

Bibliothèque numérique

medic@

**Heydenreich, A.. - Des accidents
provoqués par l'éruption de la dent de
sagesse**

1878.

***Paris : A. Parent, imprimeur de
la Faculté de médecine***
Cote : 90975

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DES

ACCIDENTS PROVOQUÉS PAR L'ÉRUPTION

LA DENT DE SAGESSE

PRÉSENTÉE AU CONCOURS POUR L'AGRÉGATION

(Section de chirurgie et d'accouchements)

et soutenue à la Faculté de médecine de Paris

Le ~~docteur~~ est une époque de crise, portant avec elle
ses malheurs, mais il n'en est pas moins l'espri-

PAR

LE DR A. HEYDENREICH

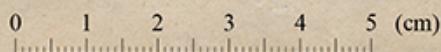
Aucien interne lauréat des hôpitaux de Paris,
Lauréat de la Faculté de Paris et de l'ancienne Faculté de Strasbourg,
Membre de la Société anatomique.



PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 29 ET 31

1878



— 2 —

DES ACCIDENTS PROVOQUÉS PAR L'ÉRUPTION

DE LA DENT DE SAGESSE

INTRODUCTION

La dentition est une époque de crise, portant avec elle ses accidents et ses dangers. Chez l'enfant, dont l'organisation délicate ressent particulièrement le contre-coup de ce travail de formation, ce sont les désordres généraux qui dominent; à tel point que les tables de mortalité mettent sur le compte de la dentition plus de 4 pour 100 du nombre total des morts au-dessous d'un an, et plus de 7 pour 100 entre ce dernier âge et 3 ans. Toutefois ces chiffres ne doivent être accueillis qu'avec une extrême réserve, les médecins ayant une certaine tendance à accuser l'éruption des dents de complications qui lui sont parfaitement étrangères.

A l'époque de la seconde dentition, l'enfant offre une Heydeinreich.

1.

résistance plus grande; il a perdu en grande partie cette susceptibilité si redoutable, spéciale aux premières années de la vie. Aussi la seconde dentition, quoique plus généralement accompagnée de douleurs que la première, détermine-t-elle rarement des accidents fâcheux; il est exceptionnel surtout qu'elle mette en danger les jours du malade.

Cependant, parmi les dents permanentes, les dernières grosses molaires, ou *dents de sagesse*, diffèrent des autres par la fréquence relative des accidents que provoque leur éruption: accidents habituellement locaux, quelquefois réflexes qui peuvent, si leur cause est méconnue, avoir, dans certains cas, des conséquences d'une extrême gravité.

Il est assez étonnant que ce sujet n'ait pas attiré davantage l'attention des chirurgiens. Les accidents provoqués par l'éruption de la dent de sagesse paraissent avoir été fort longtemps négligés ou méconnus. Il est probable que les désordres légers, dont la cause était évidente, étaient dédaignés par les médecins et abandonnés aux dentistes, tandis que les troubles plus graves n'étaient pas rapportés à leur réelle origine.

Un auteur du seizième siècle, Urbain Hémard (*Recherche de la vraye anatomie des dents, nature et propriété d'icelles*, Lyon, 1581), consacre quelques mots à la question. Après avoir fait remarquer que les troisièmes grosses molaires sont loin d'être constantes, fait déjà signalé par Galien, il continue en ces termes:

« Ces quatre dernières macheclières donques restent à sortir de dehors leurs estuets et alvéoles, jusques à la troisième septaine d'ans, qui est en l'an vingt et unième qu'on commence à se façonneur homme, à d'autres à trante, à autres à quarante, et s'il faut adjouter foy au

« dire de Pline qui raconte d'un certain Mutianus, qui a
« veu un nommé Zancles en l'isle de Samotrace, auquel
« les dents estoient revenues en l'aage de cent et quatre
« ans, il est bien à supposer que cestoit plus tost quelcune
« de ses quatre dernières, que des autres, puis qu'elles sont
« à quelques uns fort tardives à se montrer.

« Avicenne tient avecq la plus part des anciens, que ses
« quatre dernières dents sont poussées hors des gencives
« au temps que l'homme commence d'entrer en sa gail-
« lardise et se rendre apte en la génération, qui est de
« vingt et un à trente ans, donnent aux dictes un nom
« fort propre et convenable, il les appelle en son Arabe
« (Alhalin) qui signifie (selon la version d'Andreas Bellu-
« nencis) deuts de prudence et de discrétion, parce que en
« cest aage l'homme doibt avoir jugement.

« Ces dents en leur sortie font une extrême douleur,
« laquelle abuse souvent les médecins et chirurgiens s'ilz
« ny sont bien advisez, d'autant qu'ils cuident que cestel
« douleur se fasse par un rheume, et defluxion sur les
« dents, et pour ce regard ordonnent remèdes purgatifs
« pour évacuer les causes de telle fluxion, mais telle pur-
« gation se fait en vain.

« D'autant que la douleur procède de la forte tencion de
« la gencive, laquelle estant dedja fort endurcie et calluse
« en cest aage, ne peut estre si facilement percée de la
« dicte dent, sans faire une douleur bien grande, ce que
« Vesale, un des premiers anathomistes de nostre temps,
« confesse avoir senti et expérimenté en sa personne lors
« qu'il escrivoit ses livres de la composition et fabrique
« du corps humain. »

Dans l'ouvrage de Fauchard (*Le Chirurgien dentiste*, Paris, 1746), il n'est pas fait mention des accidents dus à l'éruption de la dent de sagesse. Fauchard se borne à

donner l'observation de la fille d'un gentilhomme de Poitiers, qui souffrit pendant un an de douleurs violentes, occasionnées par la dernière dent molaire du côté droit de la mâchoire supérieure. Elle avait été un mois entier sans pouvoir ouvrir la bouche, ni prendre d'autre nourriture que des aliments liquides. La dent de sagesse avait causé des ulcérations et des excroissances calleuses aux gencives et à la joue. Fauchard arracha cette dent, et la trouva un peu cariée à son collet et à la partie extérieure de l'extrémité de son corps; peu de jours après l'extraction, la malade fut parfaitement guérie.

S'agissait-il d'un accident lié à l'éruption de la dent de sagesse? Et celle-ci, ainsi que cela arrive assez souvent, s'était-elle cariée au moment où elle faisait effort pour percer la gencive? L'observation ne nous permet pas d'éclaircir ce point.

John Hunter, dont le *Traité des dents* remonte à 1771 (1), consacre quelques lignes aux accidents qui accompagnent la sortie des dernières molaires. Mais il ne parle que des lésions des parties molles.

Jourdain (*Traité des maladies et des opérations réellement chirurgicales de la bouche et des parties qui y correspondent*. Paris, 1778) s'étend plus longuement sur la question, et entrevoit les accidents osseux.

Mais il faut arriver au mémoire de Toirac (*Mémoire sur les diverses espèces de déviations dont est susceptible la dernière dent molaire, et sur les accidents qui peuvent accompagner sa sortie*, in *Revue médicale*, 1828, t. I, p. 396), pour voir les faits prendre plus de précision, et les indications thérapeutiques formulées avec rigueur.

A partir de cette époque, les observations se multiplient,

(1) John Hunter. *Oeuvres complètes*, traduction de Richelot, 1839, t. II.

sans cependant qu'il paraisse sur ce sujet un travail d'ensemble d'une certaine importance. Il serait fastidieux de faire l'énumération de toutes les publications qui traitent de cette matière. Aussi me bornerai-je à ce court aperçu historique, me réservant de citer, dans le cours de la description qui va suivre, les sources où j'aurai puisé et les auteurs à qui j'aurai fait des emprunts.

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

Pour bien comprendre les causes des accidents qui peuvent survenir à l'époque de l'éruption de la dent de sagesse, il est nécessaire que nous jetions un coup d'œil rapide sur le développement et l'anatomie de cet organe, ainsi que sur les modifications que l'on constate autour de lui au moment de son éruption.

Le développement des dents, soit temporaires, soit permanentes, traverse deux phases bien distinctes. Dans une première période, *période d'évolution*, les tissus dentaires se constituent, la couronne prend sa forme définitive. Dans une seconde période, *période d'éruption*, la dent, primitivement entourée de son sac folliculaire et renfermée dans l'épaisseur du maxillaire, perce les parties molles qui la recouvrivent, et vient prendre sa place dans la rangée dentaire.

Je ne suivrai pas les différentes phases de l'évolution dentaire. Il résulte des recherches de Legros et Magitot (1) que la première ébauche du follicule apparaît par un *cordon* émanant de la couche épithéliale de la muqueuse gingivale. L'extrémité du cordon, appelée à former l'*organe de l'email*, se renfle et va à la rencontre d'un nouvel organe qu'elle ne tarde pas à recouvrir : c'est le *bulbe dentaire*, qui est apparu au sein du tissu embryonnaire, sur un point voisin du renflement du cordon épithélial. Enfin la paroi

(1) Journ. de l'anat. et de la phys. de Ch. Robin, 1873, p. 449.

folliculaire résulte d'une émanation directe des éléments du bulbe; elle se détache de la base de ce dernier, pour s'élever sur les côtés jusqu'au sommet du follicule, où, se réunissant à elle-même, elle constitue le *sac folliculaire*. A la clôture du follicule correspond la rupture du cordon épithéial.

Chacune des dents permanentes, qui sont précédées de dents temporaires, a pour origine un cordon, qui n'est qu'un diverticulum du cordon de la dent temporaire correspondante. Le cordon de la première molaire permanente naît, vers la dix-septième semaine, à l'extrémité de la lame épithéliale, qui a donné naissance aux cordons des dents temporaires. Ce cordon de la première molaire présente, chez un nouveau-né de deux à trois mois, un prolongement cylindrique dirigé horizontalement en arrière, et terminé par une extrémité arrondie : c'est le premier début du follicule de la seconde molaire permanente. Enfin c'est vers la troisième année que le bourgeon épithérial, destiné à former la dent de sagesse, se détache du cordon de la deuxième molaire. Cette dernière date est à peu près certaine ; en tout cas il est hors de doute que, vers la douzième année, un petit chapeau de dentine est visible sur la future dent de sagesse. Le cordon épithérial de la troisième grosse molaire, une fois formé, se dirige horizontalement en arrière dans la gouttière maxillaire, pour s'arrêter au point où doit commencer la formation du follicule.

La raison de ce fait, que les trois grosses molaires se montrent tardivement et successivement, réside dans cette considération qu'elles ne peuvent se développer, avant que la substance osseuse des mâchoires leur fournisse, au fur et à mesure de son augmentation concomitante de volume, la place où elles doivent grandir.

