

# Les accidents d'extraction jusqu'à l'utilisation des daviers anatomiques

## Extraction accidents up to the use of anatomical forceps

Micheline Ruel-Kellermann\*

### Mots clés

- ❖ extraction dentaire
- ❖ accidents XVIe-XIXe siècles

### Résumé

En 1802, Jacques René Duval (1758-1854), publie à Paris *Des accidents de l'extraction des dents*, où il en établit une classification en trois parties : ceux qui « n'appartiennent qu'aux dents », ceux qui « dépendent de la lésion des parties molles ou osseuses », « les dérangements de la santé produits par l'extraction des dents ». Dans les ouvrages des Anciens jusqu'à Duval et ses contemporains, nous verrons que la crainte des accidents était identique et qu'elle s'est même plus accrue à partir du XVIe siècle lorsque vont se multiplier les instruments et ceux qui les utilisaient. Nous verrons également les principales causes de ces accidents invoquées par les auteurs, leurs conséquences et les questionnements qu'ils leur posent.

### Keywords

- ❖ extraction of teeth
- ❖ accidents 16th-19th centuries

### Abstract

In 1802, Jacques René Duval published, *Des accidents de l'extraction des dents* in which he established a classification in three parts: those which “belong only to teeth”, those which “depend on the lesion of the soft parts or bones”, “the disturbances of health produced by the extraction of teeth”. In the works of the Ancients to Duval and his contemporaries, we shall see that the fear of accidents was identical and that it increased even more from the 16th century when the instruments will multiply and those who used them. We shall also see the principal causes of these accidents invoked by the authors, their consequences and the questions they raise.

Les extractions dentaires sont sans doute les interventions les plus anciennes auxquelles les hommes ont eu à se livrer. Les Anciens étaient particulièrement prudents concernant ces actes soustractifs. Selon Érasistrate (c. 320-c. 250 av. J.-C.) aurait été exposée dans le temple d'Apollon à Delphes une pince en plomb (*Plumbeum odontagogon*) dans le but de montrer qu'il ne faut arracher que des dents facilement détachables. À Athènes, Naples ou Pompéi des sortes de pinces ont été retrouvées plus ou moins adaptées à une extraction dentaire et présumées être soit un davier, *odontagra*, soit une pince pour extraire les racines, *rhyzagra*. (fig. 1)

Au 1er siècle, Celse (29 av. J.-C.-37), mettait déjà en garde contre les fractures alvéolaires et les écoulements de sang pouvant suivre une extraction qui devait être considérée comme la solution extrême. Mais il décrit la technique encore classique de nos jours pouvant se résumer à syndesmotomie, luxation, et

extraction (note 1). Abulqasim (936-1013), donnera à peu près les mêmes directives (note 2); il s'agit encore de pinces. Tant que les « daviers » vont s'apparenter à des pinces ou des forceps, c'est-à-dire jusqu'au XIXe siècle, presque tous les auteurs vont dénoncer les dangers ou en limiter l'emploi, le davier ne servant qu'à saisir la dent ébranlée.

Depuis toujours les accidents ont été redoutés car parfois gravissimes, fractures des mâchoires et hémorragies parfois létales. En 1802, regroupant tous ces accidents (fig. 2), Jacques René Duval (1758-1854) établit une classification en trois volets qui les résume parfaitement :

\* 109, rue du Cherche-Midi, 75006 Paris. [ruelkellermann@free.fr](mailto:ruelkellermann@free.fr)



Figure 1. Deux pincettes trouvées en Anatolie, d'époque romaine tardive ; Uzel İlter, *Anadoluda Bulunan Antik Tıp Aletleri*, Ankara, TTK Yay, 2000.



Figure 2. Page de titre de J. R. Duval, *Des accidents de l'extraction des dents*, Paris, A. Koenig, Croullebois, 1802.

