéole.

Un accident qui, par contre, est en relation tout à fait directe avec l'extraction des dents, c'est la fracture de la paroi alvéolaire; nous en avons déjà parlé assez longuement en temps opportun.

Tumeurs des maxillaires d'origine dentaire

1. Kystes dentaires des maxillaires

§ 123. — Les kystes des deux maxillaires et surtout du maxillaire supérieur, en relation avec les dents et les racines dentaires, étaient connus déjà depuis longtemps lorsque DUPUYTREN signala comme symptôme caractéristique de ces tumeurs la « crépitation parcheminée » due à la néoplasie du périoste qui entoure le kyste. La grande majorité des kystes du maxillaire proviennent des dents, et c'est à bon droit que MAGITOT les a divisés suivant leur origine en deux groupes distincts qu'il a désignés sous les noms de kystes « folliculaires » et de kystes « périostaux ».

Les **kystes folliculaires** se développent directement à la suite de troubles survenus dans l'évolution du follicule dentaire. Ces troubles peuvent consister dans certaines anomalies qui se produisent alors que le follicule occupe sa position normale, ou bien la dégénérescence kystique survient dans des follicules offrant des anomalies de position, de nombre ou de direction. Au point de vue anatomique les kystes diffèrent suivant qu'ils datent d'une période reculée, embryoplastique, ou qu'ils se sont développés à une époque où la couronne de la dent était déjà formée en partie ou en totalité. Ils se distinguent, en outre, suivant qu'ils se développent dans un point où existent normalement des follicules dentaires, ou qu'ils tirent leur origine de germes dentaires situés dans une position anormale par « erreur de lieu » (**kystes hétérotopiques**). — Cette forme de tumeurs se montre principalement chez les individus eunes, et seuls les kystes folliculaires provenant de la dent de sagesse font exception à cette règle. Ici la cause principale du développement des kystes doit être cherchée dans le fait déjà mentionné plus haut d'une irritation due au manque d'espace suffisant pour l'évolution du germe dentaire. Dans les autres régions du maxillaire il est probable que la cause de la dégénérescence kystique doit être cherchée dans la résistance opposée par les dents de lait à l'évolution normale des dents permanentes.

La genèse des **kystes périostaux** ou mieux **sous-périostaux** (BAYER) est beaucoup moins obscure. Ils doivent leur développement au décollement du périoste au niveau de la racine de la dent, décollement dû pour ainsi dire toujours à un processus inflammatoire, c'est-à-dire à une périostite alvéolo-dentaire. Peu à peu la substance osseuse du maxillaire disparaît par résorption au niveau de l'extrémité de la racine, et un liquide albumineux légèrement trouble s'accumule sous le périoste décollé du maxillaire. On s'explique dès lors que la majorité de ces kystes s'observent chez des adultes et se développent de préférence au niveau des grosses et petites molaires; ils sont, en outre, plus fréquents au maxillaire supérieur qu'à l'inférieur. Ils comprennent un certain nombre des cas désignés autrefois sous le nom d'hydropisie de l'antre d'Highmore. Cette forme de kystes sous-périostaux n'atteint que rarement le volume des kystes folliculaires, lesquels peuvent constituer des tumeurs ayant les dimensions d'un œuf d'oie ou même d'une tête (DUPUYTREN). Certaines