En effet, si l'on examine la bouche d'un enfant de douze

à treize ans, immédiatement après l'éruption des deuxièmes molaires, les arcades dentaires paraîtront complètement occupées. A la mâchoire inférieure, la dernière dent de chaque côté touche la base de l'apophyse coronoïde ; et à la mâchoire supérieure elle occupe l'extrémité de la portion alvéolaire du maxillaire. A ce moment les follicules des troisièmes molaires occupent la position que tenaient ceux des deuxièmes molaires, au moment où les premières molaires quittaient leurs cellules osseuses et siégeaient à l'extrémité postérieure du bord alvéolaire.

Mais pendant le temps que mettra le sujet à atteindre sa seizième ou sa vingtième année, les mâchoires s'allongeront postérieurement et dans une étendue suffisante pour loger quatre nouvelles dents dans les arcades dentaires. Étudions rapidement ces modifications que subissent les parties osseuses.

Si l'on compare le maxillaire inférieur d'un fœtus de neuf mois avec celui d'un enfant de sept ans, on constate que, sur ce dernier, le segment d'os, situé au-dessous de la portion antérieure du canal dentaire inférieur, a plus que doublé de hauteur. Mais à l'âge de sept ans, ce segment a atteint son développement maximum en hauteur, ou peu s'en faut. Quant à la portion située au-dessus du canal dentaire, ou portion alvéolaire, elle n'atteint son plein développement qu'après l'éruption des dents permanentes, et tend à disparaître, aussitôt que les dents se perdent.

Quant à l'accroissement de la mâchoire inférieure dans le sens postérieur, on peut admettre, pour faciliter la description, qu'il se fait en trois points : dans le cartilage subarticulaire du condyle, dans le périoste qui recouvre l'apophyse coronoïde, enfin dans le périoste qui revêt l'angle de la mâchoire. Je m'abstiendrai d'entrer dans aucun détail à ce sujet, excepté en ce qui concerne l'apophyse

coronoïde, que son voisinage avec la dent de sagesse rend particulièrement intéressante.

Or en ce point, si le développement de l'os se faisait sur tout le pourtour de l'apophyse, et si les parties osseuses ainsi formées se conservaient intégralement, la largeur de la branche montante du maxillaire serait telle, que cette branche s'avancerait sur le bord alvéolaire. Aussi trouver-t-on, sur le bord antérieur de l'apophyse coronoïde, des indices de résorption du tissu osseux ; tandis que des marques évidentes de développement osseux, se voient sur le bord postérieur. Les follicules des dents molaires permanentes se forment, dans le principe, en dedans de la crête osseuse qui constitue extérieurement la base de l'apophyse coronoïde, crête qui se continue avec la ligne oblique externe de la mâchoire. Or la résorption dans ce voisinage paraît s'arrêter court avant d'atteindre la base proprement dite, et elle laisse une trace de cette crête.

Si maintenant nous passons aux phénomènes, dont la mâchoire supérieure est le théâtre pendant la dentition, il faut remarquer tout d'abord que le sphénoïde est le centre autour duquel se développent tous les autres os de la face. De l'âge de sept ans à celui de vingt et un ans, les apophyses ptérygoïdes se développent du tiers de leur longueur définitive. D'autre part, à l'âge de sept ans, la surface antérieure de l'apophyse ptérygoïde se trouve séparée de la première molaire permanente à peine par un espace de 6 millimètres, et la deuxième molaire naissante est logée dans la tubérosité maxillaire, extérieure en grande partie aux apophyses sphénoidales. Avant que la forme adulte soit acquise, il faut que l'espace s'accroisse au moins des deux tiers, en même temps que les apophyses ptérygoïdes, dont la direction générale demeure invariable, augmentent de longueur.

La tubérosité est au maxillaire supérieur ce que la base de l'apophyse coronoïde est au maxillaire inférieur : c'est à partir de ce point que s'allonge la ligne alvéolaire. Dès l'expiration de la douzième année, la distance entre l'apophyse ptérygoïde et la première molaire a augmenté suffisamment pour permettre à la deuxième molaire de prendre sa place dans la rangée dentaire ; et vers la vingtième année, la troisième molaire occupe ordinairement sa position normale.

Concurremment avec le développement de la tubérosité, les os maxillaires supérieurs progressent en avant ; en même temps un travail de résorption fait disparaître la surface antérieure du bord inférieur de l'apophyse malaire, et celle-ci se trouve ainsi rejetée en arrière. Ainsi, à l'âge de sept ans, ce bord est situé immédiatement au-dessus du tiers antérieur de la première molaire ; à vingt et un ans, il occupe une position semblable à l'égard de la deuxième molaire ; pendant cette période, il s'est donc retiré d'une quantité égale à la largeur d'une dent.

Nous venons de passer en revue la série des phénomènes qui, du côté des mâchoires, préparent pour ainsi dire l'éruption des dents de sagesse. Voyons maintenant par quel mécanisme s'opère cette éruption.

Au moment où l'évolution dentaire a parcouru ses trois premières périodes, désignées par M. Broca sous le nom de *périodes embryoplastique, odontoplastique et coronaire*, la couronne de la dent est complètement formée ; elle s'étend jusqu'à la base de la pulpe, et atteint par conséquent le niveau de l'insertion circulaire du col du follicule sur cette base. Cette limite, que la couronne ne peut pas dépasser, constitue le collet de la dent ; et l'on voit qu'à cette époque la base de la pulpe, le collet de la dent et le col du follicule sont situés exactement sur le même niveau. Mais, pendant

la *période radiculaire* qui s'ouvre alors, on voit le collet de la dent s'élever au-dessus du col du follicule, à mesure que la racine se forme. D'ailleurs le col du follicule ne cesse pas d'embrasser étroitement la base de la pulpe, et c'est au niveau de cette base que se passent tous les phénomènes de la formation des racines.

Voici comment s'accomplit ce travail. La pulpe, ne pouvant plus s'accroître en largeur, grandit exclusivement dans le sens de la hauteur; et, par son allongement, elle soulève nécessairement la couronne; de telle sorte que le collet s'écarte du col du follicule. Cependant, à mesure que la pulpe s'accroît, l'ivoire de la couronne s'étend continuellement à sa surface, et la recouvre complètement; aussi, grâce à ce mécanisme, la base de la coque d'ivoire correspond toujours exactement à la base de la pulpe, et la dentine naissante est en contact avec le col du follicule. C'est au niveau de ce dernier que se forme le cément déposé par le col du follicule, à mesure que la racine se développe. Le cément, chez l'homme, n'existe que sur la partie radiculaire de la dent; il constitue sur la racine une écorce de tissu osseux, et adhère intimement à l'ivoire qu'il recouvre.

On voit donc que c'est au niveau du col du follicule que se produisent simultanément, au fur et à mesure que la racine s'allonge, l'ivoire fourni par la pulpe et le cément fourni par le col. Habituellement, en s'accroissant, la racine se resserre de plus en plus sur la base de la pulpe, et cette base finit par être réduite à un très-mince cordon vasculaire et nerveux. A ce moment la racine est complète; sa longueur et celle de la dent ne changeront plus.

Mais cet allongement de la racine n'a pu s'effectuer sans avoir d'importantes conséquences. En effet, l'espace occupé primitivement par la dent, lorsque sa couronne était seule

formée, devient trop restreint; d'autre part, la racine, ne pouvant s'enfoncer dans la mâchoire, où elle rencontre un tissu osseux résistant, communique à la dent tout entière un mouvement lent de translation vers la gencive. De la sorte, la racine prend dans l'alvéole la place qu'y occupait la couronne, et celle-ci traverse tout à la fois la gencive et la paroi folliculaire pour faire saillie sur le bord alvéolaire.

Tel est le mécanisme de l'éruption. Chez l'homme, elle ne commence qu'à l'époque où le développement de la racine est assez avancé pour que le pédicule de la pulpe soit fort rétréci; et les dents achèvent leurs racines avant de compléter leur éruption. D'ailleurs, au moment de sa perforation, la gencive, primitivement dure, solide et blanchâtre, devient rouge, tuméfiée et sensible; et elle se rétracte sur elle-même quand la couronne est apparue au dehors. Quant à la partie du sac, qui persiste autour du collet et de la racine, elle devient le périoste alvéolo-dentaire.

Il nous reste à dire quelques mots sur les caractères présentés par la dent de sagesse. Cette dent est sujette à de grandes irrégularités de forme. La couronne, dans la plupart des cas, présente trois tubercules, c'est-à-dire un tubercule de moins que les autres grosses molaires; mais il est assez fréquent d'en rencontrer quatre et même cinq. Quant aux racines, c'est presque une exception de les trouver avec la forme type propre aux grosses molaires voisines, c'est-à-dire de les voir triples à la mâchoire supérieure et doubles à l'inférieure. Tantôt elles ont une tendance marquée à se réunir en un seul faisceau conique; tantôt elles présentent cinq ou six petites divisions, ou encore se terminent en disque cupuliforme; généralement

elles sont courtes, plus courtes même que celles d'aucune autre dent.

L'éruption de la troisième molaire, chez l'homme, est bien postérieure à celle de toutes les autres dents ; il en est de même chez les anthropoïdes, mais chez les singes la sortie de la canine est beaucoup plus tardive. Chez l'homme, la dent de sagesse ne paraît qu'après l'ossification de la suture basilaire, qui a lieu à l'âge de 18 ans. Chez les animaux, au contraire, elle achève son éruption avant que cette suture soit fermée, et il en est quelquefois de même chez le nègre. Elle apparaît, en moyenne, de 18 à 25 ans, rarement plus tôt, souvent beaucoup plus tard ; quelquefois elle manque toute la vie.

Quelques particularités ethnologiques de la plus grande importance se rattachent à la dent de sagesse. Tandis que dans la race blanche son volume est inférieur à celui des molaires précédentes, c'est la proportion contraire que l'on observe chez le nègre. Ce fait paraît se rattacher à cette loi générale que, dans les races orthognathes, les grosses molaires vont en diminuant de volume d'avant en arrière, au lieu qu'elles tendent à aller en augmentant dans les races entachées de prognathisme ; et cette gradation ascendante est la règle chez les singes anthropomorphes.

Chez l'homme de race blanche, les premières grosses molaires inférieures sont souvent pourvues de cinq tubercules. On retrouve cette disposition dans les races inférieures ; mais chez elles, de plus, la deuxième et fréquemment la troisième molaire présentent une configuration semblable : caractère qui rapproche ces races du gorille et du chimpanzé, chez lesquels les molaires sont pentacuspidées. D'autre part, chez les races sauvages les plus dégradées, les dents de sagesse ont leurs racines parfaitement distinctes.