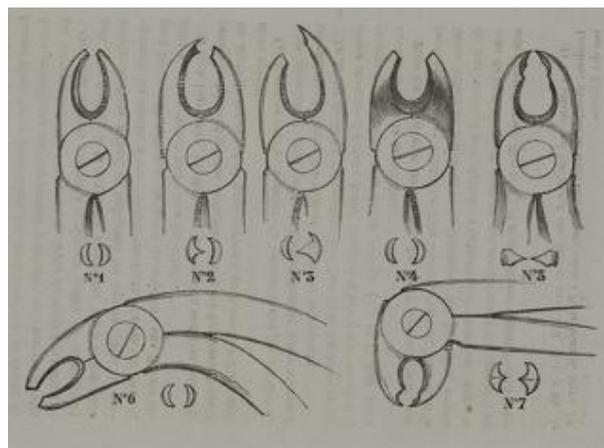


Figure 3. Sept principaux daviers avec profil des mors (M. Bygrave, p. 9-10).

- Des accidents qui n'appartiennent qu'aux dents.
- Des accidents qui dépendent de la lésion des parties molles ou osseuses.
- Dérangements de la santé produits par l'extraction des dents (note 3).

Notons que tous ces accidents surviennent avant l'avènement de l'anesthésie générale et locale, l'antisepsie, les lampes à huile, les miroirs de bouche fonctionnels, les fauteuils avec têtère et, avant l'utilisation des daviers anatomiques. Notons aussi que dès la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, certains auteurs vont chercher à « mieux adapter » les mors du davier à la dent à extraire, ébauchant ainsi ces futurs daviers dits anglais, inventés en 1826 par un Américain à Londres (Cyrus Fay, (1778-1839). Bygrave confirme qu'ils ont « produit en odontotechnie une véritable révolution » (fig. 3), et s'étonne de leur méconnaissance en France encore au début de la deuxième moitié du XIX<sup>e</sup> siècle (note 4)

Nous allons donc passer en revue les principales difficultés techniques et humaines pouvant être invoquées lors de ces accidents et accorder des circonstances atténuantes à ceux qui les causaient, eu égard à la précarité des moyens dont ils disposaient et aux patients rarement coopérants.

Seront en tout premier lieu rappelées les modalités d'installation du patient, puis les principales causes des accidents : difficultés à identifier la dent douloureuse, à estimer la morphologie radiculaire de la dent à extraire, enfin le comportement du patient l'inadéquation des instruments. Seront ensuite relatés les accidents et leurs conséquences : hémorragies et grands délabrements, accidents nerveux et psychosomatiques. Enfin les questions posées : quand ne pas intervenir ? Dire ou ne pas dire les complications prévisibles ou avérées.

## L'installation du patient, avant les fauteuils avec têtère.

Elle ne changera pas pendant des siècles. Pour Abulqasis, il faut « placer la tête du malade entre vos genoux et l'avoir fixée, de manière qu'il ne puisse remuer », (1861, p. 98). Pour Ambroise Paré (1510-1590), il faut que le malade soit assis « bas aiant la teste entre les jambes du dentateur » (1573, p. 351). Jacques Guillemeau (1549-1613), plus pragmatique dit simplement de « situer le malade selon votre commodité » (1602, p. 237). René Jacques Croissant de Garengot (1688-1759) « fait asseoir le malade par terre sur un coussin, lui fait appuyer le derrière de sa tête sur ses cuisses rapprochées l'une de l'autre » (1727, T II, p. 79). Pour Pierre Fauchard (1679-1761) selon l'instrumentation choisie ou la difficulté de l'extraction, c'est tantôt un fauteuil et la tête du patient entourée du bras de l'opérateur, tantôt une chaise basse lorsque la dent « tient trop avec la tête appuyée contre la poitrine de l'opérateur » (1728, T II, p. 129-133). Étienne Bourdet (1722-1789), fait « asseoir le malade sur un fauteuil ou sur un autre siège fort bas surtout quand il faut opérer à la mâchoire supérieure. Il faut que l'Opérateur évite de monter derrière sur un tabouret, ou de s'élever de quelque autre manière, comme font quelques dentistes : cet appareil suffit souvent pour effrayer le malade » (1757, T II, p. 146-147). Jacques René Duval insiste sur les dangers de cette dernière position : « les mouvements de celui qu'on opère, forcent le Dentiste à la conservation de ses jours, et l'empêchent de penser à l'opération qu'il doit toujours entreprendre avec sûreté pour le malade et pour lui » (p. 31-32)

