

secondaires locales, telles que les infections buccales proprement dites (ulcérations, noma, muguet) et les infections salivaires (parotidites), les stomatites, les angines, les otites, ou les infections à distance, comme la pneumonie et la broncho-pneumonie, la méningite, etc., que l'exaltation de la virulence des microbes de la bouche rend imminentes.

L'antisepsie buccale permettra encore, ainsi qu'il a été dit plus haut, de faire disparaître de la cavité buccale les microbes spécifiques qui y séjournent pendant la convalescence de certaines infections, comme la diphtérie, la pneumonie, en y conservant leur virulence première.

Ce n'est pas seulement dans les fièvres éruptives ou dans la fièvre typhoïde, la diphtérie, que l'antisepsie buccale réclame toute l'attention du médecin. Il est vrai que les infections secondaires buccales et pharyngées y sont particulièrement fréquentes; mais elles peuvent se manifester encore dans toutes les maladies chroniques, comme le diabète, le mal de Bright, la leucémie, la tuberculose, le cancer. On sait que chez les tuberculeux il y a sans cesse menace d'infections secondaires qui aggravent le pronostic. On peut dire, sans exagération, que tout état morbide, aigu ou chronique, nécessite une antisepsie buccale rigoureuse. Les soins de la bouche doivent être continués pendant la convalescence, particulièrement dans la diphtérie, l'expérimentation ayant démontré que les germes peuvent conserver plus ou moins longtemps leur virulence après la guérison et que les sujets qui en sont porteurs peuvent ainsi transmettre la maladie.

Les adultes seuls peuvent faire usage de gargarismes; encore sont-ils parfois incapables de s'en servir en raison de leur état de faiblesse ou d'inconscience; aussi dans toutes les maladies adynamiques, aiguës ou chroniques, est-il nécessaire d'avoir recours aux lavages, après avoir débarrassé les lèvres, les gencives, des fuliginosités à l'aide de *tampons d'ouate imbibés d'eau de Vichy, de glycérine boratée*. Les lavages ont surtout une action mécanique; l'addition de substances antiseptiques n'augmente pas sensiblement leur efficacité. Le plus souvent on emploie l'eau boriquée saturée, l'eau additionnée d'hydrate de chloral (10 gr. pour 1000), de phénosalyl (5-10 pour 1000), parfois la liqueur de Labarraque (50 pour 1000), etc.

Chez le jeune enfant, les lavages à l'eau bouillie sont les seuls recommandables en raison des dangers que peut présenter l'emploi des substances toxiques.

Marfan fait nettoyer la bouche des jeunes enfants à l'aide de tampons de coton imbibés de :

Eau distillée	450 grammes.
Glycérine	50 —
Acide phénique	1 gramme.
Essence de thym	III gouttes.

Legendre recommande le collutoire suivant pour les enfants :

Acide borique	1 gramme.
Chlorate de potasse	75 centigrammes.
Jus de citron	15 grammes.
Glycérine	10 —

ACCIDENTS DE LA DENTITION

Une opinion fort acérée dans le public, et qui compte également des adeptes parmi les médecins, est que beaucoup de maladies infantiles sont causées directement par la dentition. A l'Académie de médecine (acût 1892) la question des accidents de la dentition a été débattue : les uns, ce sont les plus nombreux, ont admis que l'éruption dentaire peut être la cause d'un certain nombre d'accidents réflexes tels que bronchites, troubles gastro-intestinaux, éruptions diverses, convulsions, etc.; d'autres, avec Magitot, n'ont admis qu'une simple relation de coïncidence entre ces accidents et la dentition; les troubles observés, notamment les troubles digestifs, les exanthèmes, seraient uniquement la conséquence d'une hygiène défectueuse.

La vérité est que ces troubles généraux de la santé ne sont pas liés directement à la dentition, mais que celle-ci peut en favoriser l'écllosion en créant une moindre résistance aux infections, en excitant le système nerveux.

Les 20 dents de la première dentition apparaissent par groupes de 4, dans l'ordre suivant :

- 1° 4 incisives médianes;
- 2° 4 incisives latérales;
- 3° 4 premières petites molaires;
- 4° 4 canines;
- 5° 4 deuxièmes petites molaires.

Les dents de chaque groupe font leur apparition successivement à des intervalles rapprochés; les dents de la mâchoire inférieure sortent avec les dents correspondantes de la mâchoire supérieure, sauf en ce qui concerne les incisives latérales qui apparaissent d'abord à la mâchoire supérieure.

Ces dents de lait sont remplacées vers l'âge de 7 ans par des dents définitives, auxquelles viennent s'ajouter 8 grosses molaires (4 à chaque maxillaire), dont 4 vers 7 ans, 4 à l'âge de 12 à 15 ans. Les 4 troisièmes grosses molaires, dites dents de sagesse, n'apparaissent que de 20 à 50 ans.

La date d'apparition des premières dents de lait est très variable; dans certains cas elle est très précoce, certains enfants même naissent avec des dents. Dans d'autres cas l'évolution dentaire est retardée jusqu'à dix mois ou un an. Ce retard n'est pas un signe de rachitisme ainsi qu'on l'a prétendu; s'il est vrai qu'il s'observe parfois chez les enfants rachitiques, on peut aussi le constater chez des enfants parfaitement bien portants.

En général, c'est vers le sixième ou le septième mois que se montrent les premières dents : les incisives médianes inférieures; presque aussitôt après, apparaissent les incisives médianes supérieures, puis, après un intervalle de six mois environ, c'est-à-dire vers un an, les incisives latérales. Après un nouvel intervalle de six mois à un an et demi, surgissent les 4 premières petites molaires; à deux ans, les 4 canines, et à deux ans et demi, la première dentition est complétée par l'apparition des deuxièmes petites molaires. On voit que l'apparition de chaque groupe de quatre dents est séparée par un intervalle de six mois :

ORDRE D'APPARITION DES DENTS DE LAIT	DATES D'APPARITION
1° 4 incisives médianes	6 mois.
2° 4 incisives latérales	1 an.
3° 4 premières petites molaires	1 an 1/2.
4° 4 canines	2 ans.
5° 4 deuxièmes petites molaires	2 ans 1/2.