Si l'on met en parallèle les irrégularités dans le volume, la forme, l'époque d'éruption des dents de sagesse chez les races supérieures avec leur volume considérable et leur forme régulière chez les races sauvages les plus inférieures; si, d'autre part, on oppose l'absence de dent de sagesse, qui n'est pas très-rare chez les premières, à l'augmentation du nombre des molaires, assez fréquente chez les secondes (qui, dans ce cas, se rapprochent des Lémuriens), ces caractères semblent indiquer que la troisième molaire tend à s'atrophier et à disparaître à mesure que l'on s'élève dans l'échelle des races humaines.

CHAPITRE II.

PATHOGÉNIE ET ÉTILOGIE.

La *pathogénie* des accidents provoqués par l'éruption des dents de sagesse découle directement des considérations anatomiques, dans lesquelles nous venons d'entrer; mais, avant d'aborder cette partie de notre sujet, il est nécessaire que nous disions un mot d'une question qui s'y rattache étroitement.

Nous avons vu que le développement des dents passe successivement par deux phases : une phase d'évolution et une phase d'éruption. Que la marche normale de la première de ces périodes vienne à être troublée par une cause quelconque, il en résultera des anomalies de développement, telles que les *hystes dentaires* et les *odontomes*. Dans ces cas, que devient la période d'éruption ?

Il est à remarquer que chez l'homme ces productions anormales, même les odontomes radiculaires qui sont les derniers à paraître, se forment toujours avant l'époque de l'éruption. Ainsi que le fait remarquer M. Broca, on peut ériger en principe invariable, que les odontomes ne peuvent naître que pendant les périodes de la formation et de la croissance des dents. Si cette règle paraît souffrir des exceptions, c'est parce que, chez certains animaux, comme le cheval et les rongeurs, la croissance ou, si l'on veut, la formation des dents, peut se prolonger bien au delà du terme de l'éruption. Chez l'homme, dont les dents achèvent leurs racines avant de compléter leur éruption,

l'extrême limite du début des odontomes est, pour chaque dent, l'époque où elle perce la gencive.

Il est évident que, pour les kystes sérieux d'origine dentaire, il ne peut être question d'aucun travail rappelant l'éruption; mais il n'en est pas de même pour les odontomes identifiés. Ces derniers peuvent percer lentement la gencive et effectuer une éruption plus ou moins comparable à celle d'une dent normale. Exceptionnelle pour les odontomes odontoplastiques, cette circonstance se rencontre bien plus souvent pour les odontomes coronaires diffus; enfin elle est à peu près constante pour les odontomes coronaires circonscrits et pour les odontomes radiculaires.

On conçoit sans peine que l'éruption d'une dent, dans de semblables conditions, doive être le plus souvent troublée par le développement de la tumeur, qui creuse dans l'épaisseur de l'os une cavité plus ou moins vaste, et qui d'ordinaire change même la direction de la couronne.

Il résulte de ces considérations que la dent de sagesse peut, par le fait d'un kyste de son follicule ou par le fait d'un odontome (lésions qui sont loin d'être rares), ou bien rester incluse dans l'épaisseur du maxillaire, ou au contraire accomplir son éruption, troublée, à des degrés divers, par le volume exagéré de l'organe, par l'irrégularité de sa forme, enfin par sa direction vicieuse.

Mais ce n'est pas tout. Une dent de sagesse, encore incluse dans la mâchoire, peut être arrêtée dans son éruption par un kyste et surtout par un odontome dépendant de la première ou de la deuxième grosse molaire. Je ne parle pas ici des cas où ces productions font avorter le germe de la dent de sagesse, ni même de ceux où elles envahissent l'alvéole de cette dent et finissent par englober cette dernière. Mais il arrive que l'éruption de la dent

de sagesse soit générée mécaniquement par la tumeur voisine, et rendue difficile ou même impossible; tandis que, dans d'autres cas, cette éruption se fait dans une direction vicieuse.

C'est par un mécanisme semblable qu'agirait toute tumeur occupant l'un ou l'autre des maxillaires dans le voisinage de la dent de sagesse, et se développant à l'époque de son éruption.

Mais ce sont là des causes qui n'agissent que dans des circonstances exceptionnelles; et d'autre part il y a, dans ces cas, une affection principale, qui domine la symptomatologie et la thérapeutique. Les obstacles, que peut rencontrer l'éruption de la dent de sagesse, ne sont que la conséquence de la lésion première; et c'est à cette dernière seule que doit s'attaquer le chirurgien. Aussi n'insisterai je pas plus longuement sur ces détails, pour aborder la pathogénie proprement dite des accidents qui nous occupent.

Nous avons étudié précédemment les conditions anatomiques, dans lesquelles s'accomplit l'éruption des dents de sagesse, et nous avons vu que, dans le cas de conformation normale des parties dures, les dents n'ont pas d'effort à accomplir contre les os; il leur suffit de percer le sac folliculaire et la gencive.

Or, nous remarquerons qu'à l'époque de la vie, où se fait l'éruption des dents de sagesse, les *gencives* ont acquis des qualités de solidité et de résistance, qui leur faisaient défaut pendant le jeune âge; et, pour peu que cette résistance soit exagérée, il en résultera une difficulté dans l'éruption et des troubles divers, qui auront pour point de départ l'irritation de la gencive. Ajoutons que fort souvent cette gencive est incessamment comprimée, mâchée pour ainsi dire, par la dent correspondante de l'autre maxillaire.

Heydenreich.

3

laire : nouvelle cause d'irritation qui vient s'ajouter à la précédente.

Dans ces circonstances réside fort souvent l'origine des accidents. Mais ces obstacles, dus aux parties molles, limitent ordinairement à ces dernières leur action nuisible. Les troubles qu'ils occasionnent peuvent, il est vrai, se propager plus ou moins loin sur les muqueuses, et avoir un retentissement ganglionnaire; mais il est rare qu'ils s'étendent aux os, ou du moins que ceux-ci soient atteints d'une manière profonde.

Un autre obstacle, que peuvent apporter les parties molles, tient à ce que, dans certains cas, la dent de sagesse est recouverte, soit en totalité, soit dans sa partie postérieure seulement, par le repli de la muqueuse qui réunit les deux maxillaires; la dent semble pousser alors dans leur épaisseur.

Supposons maintenant que les difficultés de l'éruption tiennent, non plus aux parties molles, mais aux parties dures, c'est-à-dire à une disproportion entre le volume de la dent de sagesse et l'espace qu'elle est destinée à occuper. Cette disproportion peut reconnaître pour cause, soit le volume exagéré de la dent, soit l'insuffisance d'espace du côté du maxillaire.

Il n'est pas très-fréquent de rencontrer des *dents de sagesse d'un volume excessif*, et l'hypertrophie porte le plus souvent sur la couronne seule. Tomes (1) cite le cas d'une dent de sagesse possédée par Canton, et ayant le double du volume ordinaire; toutes les autres dents étaient régulières. Forget (2) parle d'une dent de sagesse dont la couronne

(1) John et Charles Tomes. *Traité de chirurgie dentaire*. Traduct. franç., Paris, 1873.

(2) Am. Forget. *Des anomalies dentaires*. Mémoire couronné par l'Académie des sciences, 1859.

avait un volume double de l'état normal; elle était couchée dans la base de l'apophyse coronoïde, et avait occasionné une ostéite de la branche montante du maxillaire inférieur, qui fut réséquée par M. Maisonneuve.

L'hypertrophie pure et simple des racines est assez rare. Si la couronne peut sortir librement de la mâchoire, et trouve sur l'arcade dentaire un emplacement suffisant, peu importera que le faisceau radiculaire soit plus ou moins volumineux; il n'en résultera aucune conséquence fâcheuse. Mais si l'arcade dentaire n'est pas libre, et que la couronne soit arrêtée dans son mouvement de translation, le faisceau radiculaire amènera, par compression de l'os, des accidents d'autant plus graves que son volume sera lui-même plus considérable.

Ces dimensions exagérées de la dent de sagesse sont en somme des dispositions peu habituelles. Bien plus souvent c'est l'espace destiné à recevoir la dent, qui est insuffisant sur la mâchoire, et à ce point de vue il existe une différence notable entre le maxillaire supérieur et le maxillaire inférieur.

Sur ce dernier, l'espace, que doit occuper la dent de sagesse, est limité en avant par la deuxième grosse molaire, en arrière par le bord antérieur de l'apophyse coronoïde. Nous avons vu qu'immédiatement après l'éruption des deuxièmes molaires cet espace n'existe pas, et que ces dernières touchent alors la base de l'apophyse coronoïde; ce n'est que postérieurement que celle-ci se recule peu à peu par un travail de résorption. Or, supposons que ce travail soit interrompu dans son évolution, ou tout moins qu'il ne s'accomplisse que d'une façon incomplète, l'espace nécessaire à l'éruption de la dent de sagesse ne sera pas libre, et celle-ci ne pourra gagner le bord alvéo-

laire, ob. 100, d. 10 ; 1881, maxillaire droit, 1881 (1)
et. q. 1881, maxillaire droit, 1881

laire. Le même effet serait produit si la deuxième grosse molaire avait un volume excessif.

Lœwenhardt (1) signale une disposition de l'apophyse coronoïde qui a des conséquences semblables : c'est le cas où cette éminence forme un angle aigu avec le corps de la mâchoire, en même temps qu'elle devient convexe en dehors, de telle sorte qu'elle diminue dans deux directions à la fois l'espace destiné à la dent.

Enfin, avec une conformation normale de l'apophyse coronoïde, il peut arriver que le rapprochement des bords de l'alvéole suffise pour s'opposer à la sortie de la dent. Jourdain raconte que, dans des cas de ce genre, il fut obligé d'enlever des portions d'alvéoles, soit pour ouvrir le passage à la dent, soit pour pouvoir l'extraire.

A part cette dernière disposition, qui peut exister aussi à la mâchoire supérieure, les conditions diffèrent notablement dans celle ci. Evidemment l'espace situé entre la deuxième molaire et la partie la plus reculée du maxillaire supérieur peut être insuffisant ; mais au niveau de l'arcade alvéolaire il n'y aura pas d'obstacle analogue à l'apophyse coronoïde, et l'os opposera bien moins de résistance à la distension.

Quoi qu'il en soit, nous avons à nous demander ce que devient la dent de sagesse, lorsque, par une des causes que nous venons d'énumérer, son éruption rencontre, du côté des parties dures, des obstacles infranchissables. Nous prendrons comme type la dent de sagesse inférieure, qui est, dans la grande majorité des cas, la cause des accidents.

Lorsqu'elle est arrêtée par le manque d'espace dans sa marche ascendante, les racines n'en continuent pas moins

(1) Diagnostisch-prakt. Abhandl. Prentzau, 1838; et Arch. gén. de méd., 1840, 3^e série, t. VII, p. 119.