## Principales causes des accidents invoquées par les auteurs

### L'identification de la dent douloureuse

Précarité de l'éclairage et des instruments d'exploration d'une part et la douleur du patient d'autre part, peuvent conduire à l'erreur récurrente consistant à extraire une bonne dent à la place de la mauvaise.

### Précarité de l'éclairage et des moyens d'examen clinique.

Pierre Fauchard « ne se placera endevant que le moins qu'il lui sera possible, pour ne pas s'ôter lui-même la clarté du jour qui lui est si nécessaire en cette occasion » (1746, T I, p. 191). Pour le Citoyen Mahon « Ces opérations se faisant dans la bouche qui est un lieu naturellement obscur, elles ne peuvent être pratiquées qu'à la faveur du plus grand jour possible; et cette vérité est une de celles qui se sentent d'elles-mêmes » et de s'indigner que « beaucoup de personnes ne se déterminent à venir chercher du secours, qu'à la chute du jour, ou même quelquefois fort tard dans la nuit ? » (1797, p. 211-212). J. R. Duval n'a pas « de peine à croire qu'une semblable méprise puisse avoir lieu en opérant à la lumière, si on réfléchit que la main qui tient l'instrument, porte souvent son ombre sur la dent qu'on veut extraire » (p. 31). Quant aux moyens d'investigation, la percussion est presque restée jusqu'au début du XIXe siècle le meilleur moyen de diagnostic. En 1557, Martinez (c. 1525-1585), prend « s'il n'y a aucune dent endommagée un instrument en fer avec une petite tête et frappe les molaires suspectées : celle qui ressent le plus de douleur est la mauvaise qu'il convient d'arracher » ; et si plusieurs dents sont endommagées il prend « un instrument en fer ayant une pointe en forme de petite lance et de l'autre un coude comme un petit crochet et gratte ce qui est pourri; après avoir ôté le mauvais, la dent que l'instrument fait le plus souffrir est celle où est le mal » (f. 48). Et Bourdet dit presque la même chose deux siècles plus tard (note 5). Sondes adéquates et miroirs commencent à apparaître lors des premières décennies du XIXe siècle.

### Douleur et peur du patient

Imagine-t-on un seul instant ce que pouvait être le vécu du patient à qui on devait extraire une dent déjà douloureuse ? D'une désignation erronée de la dent douloureuse, à des gestes de défense et même d'attaque, le « patient » compromettrait fréquemment l'opération. « Aussi faut se donner garde de tirer une bonne pour la mauvaise, [...] car souvent mesme le malade ne la scait discerner, à cause qu'il sent une extrême douleur en toute la mandibule » mise en page bizarre. (A. Paré (1510-1590), 1573, p. 350). Garengoot relate avec honnêteté une telle méprise qui aurait pu être fatale avec un soldat « qui souffroit si cruellement, qu'il ne voulut pas me donner le tems d'examiner si cette dent estoit celle qui lui causoit de si grandes douleurs » (note 6). Dans une Observation de