à croître, et la pression s'exerce tout à la fois, en haut dans la direction du bord alvéolaire, en bas du côté du corps du maxillaire. Cela suffit souvent pour provoquer l'explosion de phénomènes inflammatoires, tantôt franchement aigus, tantôt à marche lente et sourde. Il est cependant des sujets qui ne souffrent pas de ce travail, soit que l'os se laisse user progressivement sans déterminer de réaction, soit que l'accroissement de la dent se trouve arrêté, soit enfin que la couronne finisse par se faire jour en un point.

Il faut tenir compte ici, non-seulement des conditions locales, mais encore des susceptibilités individuelles ; car on peut voir des dispositions en apparence semblables avoir des conséquences tout autres chez deux sujets différents.

On a vu la dent de sagesse se développer au-dessous du bord alvéolaire, ou encore s'élever en partie dans la branche ascendante de la mâchoire ; et dans ce dernier cas la moitié de la couronne était recouverte de tissu osseux, tandis que la gencive coiffait l'autre moitié.

Dans ces deux formes, la dent se présente dans la ligne alvéolaire. D'autres fois, tout en conservant la direction verticale, elle n'occupe plus la partie alvéolaire de la mâchoire : elle occupe par exemple la branche ascendante. Sur une pièce offerte par Saunders au musée de la Société odontologique de Londres, on voit la dent de sagesse inférieure de chaque côté située très-haut dans la branche montante, la couronne arrivant presque au niveau de l'échancrure sigmoïde ; or l'état de l'os indique que, malgré leur position anormale, les dents n'ont pas été une source d'irritation.

Dans la majorité des cas, lorsque les dents de sagesse rencontrent des obstacles à leur éruption, siégeant dans les

parties dures, elles perdent la position verticale, et prennent une direction le plus souvent oblique.
A la mâchoire inférieure, c'est la *déviation en avant*, qui est la forme d'irrégularité la plus commune, et elle varie depuis une légère obliquité jusqu'à l'horizontalité complète. La déviation *en dehors* est moins fréquente; et l'on observe moins souvent encore des inclinaisons *en dedans* ou *en arrière*. Enfin Meckel (1) et Tomes citent chacun un cas, dans lequel la dent avait éprouvé un renversement complet, de telle sorte que la couronne était inférieure, et la racine dirigée vers la cavité buccale.

Par quel mécanisme se produisent ces déviations? Il est certain que, dans sa lutte contre les parties qui la brident, la dent de sagesse s'échappe du côté où la résistance est le plus faible. On comprend fort bien que le déplacement se fasse latéralement, où la dent ne rencontre qu'une lame assez mince de tissu osseux. S'il s'accomplit en dehors plus souvent qu'en dedans, la cause en est, selon moi, non pas dans les mouvements de la langue que l'on a invoqués, mais dans l'espace plus considérable qu'offre de ce côté l'arcade alvéolaire; il est à remarquer en effet que, par le fait même de la disposition circulaire de celle-ci, chaque alvéole présente une forme légèrement évasée en dehors.

Mais pourquoi voit-on si souvent la dent de sagesse s'incliner en avant? M. Comoy dans sa thèse (2) propose l'explication suivante, qui ne me semble pas à l'abri de tout reproche. D'après lui, lorsque l'insuffisance de place est peu sensible, l'éruption commence dans un espace rétréci supérieurement par suite de la forme conique à base

(1) Meckel. Manuel d'anatomie générale, 1825, t. III, § 2126.

(2) Comoy. Des déviations de la dent de sagesse inférieure et de leurs accidents. Thèse de Paris, 1876.

supérieure de la deuxième molaire; la dent, au moment où elle rencontre la résistance, s'incline alors en dehors. Si au contraire le manque d'espace est plus notable, c'est une déviation antéro-postérieure que l'on observe.

En effet, dit M. Comoy, la dent pousse, d'abord enclavée en partie ou en totalité dans la base de l'apophyse coronoïde, où elle trouve un tissu spongieux facilement dépressible. Mais cette apophyse s'amincit rapidement de bas en haut et arrive bientôt à n'être plus composée à son bord antérieur que de deux lames de tissu compacte, résistant. La couronne, avant d'être complètement expulsée de son alvéole, est arrêtée par le rapprochement de ces deux lames, et, ne pouvant plus pousser verticalement, se dévie.

A ce moment, d'après M. Comoy, si la deuxième molaire n'est pas trop rapprochée de l'apophyse coronoïde, la déviation se fait en avant, et la dent se trouve enclavée entre la deuxième molaire, contre laquelle elle butte par le sommet de sa couronne, et l'apophyse, qui l'empêche de retourner en arrière. Si, au contraire, la deuxième molaire est si rapprochée de l'apophyse, qu'elle ne permette de son côté aucune inclinaison de la dent, la déviation se fait en arrière; et en effet la branche montante présente un bord postérieur plus épais que l'antérieur, et contenant par suite du tissu spongieux susceptible de se laisser déprimer par la couronne. Toutefois, même dans ce cas, la dent ne peut se loger entièrement dans la branche ascendante, qui n'est pas assez spacieuse, et son éruption se trouve entravée.

Sans nous arrêter plus longtemps à cette interprétation, nous avons à nous demander si les déviations de la dent de sagesse inférieure peuvent avoir des conséquences graves, et de quelle nature seront les accidents ainsi produits.

Dans certains cas, les dents déviées (et le même fait s'observe également en l'absence de déviation) chassent devant

elles les deuxièmes molaires, et celles-ci profitent, pour s'avancer, de l'espace laissé libre par l'absence de l'une des dents précédentes; ou bien, ce qui n'est pas rare, l'arcade dentaire ne présentant aucun vide, les dernières molaires poussent en avant les dents situées au devant d'elles, en déplacent quelques-unes, ou forcent les incisives centrales à se croiser et à chevaucher ainsi l'une sur l'autre. Mais les choses peuvent se passer d'une façon toute différente.

Remarquons tout d'abord que l'alvéole, qui contient les racines, est formé par une lame de tissu compacte, tandis que le tissu osseux ambiant est spongieux. Aussi arrive-t-il que, dans certains cas, la compression exercée par les racines laisse l'alvéole sain, tandis que les parties spongieuses environnantes sont seules altérées. Il ne faut pas oublier non plus qu'une faible épaisseur d'os seulement sépare l'alvéole de la troisième molaire du canal dentaire inférieur; d'où la possibilité du rétrécissement de ce dernier, de son envahissement même, et l'apparition des névralgies.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur les rapports du maxillaire inférieur avec les parties voisines, nous voyons immédiatement que, dans les déviations en dehors ou en dedans, la dent de sagesse ne rencontrera que des parties molles, d'un côté la joue, de l'autre la langue; et nous aurons affaire à des accidents muqueux. Au contraire, dans les inclinaisons antéro-postérieures, la dent est toujours plus ou moins entravée dans sa sortie hors de l'alvéole; et, si les racines continuent à se développer, la compression, qui en sera la conséquence, provoquera des phénomènes inflammatoires dans le tissu osseux ambiant. La gravité des déviations antéro-postérieures est donc bien plus grande que celle des déviations latérales.

Je ne puis quitter ce sujet sans signaler l'importance

toute particulière des rapports qu'affecte la branche montante du maxillaire avec les muscles masséter et ptérygoïdien interne. Ils expliquent la facilité avec laquelle l'inflammation, partie de la dent de sagesse, se propage à ces muscles.

Dans la description qui précède, je ne me suis occupé que de la dent de sagesse inférieure, qui est la source habituelle des accidents. Je n'ai que peu de mots à ajouter en ce qui concerne la mâchoire supérieure.

La troisième molaire peut également n'y pas atteindre l'arcade alvéolaire, ou même être repoussée dans la partie postérieure de la tubérosité, au-dessus du niveau des alvéoles, tout en conservant la direction verticale. Quant aux déviations proprement dites, celle qui est la plus fréquente est l'inclinaison en dehors ; le déplacement en dedans est fort rare. On cite des cas où la dent de sagesse était dirigée obliquement en avant, et Tomes l'a vue plusieurs fois couchée horizontalement avec sa couronne regardant en arrière : anomalie dont il ne connaît pas d'exemple au maxillaire inférieur. Dans un de ces cas, la couronne appuyait contre l'apophyse ptérygoïde du sphénoïde ; dans un autre, elle se dirigeait en arrière et un peu en dehors.

Citons encore un fait curieux observé par Tomes. Il s'agit d'un malade qui souffrait d'une carie de la deuxième molaire de la mâchoire supérieure ; la dent douloureuse fut enlevée et entraîna avec elle la troisième molaire, dont les racines se trouvaient enclavées entre celles de la dent malade. La couronne et les racines de celle-ci occupaient leur situation normale, mais les parties correspondantes de la troisième molaire étaient complètement renversées, les racines de l'une embrassant celles de l'autre.

Je n'insisterai pas sur les conséquences résultant des Heydenreich.

déviations de la dent de sagesse supérieure, mais je ferai observer que les déviations, à l'un et à l'autre des maxillaires, ne sont pas toujours explicables par l'insuffisance de l'espace réservé à la dent. L'on est obligé de faire intervenir alors une autre cause, l'*hétérotopie dentaire*, ou, en d'autres termes, le développement primitif de la dent en un lieu anormal.

D'après M. Magitot (1), cette anomalie serait due à la migration du follicule dentaire par déroulement de la spire de son cordon. C'est ainsi que l'on voit la dent de sagesse inférieure siéger dans l'épaisseur de la branche montante du maxillaire inférieur, comme dans le cas de Fuzier, où un kyste venait compliquer ce déplacement. Dans un cas de Cartwright, elle apparaissait sur la peau de la région sous-maxillaire au niveau de l'angle de la mâchoire; et Saunders a vu les deux dents de sagesse inférieures dans l'échancrure sigmoïde du maxillaire. De même, à la mâchoire supérieure, la troisième molaire peut se montrer à l'apophyse ptérygoïde du sphénoïde, à la ligne médiane du palais.

Il est une circonstance qui complique assez souvent l'éruption de la dent de sagesse, et qui est la source d'accidents divers : je veux parler de la *carie* de cette dent. D'après les idées le plus généralement reçues, la carie ne peut pas se produire à l'époque où la gencive recouvre encore complètement la dent. Mais sitôt que celle-ci a éraillé la membrane qui la coiffe et se trouve en contact avec les liquides buccaux et les aliments, elle peut être attaquée d'autant plus facilement que les irrégularités de la gencive, inégalement divisée, forment une espèce de clapier où s'accumulent les débris de toutes sortes.

(1) Magitot. Etude sur les anomalies du système dentaire chez les mammifères, in Journal de Robin, 1874.