1722, Fauchard raconte comment il s'est tiré d'un geste malheureux « chez la fille cadette de M. Tribuot, alors âgée de 18 ans » en procédant à une subreptice réimplantation (note 7). Jean-Baptiste Gariot (1761-1835) confirme qu'il « n'y a que l'ignorant qui enlève une dent de remplacement pour une dent de lait, ou une dent saine pour une dent cariée : cependant ce dernier accident peut encore arriver quand le crochet de l'instrument glisse sur la dent voisine par un mouvement brusque du malade au moment de l'extraction ; on ne saurait donc trop y prendre garde, et pour cela éviter d'opérer le soir à la lumière » (1805, p. 290). Enfin n'ignorons pas que la douleur peut aussi rendre agressif celui qui souffre et même l'entourage, ce que le chirurgien rouergat Urbain Hémar (1548 ?-1592) illustre en recommandant « que le chirurgien qui est contraint d'opérer,... soit exercé à cest œuvre : autrement, s'il ne le fait nettement, il ne peut éviter la répréhension des assistans ny du malade » (1582, p. 72-73).

### Difficile estimation de la morphologie radiculaire de la dent à extraire

Cette difficulté paraît évidente sans aucun moyen d'investigation radiographique et Pierre Fauchard se résigne à l'issue inéluctable concernant les dents dont « les racines se trouvent confonduës et intimement unies avec les parois de leurs alvéoles et qui ne peuvent être ôtées qu'une portion de l'os maxillaire [...] ne les suive ». De plus il estime superflu d'en instruire l'intéressé car « ce qu'il y a de plus fâcheux en cela, c'est qu'avant que d'opérer on ne peut nullement distinguer cette fâcheuse disposition & que d'ailleurs, quand on la reconnoît, on n'en tireroit aucun autre avantage, que celui de faire un pronostic désavantageux au sujet, & capable de l'intimider » (1728, T II, p. 173). Gariot se méfie « des dents dont les couronnes sont courtes et épaisses et dont les racines montrent de fortes saillies sur le bord alvéolaire. [...] Les grosses dents sont quelquefois si solidement implantées dans les alvéoles, ou y adhèrent si fortement, qu'il est arrivé de les casser ou de rompre les instrumens employés pour les extraire » (1805, p. 290).

### Inadéquation des instruments



Figure 4. Davier pour dents inférieures (Museo de la Facultad de Odontologia de la Universidad Complutense de Madrid © J. Sanz).



Figure 5. Daviers pour dents inférieures, fin XVIIIe s. (Musée AP-HP, © F. Marin)

Du XVI<sup>e</sup> siècle avec Martinez, Paré (note 8) jusque dans les années 1860, les instruments sont plus dangereux qu'efficaces (fig. 4). Duval résume : « Avec le pélican, on court le risque de culbuter ou d'ébranler les dents voisines ; mais, si pour éviter cet inconvénient, on place à nud sur les gencives le point d'appui de cet instrument, on doit s'attendre à une profonde contusion, non seulement des gencives, mais même du périoste et de l'os. [...] Ces accidents sont également à craindre de tout autre instrument dont le point d'appui serait sur les gencives, comme le levier droit ou la clef anglaise » (1802, p. 47) Pendant très longtemps le davier ne servait pratiquement qu'à « dégager une dent luxée ou sortie de son alvéole » (Gariot, 1805, p. 284), car il « pouvait briser la dent au collet [...] tendant à faire l'office de pince coupante » (Lefoulon, (?-1841), 1841, p. 295) (fig. 5, 6, 7, 8).

### Accidents et conséquences

Les auteurs redoutaient véritablement ces accidents et en répétant « sans trop s'effrayer » essayaient de répondre au mieux aux plus graves, hémorragies ou grands délabrements, mais aussi à des accidents nerveux signalés à partir de la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle et « capables d'effrayer le novice », (Désirabode (1781-1851), 1845, p. 491).