Si l'éruption se fait sans difficulté, nous serons en présence d'une simple carie dentaire, empruntant à la région certains caractères spéciaux et susceptible de complications qui n'ont pas à nous arrêter. Mais s'il existe des entraves à l'éruption et qu'une carie vienne s'ajouter encore aux lésions premières, les accidents se trouveront aggravés et deviendront plus aigus.

Nous venons d'étudier la pathogénie des désordres divers que provoque l'éruption de la dent de sagesse ; voyons quelle est leur *fréquence*. Si l'on tient compte des manifestations morbides, même les plus légères, on peut dire que l'existence d'accidents est presque la règle. M. David, chef de clinique de M. Magitot, ayant interrogé au hasard 100 personnes possédant leurs dents de sagesse, en trouva 82 qui affirmèrent avoir souffert à l'époque de leur éruption. On peut admettre toutefois qu'il s'agit là d'une série exceptionnelle. Quant aux accidents plus sérieux, sans être très-communs, ils sont loin d'être rares, et sembleraient plus fréquents encore s'ils n'étaient souvent méconnus.

C'est naturellement *l'âge* de la vie où se fait d'ordinaire l'éruption qui fournit le contingent le plus considérable, et le nombre des sujets atteints, très-faible avant la vingtième année, augmente d'une façon notable de 20 à 25 ans. A partir de cette époque, il décroît rapidement jusqu'à 30 ans, et cette diminution s'accentue encore jusque vers 36 ans. A un âge plus avancé, on trouve un certain nombre de cas isolés. Ainsi Toirac a vu des accidents se déclarer chez un homme de 45 ans; Jourdain en a observé chez une femme de 50 ans, et chez un homme de 60; enfin, M. Richet, chez un sujet de 66 ans.

Il ne faut pas s'étonner outre mesure de ces faits; car les plus grandes anomalies se rencontrent relativement à la période d'éruption de la dent de sagesse. Désirabode père

enleva, à Moscou, au Dr Sainte-Marie, âgé de 74 ans, une dent de sagesse qui avait traversé le tissu de la gencive depuis peu de temps. Dans l'espace de trente-cinq ans, le travail de son issue avait, à diverses époques, incommodé le malade. Il arrive même que l'éruption n'ait jamais lieu, et Toirac signale le cas d'une femme de 103 ans, dont toutes les autres dents étaient tombées depuis longtemps, tandis que la 3^e grosse molaire était renfermée dans son alvéole.

Il semble que l'éruption doive être d'autant plus laborieuse qu'elle s'opère à une époque plus avancée de la vie, l'ossification ayant rendu les alvéoles moins aptes à se laisser distendre. Par contre, une dent, qui paraît tardivement, est ordinairement atrophiée ; souvent aussi, à cet âge, il manque une molaire voisine, et c'est là une autre circonstance favorable.

Les accidents paraissent se développer également chez les sujets de toute constitution ; mais selon le tempérament du malade, selon sa susceptibilité individuelle, les lésions porteront plus spécialement sur tel appareil, et affecteront une marche plus lente ou plus aiguë.

L'influence du *sex* ne saurait être niée ; dans les relevés que j'ai fait, et qui portent sur un total de plus de 70 cas, le nombre des hommes est plus que le double de celui des femmes. A quoi tient cette différence ? Faut-il en rechercher la cause dans le prognathisme un peu plus marqué de la femme ? Il est assez difficile, dans l'état actuel, de se prononcer sur ce point.

Les *races* inférieures semblent être moins sujettes aux accidents d'éruption de la dent de sagesse que les races supérieures. Chez elles, par suite du prognathisme, le maxillaire a plus de longueur, et, bien que le volume des molaires leur soit défavorable au point de vue qui nous occupe, il y a plus que compensation par le fait du prognathisme.

Cependant elles n'échappent pas complètement aux anomalies de direction de la dent de sagesse. Ainsi MM. de Quatrefages et Hamy (1) figurent une mâchoire de Mélanésien, dans laquelle la 3^e molaire inférieure, déviée en avant, venait heurter la face postérieure de la dent précédente, et le musée Vrolik, d'Amsterdam, renferme une pièce semblable.

En traitant de la pathogénie, nous avons vu que, comme conséquence même des éditions anatomiques, les accidents doivent être beaucoup plus fréquents à la *mâchoire inférieure*. L'examen des faits confirme cette déduction, et, bien qu'il soit difficile d'exprimer cette proportion par des chiffres, on peut admettre que la dent de sagesse supérieure n'est guère le point de départ des accidents qu'une fois sur 10 ou 20 cas. J'ajouterais que le côté gauche est plus souvent atteint que le côté droit, mais je n'essaierai pas de donner l'explication de cette particularité.

(1) De Quatrefages et Hamy, *Crânia ethnica*, p. 43, fig. 47.

CHAPITRE III

NATURE DES ACCIDENTS

Dans l'étude des accidents provoqués par l'éruption de la dent de sagesse, nous avons un double écueil à éviter. Ces accidents sont nombreux et de nature diverse; ils peuvent se compliquer les uns les autres et se grouper de plusieurs façons; et le tableau symptomatique peut être le même, lors même que la lésion initiale a été différente. La méthode consistant à les décrire isolément a donc de grands désavantages, parce qu'elle ne donne pas une idée d'ensemble nette et précise. D'un autre côté, en les englobant tous dans une description unique, on arriverait à une extrême confusion.

J'ai adopté une méthode intermédiaire, sans me dissimuler ni ses imperfections, ni son caractère un peu artificiel, et j'ai essayé de constituer un certain nombre de groupes destinés à faciliter l'intelligence de la question.

Tout d'abord, parmi les accidents, il en est qui sont franchement inflammatoires, tandis que d'autres consistent en des névralgies ou des troubles divers du système nerveux. On pourrait objecter que certaines névralgies reconnaissent peut-être pour cause une névrite, et rentrent par suite dans la catégorie des accidents inflammatoires; mais l'absence de données anatomo-pathologiques ne permet pas de rien préciser sur ce point. Nous voyons donc que l'on peut diviser les accidents en deux grandes classes, selon qu'ils sont de nature *inflammatoire* ou de nature *nerveuse*.

Les premiers présentent de nombreuses variétés, atteignant, soit simultanément, soit d'une manière plus ou moins isolée, les muqueuses, les ganglions lymphatiques, le tissu cellulaire, le périoste, les os ou les muscles. Toutefois nous avons vu qu'au point de vue pathogénique il y a lieu de faire une distinction importante, selon que les parties molles seules ou les parties dures opposent des obstacles à l'éruption.

Dans le premier cas, c'est le plus souvent la gencive qui est le point de départ des accidents. Dans le second, il peut arriver que la dent se dévie en dehors ou en dedans, et vienne irriter par sa couronne la joue ou la langue. Ici comme précédemment, la lésion première siège sur une muqueuse; et l'on peut désigner sous le nom d'*accidents muqueux* ceux qui ont une semblable origine.

Lorsque ce sont les parties dures qui entravent la sortie de la dent de sagesse, et que celle-ci n'arrive pas à prendre une déviation, qui lui permette d'apparaître facilement à l'extérieur, des phénomènes inflammatoires se déclarent dans les os, et nous aurons affaire à des *accidents osseux*.

Ce n'est pas à dire que l'irritation ne puisse se propager du tissu osseux ou du périoste aux muqueuses voisines, et réciproquement: il est incontestable aussi que, dans un certain nombre de cas, le point de départ est double. Il n'en est pas moins vrai que la division précédente répond à des faits réels, et que le plus grand nombre des cas se rattachent nettement à l'un ou à l'autre de ces deux groupes.

Aux accidents muqueux appartiennent plus particulièrement certaines complications, telles que les stomatites, les amygdalites, les angines, les adénites; tandis que le phlegmon et la *constriction des mâchoires* viennent plus souvent agraver les accidents osseux.

Je décrirai d'une façon spéciale cette dernière complication, en considération de sa fréquence et de son importance spéciale.

I. ACCIDENTS INFLAMMATOIRES.

1^e. Accidents muqueux.

Si l'on tient compte des manifestations même les plus légères, les accidents muqueux, provoqués par l'éruption de la dent de sagesse, sont d'une extrême fréquence. La plupart du temps il ne s'agit que d'une légère *irritation de la gencive*, accompagnée d'une faible douleur, et se calmant spontanément au bout de quelques jours ou de quelques semaines.

Mais dans certains cas la gencive oppose à l'éruption de la dent des obstacles beaucoup plus sérieux, dont celle-ci ne peut triompher sans un retentissement notable sur les parties voisines. La gencive est rouge, enflammée, la douleur assez vive, augmentée souvent par la pression insante de la molaire opposée ; du pus se forme entre la gencive et la dent, et l'abcès, après avoir plus ou moins décollé les tissus, finit par s'ouvrir dans la bouche. La gencive présente des ulcération, des perforations, soit à la suite des abcès précédents, soit indépendamment de ceux-ci ; et l'on voit de petits lambeaux de tissus sphacélés et des bourgeons charnus, baignant au milieu d'un liquide sanieux qui s'accumule dans les anfractuosités.

Dans d'autres cas, la dent de sagesse inférieure est légèrement inclinée en arrière et soulève en cet endroit la muqueuse ; il en résulte des replis qui forment une sorte de cavité artificielle ouverte en avant sur un point, qui

devient tout à la fois le siège de phénomènes inflammatoires et le réceptacle de matières alimentaires, de détritus et de corps étrangers. Ces matières sont, pour la couronne ainsi incluse, une cause d'altération ; ainsi s'explique la carie prématûrée et si fréquente de cette dent : ce qui a fait dire inexactement, ainsi que le remarque M. Magitot, qu'elle sortait souvent affectée de cette maladie. Le soulèvement de la gencive en arrière a une autre conséquence, c'est qu'elle rencontre dans le rapprochement des mâchoires la dent supérieure correspondante, qui la triture incessamment et l'irrite.

D'ailleurs on observe de nombreuses variétés relativement à la forme de ce genre d'accident. M. Chassaignac (1) différencie nettement l'*enkyttement*, dans lequel la dent est entièrement recouverte par la muqueuse, de l'*enchaînement*, dans lequel elle n'est emprisonnée que d'une façon incomplète; il fait remarquer aussi que l'ulcération de la portion de gencive, interposée entre l'apophyse coronoïde et le collet de la dernière molaire, ulcération quelquefois endémique chez les jeunes soldats, coïncide souvent avec la perforation physiologique de la gencive par la couronne de la dent de sagesse. Il y a alors étranglement des parties molles comprises entre cette couronne et la base de l'apophyse coronoïde, et de plus rétention du pus dans le cul-de-sac représenté par cette partie de la cavité buccale.

M. Chassaignac insiste particulièrement sur cette accumulation du pus dans la bouche, à la suite des ulcérations de la gencive. Elle peut être favorisée encore par le resserrement des mâchoires, et on la voit produire alors ce que

(1) Chassaignac. *Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical*. Paris, 1859, t. II, p. 131.
Heydenreich.

M. Chassaignac appelle la *cachexie buccale*. Hâtons-nous d'ajouter que c'est là une complication heureusement assez rare.

D'après une remarque faite par Oudet (1), l'éruption des dents de sagesse, alors qu'elle ne provoque que des désordres tout à fait légers, s'accompagne assez souvent d'un sentiment d'engourdissement ou d'une douleur distensive plus ou moins forte le long des mâchoires et des arcades dentaires ; et cette douleur est rapportée par les personnes affectées, tantôt aux bicuspides, plus ordinairement aux incisives.

D'autre part, il est rare que les phénomènes inflammatoires, pour peu qu'ils présentent quelque intensité, se limitent à la gencive. Ils s'étendent sur la muqueuse voisine, surtout du côté de l'isthme du gosier, et produisent une sensation de chaleur à la bouche et une gêne dans les mouvements de la déglutition.

On a vu des cas où l'attention du malade n'était attirée que par des maux de gorge persistants, par une *angine* ayant son siège principal sur l'amygdale du côté correspondant à la dent gênée dans son éruption. Rien n'égale la ténacité de cette *amygdalite*, tant que la cause en a été méconnue ; et, dans l'observation du Dr Fiard, que nous reproduisons plus loin (obs. II), et qui est particulièrement instructive à ce sujet, les douleurs durèrent dix-huit mois et, après avoir résisté à tous les traitements, cessèrent comme par enchantement par la simple incision de la gencive sur la dent de sagesse.

D'autres fois, l'inflammation s'étend aux piliers, au voile du palais, à la luette, même au pharynx. Dans un cas cité par Robert (2), le voile du palais était enflammé

(1) Oudet. Article Dent, in Dict. en 30 vol.

(2) Robert. Cliniques. Paris, 1860, p. 127.

chez un jeune homme de 19 à 20 ans, et la luette hypertrophiée pendait sur la base de la langue, et déterminait de l'anorexie, des vomissements : en un mot, des symptômes qui pouvaient faire croire à une maladie de l'estomac. Tous ces accidents étaient dus à une inflammation provoquée par l'éruption de la troisième molaire.

Quelquefois c'est plus spécialement en avant que se localise le processus inflammatoire, et l'on a tous les symptômes de la stomatite. Ainsi il résultera des recherches de M. Magitot (1) que la *stomatite ulcéro-membraneuse*, que l'on remarque assez souvent chez les jeunes soldats, a le plus habituellement pour point de départ une éruption difficile de la dent de sagesse.

Une autre affection, fréquente aussi chez les jeunes soldats, est susceptible d'avoir la même origine : je veux parler de l'*adénite sous-maxillaire*. Les chirurgiens militaires ont attribué cette lésion ganglionnaire à la pression du col ou aux courants d'air qui passent par les lucarnes des guérites. Or, il est à remarquer que leur attention ne s'est pas grandement portée sur la dent de sagesse ; et, sans vouloir nier l'influence des causes invoquées, j'estime que de nouvelles observations sont nécessaires pour bien déterminer l'étendue de leur action.

M. Piorry (2) avait signalé déjà la relation qui existe entre l'éruption de la troisième molaire et les engorgements sous-maxillaires. Or, pour qu'une adénite se développe, il n'est pas nécessaire, ainsi que le fait remarquer M. Gouriet (3), que la muqueuse buccale soit enflammée ou ulcérée ; il suffit qu'il y ait difficulté dans la sortie des dents.

(1) Communication verbale.

(2) Piorry. *Traité de pathologie iatrique ou médicale*. Paris, 1841, t. I, p. 482.

(3) *Gaz. des hôp.*, 1860, p. 454.

Le retentissement ganglionnaire a lieu alors par l'entre-mise des vaisseaux lymphatiques profonds qui rampent à la face inférieure du chorion muqueux.

De la sorte, l'adénite sera tantôt une complication de l'un des accidents précédemment énumérés, ou bien d'une ulcération linguale ou générale, ou encore d'une ostéo-péristite du maxillaire ; tandis que d'autres fois elle sera le seul accident appréciable. Si elle occupe d'habitude les ganglions sous-maxillaires, cela tient à ce que son point de départ ordinaire est la dent de sagesse inférieure ; mais elle siégera dans les ganglions parotidiens ou cervicaux, lorsqu'elle reconnaîtra pour cause une lésion de la mâchoire supérieure ou de l'isthme du gosier. Quel que soit son siège, elle a une certaine tendance à passer à la suppuration.

Au lieu de s'étendre aux ganglions lymphatiques, l'irritation, partie de la muqueuse qui recouvre la dent de sagesse, gagne fort souvent le tissu cellulaire voisin, et produit une *fluxion*, c'est-à-dire ce gonflement des parties molles, qui reste œdémateux dans les cas légers, mais devient un vrai phlegmon dans les cas plus graves.

Elle peut se propager aussi aux muscles constricteurs des mâchoires, ainsi qu'au tissu osseux ; mais je me bornerai à mentionner ces complications, sur lesquelles j'aurai à m'étendre plus amplement. J'ajouterai que les accidents phlegmoneux ne sont pas très-fréquents dans les formes que j'étudie en ce moment, et qu'ils apparaissent bien plutôt dans celles où les os sont gravement atteints.

Je n'insisterai pas longuement sur le *diagnostic* des divers accidents que j'ai passés en revue, ni sur les nombreuses erreurs qui ont été commises : la lecture des observations qui suivent suffira à en donner une idée. Pour éviter de semblables méprises, le praticien devra absolu-

ment se conformer au précepte suivant. Chaque fois qu'il se trouvera en présence de l'une des affections que j'ai énumérées, quel que soit l'âge du sujet, mais surtout s'il a de 20 à 30 ans, il devra examiner les dents de sagesse. Si l'une d'elles manque, il devra redoubler d'attention, s'assurer si par le toucher il provoque une douleur ou sent à travers la gencive les inégalités de la dent. Généralement il ne se trompera pas s'il a l'attention éveillée de ce côté; mais il est possible que l'exploration soit gênée par la constriction des mâchoires, et j'aurai à revenir sur ce point.

Ce diagnostic a une extrême importance, car la littérature médicale regorge de cas, dans lesquels des accidents muqueux, de nature très-différente, ont résisté à tout traitement pendant des années, pour céder rapidement à une thérapeutique rationnelle, sitôt que la cause avait été reconnue. Le *pronostic* est donc sous la dépendance absolue du diagnostic : grave à des degrés divers, lorsque le point de départ est méconnu, il est réellement bénin quand l'affection est traitée d'une manière opportune, avant d'avoir eu le temps de provoquer des désordres sérieux.

On trouvera dans les observations qui suivent quelques exemples des accidents que nous venons de passer en revue.

Obs. I. — TOIRAC (Revue médicale, 1828, t. I, p. 396, obs. V). — Dent de sagesse poussant sous un bourrelet de la gencive dont elle reste en partie recouverte.

Orage, ancien garçon de bains, était sujet à de légères fluxions depuis un an que sa dent de sagesse inférieure gauche commençait à paraître. Depuis deux à trois mois, ces fluxions revenaient plus souvent et étaient de plus en plus douloureuses. La joue, sans présenter un volume considérable, était extrêmement sensible à la moindre pression; la déglutition était presque impossible. Quelques jours de repos et un traitement antiphlogis-

tique firent disparaître en grande partie ces accidents, et permirent l'examen de la bouche : l'amygdale du côté correspondant à la fluxion était tuméfiée, et le voile du palais très-rouge. Derrière la deuxième grosse molaire, on voyait la couronne d'une dent de sagesse, recouverte dans ses deux tiers postérieurs par un gros bourrelet charnu, violacé, douloureux, légèrement ulcétré, formé par la gencive. Cette partie, continuellement comprimée par les mouvements de la mâchoire, devait être sans cesse entretenue dans un état d'irritation, et suivant la disposition du sujet il survenait une inflammation, quelquefois assez profonde pour donner lieu à des fluxions répétées.

OBS. II. — FIARD (Toirac, loc. cit., obs. VI). — Amygdalite chronique entretenuée par la difficulté de la sortie d'une dent de sagesse.

Le Dr Fiard fut pris, pendant ses études médicales, de maux de gorge qui durèrent près de dix-huit mois. Dans l'été de 1821, il fut atteint d'une légère douleur dans la gorge. En novembre, l'amygdale droite devint le noyau d'une inflammation violente : 25 sanguines au col, des sinapismes, etc., la firent cesser. La gorge continua d'être douloureuse, et le devint insensiblement davantage ; la déglutition était fort difficile. Tous les moyens furent vainement mis en usage jusqu'au commencement de 1823. Le docteur pensait se faire exciser l'amygdale droite, quand il s'aperçut que la dent de sagesse inférieure gauche manquait, et que la pression contre l'apophyse coronoïde déterminait une douleur sourde. En soulevant avec un stylet les chairs qui recouvriraient la partie postérieure de la deuxième molaire, il y sentit un corps dur, et, surmontant la douleur, s'assura qu'une large et très-grosse dent, parfaitement sortie de son alvéole, gisait profondément dans les chairs.

Attribuant son affection à cette cause, il incisa largement la gencive d'avant en arrière. Le soulagement et la disparition des douleurs furent subits ; mais les deux lambeaux s'enflammèrent et même végétèrent. L'excision des chairs devint indispensable ; elle présenta d'assez grandes difficultés, et il fallut faire plusieurs cautérisations avec la pierre infernale.

OBS. III. — CHASSAGNAC (Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical. Paris, 1839, t. II, p. 151, obs. CCCXXIX).

Homme de 26 ans. Engorgement sous-maxillaire avec contracture des maxillaires. On emploie le dilatateur, et l'on voit un enchatonnement de

la dernière molaire, avec ulcération suppurative de la gencive. Douches intéro-buccales ; cautérisation avec une solution de nitrate d'argent. Le lendemain, extraction d'une molaire gâtée. Guérison.

OBS. IV. — CHASSAINAC (loc. cit., obs. CCCXXX).

Femme de 24 ans. Phlegmon péridentaire, avec resserrement des mâchoires. Emploi du dilatateur ; on voit une ulcération autour de la dernière molaire droite qui est gâtée ; la gencive est tuméfiée. Cautérisation avec une solution de nitrate d'argent ; douches intéro-buccales. Guérison.

OBS. V. — CHASSAINAC (loc. cit., obs. CCCXXXI).