Figure 7. Pélican, début XIXe s. (coll. priv. Turin)



Figure 6. Daviers pour molaires supérieures, 1<sup>ère</sup> moitié du XIXe s. (Musée AP-HP, © F. Marin)

### Hémorragies et grands délabrements

Hémard rapporte qu'il « y en a qui vont si lourdement qu'ils emportent un morceau de la mâchoire » et recommande de « presser bien fort la gencive dillaceree, après avoir laissé fluer un peu de sang, afin que l'aymorrogie ne s'irritat davantage comme il advint une fois à ma douce mère, à laquelle ayant été arrachée une dent sans lui serrer la gencive, il lui survint une telle aymorrogie, qu'elle en eust finis ses jours, sans l'aide du cautère actuel », (1582, p. 74).

Bourdet précise qu'il « faut d'abord, sans s'effrayer, enlever les caillots de sang qui sont quelquefois fort gros pour s'assurer d'où il sort. Si le sang vient du fond de l'alvéole on a de la charpie toute prête dont on fait un petit tampon enveloppé de vitriol en poudre puis trempé dans du vinaigre » (1757, T. II, p. 163). Duval relate deux accidents tragiques. « Mon collègue Thillaye a été dernièrement consulté pour un malade à qui on avait emporté une partie de l'arcade dentaire et la paroi inférieure du sinus maxillaire ; il en était résulté une hémorragie, du gonflement, et une communication immédiate entre la bouche et cette cavité qui est un prolongement des narines. J'ai vu la dent, elle était saine et entourée d'une grande portion de l'arcade dentaire » (p. 32). « En 1779, j'ai vu périr un de mes frères, dix-huit mois après l'extraction d'une dent : on avait emporté une grande portion de la paroi du sinus maxillaire ; les alimens passaient dans cette



Figure 8. Clef, 1<sup>ère</sup> moitié du XIXe s. (Cliché ASPAD)

cavité. Les souffrances, la longueur du traitement et le chagrin avaient empoisonné ses jours » (p. 78).

## Accidents nerveux et psychosomatiques

Rappelons que c'est au cours de la deuxième moitié du XVIII<sup>e</sup> siècle que les manifestations nerveuses sous forme de vapeurs ou de vulnérabilités excessives réservées jusque-là à la société aristocratique vont se développer au sein d'une population dont les conditions et l'espérance de vie se sont progressivement améliorées. Dès le début du XIX<sup>e</sup> siècle les auteurs deviennent désormais attentifs à ces sortes d'accidents. « La douleur est quelquefois si excessive qu'elle apporte du dérangement dans l'économie animale. Il y a des personnes qui tombent subitement en défaillance, perdent connaissance et ont des sueurs froides [...] D'autres éprouvent un tremblement universel et même quoique rarement des mouvements convulsifs. Les femmes y sont plus exposées que les hommes. [...] C'est particulièrement les personnes sujettes aux maladies de nerfs qui souffrent le plus de l'extraction des dents » (Duval, p. 68-70).

« On a vu même des suppressions de règles, des avortements survenir immédiatement après l'extraction d'une dent, lorsque cette opération avait été faite en quelque sorte contre la volonté de la personne. Nous sommes loin de prétendre qu'il soit au pouvoir du dentiste d'éviter une semblable douleur [...] ; mais par son adresse il peut la rendre moins vive. » (Maury (1786-1840), 1828, p. 258)

## Quand ne pas intervenir ?

Ces derniers accidents nerveux pas seulement « capables d'effrayer le novice » vont conduire le dentiste à essayer de les prévoir.

« Il doit en outre être assez physionomiste pour reconnaître au premier coup d'œil l'état physique et moral de son client, et assez prudent pour ne procéder à son opération que lorsqu'il sera certain qu'il peut la faire sans inconvénients. C'est surtout lorsqu'il s'agit de faire l'extraction des dents que le dentiste doit avoir des manières douces et persuasives » (Maury, 1828, p. 258-259)

« Il est d'ailleurs certaines dispositions morales de la personne qui souffre, qui doivent faire un devoir au dentiste de s'abstenir d'opérer, et qu'il doit s'exercer de bonne heure à reconnaître, afin de s'éviter les embarras pouvant résulter d'une opération incomplète ou trop douloureuse [...] le cabinet du dentiste doit être garni de plusieurs flacons de sels volatils » (Désirabode, 1845, p. 493).

## Dire ou ne pas dire

Enfin doit-on informer le patient d'une difficulté avérée ou d'un geste malheureux ? Les avis divergent. On a vu Fauchard se garder de dire qu'il avait enlevé une bonne pour la mauvaise ... ou d' « intimider » son patient lorsque l'extraction s'annonce périlleuse. Pour Duval : « Il est d'un homme sage et instruit d'examiner les avantages et les inconvénients d'une opération et de

les faire connaître, sinon au malade, du moins aux assistants » (Duval, 1802, p. 14). Mais Laforgue (?-1816) est d'avis de ne rien dire « quand toute la masse fracturée vient avec la dent [...] Pendant que les malades crachent le sang, l'opérateur sépare la gencive de l'alvéole, laisse l'alvéole avec la dent et la donne au malade sans la gencive, qu'il faut lui soustraire à la vue, en lui faisant observer que les obstacles venaient de cette adhérence et non de son procédé », (1802, p. 213-214).

## Conclusion

Pour conclure, Joseph Fox (1776-1816) récapitule les conditions mentales requises pour éviter des accidents « Pour bien extraire une dent, il faut être ferme et se bien posséder. Avec ces qualités le chirurgien ne se troublera jamais au point de prendre une dent saine pour une dent malade, et n'agira jamais avec cette précipitation qui expose souvent la santé de la personne qu'on opère ». Ces recommandations livrent en filigrane toute l'angoisse qui devait fréquemment étreindre nos prédécesseurs travaillant sans aucun moyen d'investigation valable et avec des instruments pour la plupart peu adéquats. Nous ne pouvons que mesurer leur courage qui était à l'égal de ceux qui se confiaient à eux.

## Notes

1. « On doit racler la dent tout autour pour en détacher la gencive, puis la secouer jusqu'à ce qu'elle soit devenue mobile : car l'avulsion d'une dent adhérente est très dangereuse, et détermine même parfois la luxation du maxillaire inférieur. [...] Alors si c'est possible, on extrait la dent avec les doigts ; si nécessaire, avec une pince. [...] S'écoule-t-il plus de sang que de coutume ? on est tout de suite certain qu'il y a fracture de l'os, il faut alors avec un stylet rechercher l'esquille détachée et la retirer à l'aide d'une pince ; si elle ne vient pas, on incise la gencive jusqu'à ce que le fragment d'os mobile se laisse enlever » (Celse, « Des dents qui remuent », Livre VII, chap. XII, p. 502).

2. « Une fois que vous êtes bien certain de l'identité de la dent douloureuse, il faut inciser tout autour avec un bistouri d'une certaine force et écarter la gencive de tous les côtés. Vous agirez ensuite sur la dent avec le doigt ou avec des pinces légères, petit à petit jusqu'à ce qu'elle branle. Saisissez là avec de fortes pinces, après avoir placé la tête du malade entre vos genoux et l'avoir fixé, de manière qu'il ne puisse remuer. Tirez sur la dent dans le sens de sa longueur pour ne pas risquer de la rompre » (La chirurgie d'Abulcasis, p. 98-100).

3. (Duval, p. 94-95).

- Des accidents qui n'appartiennent qu'aux dents.
- Résistance insurmontable : instruments forcés ou rompus.
- Extraction difficile ou imparfaite dépendant de la conformation des racines.