Homme de 22 ans. Suppuration ulcèreuse des gencives et de la muqueuse générale, avec contracture des mâchoires ; enchatonnement des deux dernières molaires, le capuchon étant formé par la joue ulcérée. Gachexie buccale. Emploi du dilatateur ; douches froides ; gargarisme au chlorate de potasse. Guérison.

OBS. VI. — ROBERT (Cliniques; Paris, 1860, p. 127, obs. IV). — Fluxions fréquentes et occlusion de la bouche causées par une dent de sagesse.

Jeune femme de 22 à 23 ans, couturière, de tempérament lymphatique. Depuis deux ans, douleurs très-vives au niveau de l'angle droit de la mâchoire ; au début, fluxions et abcès. On incisa alors la gencive qui recouvrira la troisième grosse molaire droite ; les accidents se calmèrent, mais reparurent et ont toujours persisté depuis. Aujourd'hui à l'angle de la mâchoire, gonflement considérable qui empêche la bouche de s'ouvrir. Traitement antiphlogistique, qui permet au bout de quelques jours d'examiner la bouche. La dernière molaire était sortie, mais sa moitié postérieure était recouverte par une portion de gencive gonflée et ulcérée. Excision de cette portion. Guérison rapide.

OBS. VII. — HERRGOTT (thèse de Chevassu; Paris, 1873, obs. II).

L. D..., étudiant en médecine. Douleurs vives au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure gauche ; déglutition difficile et douloureuse ; tuméfaction considérable de la région sous-maxillaire, avec rougeur de la peau ;

amygdale gauche rouge et tuméfiée. En arrière de la deuxième grosse molaire, la gencive est rouge, tendue, tuméfiée, douloureuse à la pression. Au bout de cinq jours, la douleur diminue, les symptômes s'amendent ; sur la gencive paraissent deux bourrelets séparés laissant voir la dent. Guérison spontanée, probablement après formation d'un petit abcès sous la gencive.

OBS. VIII. — (Thèse de Chevassu, obs. IX).

Soldat du 42^e de ligne, âgé de 23 ans, entré au Val-de-Grâce pour une fluxion ayant débuté trois semaines auparavant au niveau de l'angle de la mâchoire. Engorgement ganglionnaire. En arrière de la deuxième grosse molaire inférieure, la gencive est rouge, tuméfiée, ulcérée à sa partie antérieure ; on sent à ce niveau la couronne de la dent de sagesse. Ulcération de la joue s'avancant jusqu'au niveau de la première grosse molaire, avec rougeur, gonflement et induration de la muqueuse. Tuméfaction du voile du palais et de l'amygdale correspondante au côté malade.

OBS. IX. — GOURIET, de Niort (Gaz. des hôp., 1860, p. 454). — Adénite sous-maxillaire due à l'éruption difficile d'une dent de sagesse.

Un garçon maréchal de 24 ans, fort et vigoureux, est pris d'une vive douleur au fond de la bouche et d'une grande gêne de la déglutition ; en même temps, une grosseur se manifeste à la région sous-maxillaire gauche. Ces symptômes s'aggravent rapidement ; forte fièvre, respiration pénible et bruyante ; impossibilité d'écartier les mâchoires et de rien avaler ; torticolis très-prononcé qui fait pencher la tête vers l'épaule droite. Sous la branche gauche du maxillaire, et s'étendant assez loin vers la base du cou, existe une tuméfaction du volume d'un œuf d'oie, tendue, résistante, au centre de laquelle le toucher fait reconnaître un noyau plus dur encore, gros comme une forte noix ; toute cette partie est le siège de douloureux épanchements ; pas de fluctuation. Au bout de cinq jours, point fluctuant, ponction, issue de pus.

Quand, quatre jours après la ponction, le malade peut ouvrir la bouche, on voit la dent de sagesse inférieure gauche presque entièrement sortie et entourée d'un rebord gingival très-épais à lobes inégaux non ulcérés. Guérison lente. Aujourd'hui, après quatre mois, la dent qui a causé cette adénite est à la hauteur de sa voisine, son bourrelet gingival a disparu ; Les trois autres dents de sagesse n'offrent encore aucune apparence d'éruption.

Obs. X. — (Thèse de Chevassu, obs. XI). — Adénite sous-maxillaire due à l'éruption d'une dent de sagesse.

Bodin, 23 ans, a reçu pendant la guerre une balle au niveau de l'angle de la mâchoire, à droite; guérison rapide. Deux ans après, il entre au Val-de-Grâce pour une douleur sourde à ce niveau avec frissons et fièvre; il se forme au-dessous du maxillaire une tumeur très-douloureuse, fluctuante, dont l'incision donne issue à du pus. Un mois après la guérison de cette adénite, gonflement peu douloureux de la région de l'angle de la mâchoire, avec difficulté de l'écartement des mâchoires. Au-devant de l'apophyse coronoïde, tumeur dure, adhérente à l'os; en arrière de la deuxième grosse molaire, on voit la partie antérieure de la dent de sagesse, dont la couronne est serrée entre la dent qui précède et l'apophyse coronoïde. Cette périostite cède à l'extraction de la deuxième molaire.

Obs. XI. — (Thèse de Chevassu, obs. XII).

Bessières, 23 ans, entre au Val-de-Grâce pour une adénite sous-maxillaire subaiguë du côté droit, qui a été précédée de douleurs pendant quinze jours. En arrière de la deuxième grosse molaire, on voit la dent de sagesse recouverte par un bourrelet de gencive ulcérez. Guérison rapide par des gargarismes au chlorate de potasse.

Obs. XII. — (Thèse de Chevassu, obs. XIII.)

Soldat entré au Val-de-Grâce pour une adénite sous-maxillaire, dont le début remonte à un mois. Ganglion de la grosseur d'une noix, un peu ramollie à son centre, mais non suppuré, mobile et indolore. La gencive qui entoure la dent de sagesse est tuméfiée, douloureuse à la pression. Grande amélioration par des gargarismes au chlorate de potasse.

Ulcérations de la langue et de la joue. — Dans les observations qui précèdent, la dent de sagesse ne rencontrait qu'un obstacle à son éruption : la résistance des parties molles. Mais nous avons vu que, par suite de la disposition des parties dures, sa sortie dans la direction normale peut se trouver empêchée; et c'est là une cause de déviation.

Pour le moment, les déviations latérales nous occuperont seules, et nous rappellerons qu'elles sont dues, non-seulement à l'insuffisance d'espace que nous avons signalée, mais encore au développement primitif du germe de la dent en un point anormal.

Il est rare que les dents de sagesse de la mâchoire supérieure se dirigent *en dedans*. On peut voir, il est vrai, des cas où elles s'inclinent légèrement de ce côté par leur couronne seule, mais sans que la racine soit déplacée dans le même sens, et sans qu'il en résulte le moindre inconvénient.

La déviation en dedans des dents de sagesse inférieures est plus fréquente, et il est facile d'en entrevoir les conséquences. La muqueuse linguale voisine se trouvera irritée d'une façon incessante, surtout si la couronne dentaire présente des inégalités et des aspérités, si par exemple elle est atteinte de carie. Or, nous avons vu que souvent la troisième molaire est affectée de carie, au moment même où elle effectue son éruption, et c'est là une circonstance dont il importe de tenir compte. Il arrivera ainsi que les accidents du côté de la langue pourront coïncider avec la sortie de la dent de sagesse, ou, au contraire, ne se déclarer que plus ou moins longtemps après.

La lésion, que l'on observe *sur la langue*, est une *ulcération* qui fait souffrir le malade, rend les mouvements de l'organe pénibles et la mastication douloureuse. Elle est de couleur gris sale, comme recouverte d'un enduit pulsaté; sa forme est le plus souvent irrégulière, ses bords taillés à pic, son pourtour induré.

Abandonnée à elle-même, et entretenue sans cesse par la persistance de la cause, elle tend à s'agrandir, en même temps que l'induration augmente et s'étend. Dans un cas observé par Toirac, une ulcération de la langue, due à la

déviation en dedans d'une dent de sagesse inférieure, persista pendant plusieurs mois, ne faisant qu'empirer sous l'influence d'un traitement antisyphilitique, tandis qu'elle guérit en quelques jours après l'extraction de la dent déviée.

L'inclinaison de la troisième molaire *en dehors* est incontestablement plus fréquente que le déplacement en dedans, et elle se rencontre à l'une et à l'autre mâchoire, plus souvent peut-être à la mâchoire supérieure. Quelquefois la dent de sagesse apparaît fort loin de sa place normale, évidemment par suite d'un développement hétérotopique. Tomes cite un cas, dans lequel la troisième molaire supérieure *perçait la joue*; la couronne était cachée sous les favoris, et paraissait ne produire aucun inconvénient. Chez un sujet observé par Craigie, une dent de sagesse inférieure s'était frayé sa voie vers la surface et avait percé la peau près de l'angle du maxillaire inférieur; la couronne était solidement embrassée par la peau, qui se trouvait froncée, et avait l'apparence du tissu cicatriciel; la dent fut enlevée, et l'ouverture cutanée se ferma spontanément sans autre intervention chirurgicale.

En dehors de ces cas de complet déplacement, qui sont cités en qualité d'exceptions, on rencontre de simples déviations en dehors, se faisant suivant le mécanisme précédemment exposé. Ces déviations peuvent être complexes. Ainsi Oudet, chez un jeune homme de 24 ans, a trouvé la deuxième molaire presque entièrement renversée vers la langue par une dent de sagesse, qui, faute de place, s'était développée du côté de la joue; des désordres très-graves et un écartement fort considérable des lames maxillaires suivirent cette espèce de double luxation, et nécessitèrent l'extraction des deux dents déviées.

Plus souvent la déviation est simple, et la dent de sagesse

vient irriter les parties molles, avec lesquelles elle se met en contact, tout comme cela avait lieu pour l'inclinaison en dedans. Oudet a dû enlever plusieurs fois la dernière molaire supérieure, dont la couronne, fortement déjetée en arrière et en dehors, avait déterminé une ulcération à la face externe de l'apophyse coronoïde.

L'*ulcération de la joue* est plus fréquente, et est produite par l'une ou par l'autre dent de sagesse. Elle présente des caractères analogues à celle de la langue : douloureuse, à fond grisâtre, à base indurée, elle donne lieu quelquefois à un développement de fongosités, et il arrive que la dent déviée se trouve absolument encapuchonnée au centre de ce bourgeonnement. Par contre, le mal peut se réduire à fort peu de chose, lorsque la couronne n'est pas gâtée, et ne présente pas d'aspérités.

Le *diagnostic* est extrêmement simple, si l'on a soin de pratiquer l'examen des dents ; mais certaines complications, telles que la fluxion, et surtout la constriction des mâchoires, peuvent apporter de sérieux obstacles à l'exploration. Nous verrons plus tard la conduite à tenir en pareil cas. D'ailleurs, l'*ulcération*, qui se montre rebelle en l'absence d'intervention appropriée, guérit rapidement après suppression de la cause.