- Dents adhérentes.
- Ruptures des dents, leur fragilité ; débris de racines.
- Dents enfoncées dans le sinus maxillaire.
- Dents voisines « branlées ou culbutées ».
- Continuité de substance entre plusieurs dents.
- Bonne dent ôtée pour une mauvaise.
- Méprise à l'égard des secondes dents.
- Des accidents qui dépendent de la lésion des parties molles ou osseuses.
  - Fractures des alvéoles ; esquilles.
  - Lésion du sinus maxillaire.
  - Ouverture naturelle de ce sinus ; écoulement du mucus.
  - Fracture de la mâchoire inférieure. Douleur.
  - Luxation de la mâchoire inférieure.
  - Contusion et déchirure des gencives.
  - Plaie des joues et de la langue.
  - Hémorragie ; ses causes et ses espèces.
  - Fluxions ; abcès.
- Dérangements de la santé produits par l'extraction des dents.
  - Défaillance ; convulsions ; épilepsie ; tics douloureux.
  - Fausses couches ; évacuation périodique dérangée.
  - Larmolement involontaire ; ophtalmie.
  - Mort attribuée à cette opération.

4. « L'introduction de l'instrument que l'on a désigné sous le nom de davier anglais a produit en odontotechnie une véritable révolution, il offre sur les anciens des avantages immenses et incontestables, et n'expose les patients à aucune des nombreuses chances d'insuccès et d'accidents qu'ils avaient si fréquemment à courir. [...] Ce qui nous a étonné, c'est de voir que les instruments dont nous nous servions étaient presque inconnus de la plupart des praticiens », (Bygrave, p. 7-9).

5. « Le mal n'est pas aisé à apercevoir, principalement si la carie est située vers le collet d'une Dent. Il n'y a donc d'autre moyen pour reconnaître l'endroit malade que d'y porter une sonde bien déliée et qui puisse se courber tantôt d'un côté, tantôt d'un autre. Quelquefois les dents sont si serrées [...] qu'il faut interroger toutes les Dents les unes après les autres, en frappant un petit coup sur chacune avec un instrument convenable. Celle qui se trouvera affectée, sera sûrement la plus sensible ». (Bourdet, 1757, T II p. 121)

6. « J'ai une fois arraché une grosse dent à un soldat aux Gardes qui souffroit si cruellement, qu'il ne voulut pas me donner le tems d'examiner si cette dent étoit celle qui lui causoit de si grandes douleurs : à peine fut-elle hors de sa bouche que je vis qu'elle étoit belle & bonne, mais sa voisine étant gâtée, causoit tout le désordre. La douleur qu'il ressentit d'arracher une bonne dent, engourdit & calma pour quelque tems le véritable mal, qui recommença avec tant de violence au bout d'une heure, que le soldat vouloit se jeter dans la rivière. Je lui ai arraché cette seconde dent,

qui n'étant pas moins grosse que la première, fit une brèche considérable, mais il fut si soulagé qu'il s'endormit peu de tems après. Il survint une hémorragie qui pensa l'étouffer, parce que comme le malade dormoit, il avala beaucoup de sang & en baigna une partie de son lit, etc. » (L'issue faillit être fatale : deux chirurgiens consultés en l'absence de Garengot échouent à endiguer l'hémorragie avec des « eaux stiptiques ». Rappelé, l'auteur en viendra à bout avec des tentes et des compresses après nettoyage des alvéoles), (Garengot, 1727, p. 67).

7. « La fille cadette de M. Tribuot, alors âgée de 18 ans [...] Elle me promit d'observer ce que je lui demandais ; mais lorsque j'eus porté l'instrument sur la dent, & que je voulus donner le mouvement de poignet pour l'ôter, sa crainte l'engagea à me saisir le bras avec force, à tourner & retirer la tête ; ce qui fit que l'instrument glissa malgré moi sur la petite molaire, sa voisine, & qu'il l'emporta. Je ne me déconcertai point, je redoublai dans le moment mon coup de main & j'ôtai aussi celle qu'il s'agissait d'ôter. Cela fit croire à cette personne que cette dent avoit été manquée la première fois. Je lui remis promptement la dent saine que je tenois dans ma main, sans lui dire pour lors qu'elle avoit été entièrement tirée ; je lui fis croire qu'elle n'était qu'ébranlée. J'assujettis cette dent à sa voisine par le moyen d'un fil ciré & qu'après que ce fil eut resté huit à dix jours, elle se trouva si bien raffermie, sans avoir changé de couleur, qu'il ne paroît pas aujourd'hui qu'elle ait été tirée de son alvéole » (Fauchard, 1728, T I, p. 380-382, Observation IV).

8. « Si on voit qu'elles tiennent peu, seront poussées & jettées hors avec un poussoir », sinon, « on prendra un daviet, lequel est propre à rompre la dent qu'on veut rompre. Ou bien « on s'aidera des policans selon que le dentateur se sera exercé à tirer des dents ; car véritablement il faut être bien industrieux à l'usage des policans, à cause que si on ne s'en scait bien aider, on ne peut faillir à jeter trois dents hors la bouche & laisser la mauvaise & gastée dedans » (Paré, 1573, p. 354-355).

## Bibliographie

ABULCASIS, *La chirurgie d'Abulcasis*, trad. Lucien Leclerc, Paris, J.-B. Baillière, 1861

BOURDET É., *Recherches et observations sur toutes les parties de l'art du dentiste*, Paris, Jean Thomas Hérisant, 1757.

BYGRAVE M., *Quelques considérations sur l'extraction des dents, les inconvénients de la clef de Garegeot et la supériorité des daviers anglais*, Paris, l'auteur, 1859.

CELSE A.C., *Traité de médecine*, traduction nouvelle par le Dr A. Védrenes, Paris, Masson, 1876  
DÉSIRABODE A. M., *Nouveaux éléments complets de la science et de l'art du dentiste*, 2e édition, Paris, Labé, 1845.

DUVAL J.-R., *Des accidents de l'extraction des dents*, Paris, A. Koenig, Croullebois, 1802.

FAUCHARD P., *Le Chirurgien Dentiste ou Traité des Dents*, Paris, Jean Mariette, 1728. 2e éd., Pierre-Jean Mariette, 1746.

FOX J., *Histoire naturelle et maladies de dents de l'espèce humaine*, (trad. Lemaire), Paris, Bechet jeune, 1821.

GARENGEOT R. J. Croissant de, *Nouveau traité des instruments de Chirurgie les plus utiles*, T II, Paris, Guillaume Cavellier, 1727.

GARIOT J.-B., *Traité des maladies de la bouche*, Paris, Duprat-Duverger, 1805.

GUILLEMEAU J., *Les Œuvres de chirurgie*, dernière édition, Paris, Nocilas Buon, 1602.

HÉMARD U., *Recherche de la vraie anathomie des dents, nature et propriété d'icelles*, Lyon, Benoist Rigaud, 1582.

Réédition Rodez, Société des lettres, sciences et arts de l'Aveyron, 2009.

LAFORGUE L., *L'art du dentiste*, Paris, Crouillebois, 1802.

LEFOULON P.-J., *Nouveau traité théorique et pratique de l'art du dentiste*, Paris, Fortin, Masson, 1841.

MAHON le Citoyen L.-A., *Le dentiste Observateur*, Paris, Millet, Mequignon, Morin, 1797.

MARTINEZ DE CASTRILLO F., *Coloquio breve y compendioso sobre la materia de la dentadura y maravillosa obra de la boca*, Valladolid, Sebastian Martinez 1557. *Dialogue bref et concis sur la denture et ce chef d'œuvre qu'est la bouche*, édition de M. Ruel-Kellermann, Gérard Morisse, Collection Pathographie - 5, Paris, De Boccard, 2010.

MAURY J.-C. F., *Traité complet de l'art du dentiste d'après l'état actuel des connaissances*, Paris, Gabon, 1828.

PARÉ A., *Deux livres de chirurgie*, Paris, André Wechel, 1573.