La lecture de quelques observations fera plus nettement comprendre la physionomie de ces accidents.

OBS. XIII. — TOIRAC (*Revue médicale*, 1828, t. I, p. 396, obs. II). — Dent de sagesse poussant de dehors en dedans, du côté de la langue et y déterminant une ulcération d'apparence syphilitique.

M. M..., ancien officier d'artillerie, 45 ans, qui avait eu la maladie vénérienne, remarquait depuis plusieurs mois, à la base de la langue, à gauche, une ulcération qui rendait pénibles tous les mouvements de cet organe; mastication très-douloureuse. Un traitement mercuriel augmenta

le mal et dut être interrompu après quinze ou vingt jours; la bouche revint à l'état primitif. Toirac vit le malade à ce moment, et constata à la base de la langue un ulcère à pourtour goufflé, comme taillé à pic, de couleur gris sale, simulant assez bien un ulcère syphilitique. Il reconnut aussi la dent de sagesse inférieure, recouverte par une portion de gencive flottante et par un morceau de tartre, et dont la couronne était dirigée vers la langue. Tentative d'extraction; la dent se brise, mais de manière que la portion restante n'était plus en rapport avec la langue. Guérison complète quelques jours après.

OBS. XIV. — (Thèse de Chevassu ; Paris, 1873, obs. VIII.) — Ulcération de la langue due à la déviation d'une dent de sagesse.

Joseph B..., 26 ans, ouvrier, entre à l'Antiquaille pour une ulcération de la langue datant de trois semaines; la parole et la mastication sont gênées. Cette ulcération siège sur le bord gauche de la langue, près de la base; elle est irrégulière, allongée, à bord grisâtre, pultacé, à pourtour induré. La troisième grosse molaire gauche est déviée fortement en dedans et présente un point carié. Extraction de cette dent; cautérisation de l'ulcération avec l'acide chlorhydrique. Guérison.

OBS. XV. — TOIRAC (loc. cit., obs. III). — Dent de sagesse poussant de dedans en dehors, allant se loger dans l'épaisseur de la joue.

Adélaïde René, fleuriste, 29 ans, se présente à la consultation le 23 octobre 1824 pour une fluxion du côté droit datant de plusieurs mois. Sur la joue, à la partie correspondante à la dent de sagesse, saillie résistante au toucher, très-douloureuse à la pression, devenant plus apparente aussitôt que la malade fait quelques efforts pour ouvrir la bouche. Le doigt conduit dans la bouche fait reconnaître une dent poussée presque horizontalement, entièrement logée dans les muscles et très-gâtée.

L'extraction semblant presque impossible, Toirac introduisit entre la joue et l'arcade dentaire un morceau de linge, échancré de manière à pouvoir loger la couronne de la dent et d'une épaisseur suffisante pour qu'elle ne présentât plus de saillie; cataplasmes sur la joue; eau tiède dans la bouche, et par intervalles eau d'orge miellée avec quelques gouttes de jus de citron. Le lendemain la malade ouvre suffisamment la bouche pour permettre l'avulsion de la dent, cause du mal, avec un pied-de-biche recourbé.

Obs. XVI. — ROBERT (Cliniques; Paris, 1860, p. 427, obs. II). — Vaste ulcération de la joue causée par une dent de sagesse.

Jeune homme de 22 ans, souffrant depuis plusieurs semaines de douleurs assez vives dans la bouche ; gencives gonflées, salive sanguinolente. Dans le sillon situé entre la joue et la branche montante gauche du maxillaire, vaste ulcération recouverte d'un enduit blanchâtre et très-douloureuse ; la gencive placée derrière la troisième grosse molaire, au point correspondant à l'ulcération, est également gonflée et douloureuse. Ces accidents sont dus au développement de la dent de sagesse. Excision de la portion de gencive qui recouvre la dent ; cautérisation de l'ulcération avec de l'acide chlorhydrique fumant. Guérison au bout de quelques jours.

Obs. XVII. — (Thèse de Comoy; Paris, 1876, obs. III).

Femme de 27 ans, se présentant à la consultation de la Charité avec une ulcération fongueuse de la joue droite, facilement saignante, dont le début remonte à quatre mois. Déviation en dehors de la troisième molaire, dont la couronne est irrégulière. Extraction de la dent.

Obs. XVIII. — (Thèse de Comoy, obs. IV.)

Etudiant en médecine, 24 ans. Excoriation superficielle de la joue droite avec fongosités, due à la déviation en dehors de la dent de sagesse inférieure. Au bout de 10 mois, poussée inflammatoire, constriction des mâchoires. Excision des fongosités qui sont fibreuses ; isolement de la joue. Au bout de quelques jours, cautérisations répétées avec l'acide chromique sur les fongosités qui repoussent. Guérison.

2^e Accidents osseux.

Les accidents, dont nous abordons l'histoire, peuvent être dus à la simple extension de l'inflammation des parties molles ; mais plus souvent ils se développent d'emblée, par suite des obstacles que les parties dures opposent à la sortie de la dent de sagesse. Que celle-ci occupe sa place

habituelle ou soit développée en un lieu anormal, que sa direction soit droite ou plus ou moins déviée, les phénomènes pourront suivre une marche semblable, du moment que la cause sera de même nature; et cette cause est le manque d'espace nécessaire à l'éruption.

Habituellement, dans le cas d'accidents osseux, on trouve la dent de sagesse plus ou moins profondément cachée dans l'épaisseur du maxillaire, ou bien elle se présente à son alvéole, soit avec sa direction normale, soit avec une déviation, qui a lieu d'ordinaire dans le sens antéro-postérieur. Je me suis étendu assez longuement sur cette question pour n'être pas obligé d'y revenir.

Il n'y a pas le moindre doute sur l'existence d'accidents inflammatoires, aigus ou chroniques, provoqués dans les os par l'éruption de la troisième molaire. Mais, avant d'aborder ce sujet, nous avons à nous demander si certains néoplasmes ne sont pas susceptibles de se développer sous la même influence.

Watermann (1) rapporte qu'il trouva contenue dans une tumeur cartilagineuse et fibreuse de la mâchoire inférieure une dent de sagesse entourée d'un petit kyste. Mac Cor-nac (2) a observé un cas analogue. Y a-t-il là une simple coïncidence? Ou bien la tumeur est-elle due à l'irritation provoquée par la dent retenue dans le maxillaire? Cette dernière hypothèse me semble assez admissible.

O. Weber émet l'opinion que, dans certains cas de cancroïdes des maxillaires, consécutifs à une altération analogue de la face interne des joues, l'affection a paru liée à l'éruption difficile de la dent de sagesse. Le même auteur cite d'ailleurs un cas de cancer épithéial chez un enfant de

(1) Boston Medical and Surgical Journal, 8 avril 1869.

(2) Dublin Quarterly Journal, mai 1869.

onze ans, et croit que l'éruption difficile des dents n'a pas été sans influence sur le développement de la maladie. Toutefois l'on ne saurait apporter trop de réserve dans une semblable appréciation.

On a invoqué quelquefois, comme cause des *fibromes* des maxillaires, quelque phénomène pathologique se produisant du côté de l'appareil dentaire, par exemple la présence d'une dent cariée ou d'une racine abandonnée après l'extraction d'une dent. Il est fort possible que le travail physiologique lié à l'éruption des dernières molaires puisse avoir une action analogue. Les mêmes considérations semblent applicables aux *chondromes*; mais il me paraît difficile de les généraliser, et il serait téméraire d'attribuer à des causes de même ordre le développement de tumeurs, telles que les myxomes, les sarcomes, les carcinomes.

Par contre, tout porte à croire que la production des *ostéomes* est liée quelquefois au travail congestif qui accompagne l'éruption des dents de sagesse; et leur siège habituel au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure parle encore en faveur de cette hypothèse. Mais on est en droit de se demander s'il s'agit ici d'un néoplasme ou d'un processus inflammatoire chronique, et nous sommes amené à examiner ce nouvel ordre de phénomènes.

Il est une variété spéciale d'ostéité sans suppuration, qui prend quelquefois naissance autour de la dent de sagesse anormalement retenue dans l'épaisseur de la mâchoire, et sur laquelle les auteurs du *Compendium* ont appelé l'attention. D'après eux, elle est fort rare, elle a été probablement confondue souvent avec l'ostéosarcome, et se termine par une *hyperostose* permanente.

Le malade ressent pendant longtemps une douleur sourde, sujette de temps à autre à des exacerbations; en même temps la mâchoire inférieure (qui était le siège de

l'affection dans les cas observés) se tuméfie dans le voisinage de son angle, et la tumeur qui se forme augmente insensiblement, en restant dure et en présentant une consistance osseuse. Elle peut aussi devenir bosselée, et c'est probablement ce caractère, d'après les auteurs du *Compendium*, joint aux douleurs sourdes et quelquefois lancinantes, qui l'a fait prendre pour un ostéo sarcome. La cavité où est logée la dent est entourée par un tissu osseux épais, spongieux en quelques points, éburné en d'autres.

Il convient de rapprocher de cette variété l'affection à laquelle M. Guyon (1) donne le nom de *kyste dentifère non folliculaire*. Il s'agit là d'une inflammation lente, qu'une dent retenue dans l'os détermine dans le tissu spongieux ambiant; les lamelles osseuses sont peu à peu résorbées par un travail d'ostéite raréfiant, et il se développe dans l'épaisseur du maxillaire une vaste cavité kystique.

Une question délicate se pose ici. Faut-il admettre l'étiologie que nous indiquons? Ou bien y a-t-il eu primitive-
ment kyste folliculaire, et celui-ci, arrivé à un certain degré de développement, a-t-il déterminé un travail inflammatoire? Plusieurs faits parlent en faveur de cette dernière hypothèse, mais ils n'excluent en rien la première.

Si, pour nous éclairer, nous jetons un coup d'œil sur les observations publiées, nous constatons qu'une grande confusion règne sur ce point. Sous le nom de kystes dentaires ou dentigères de la dent de sagesse, on a décrit pêle-mêle des affections qui sont certainement de nature différente; et ce n'est que dans le mémoire de Forget (2) et dans l'article

(1) Article Maxillaires, in Dict. encyclop.

(2) Am. Forget. Des anomalies dentaires. Paris, 1839.

Heydenreich.

de M. Guyon que nous avons trouvé une distinction nettement établie.

Or tout nous indique que cette distinction est fondée. D'une part nous trouvons des kystes folliculaires de la troisième molaire, accidents d'évolution antérieurs par conséquent à la période d'éruption ; ces kystes peuvent s'accroître, provoquer autour d'eux une inflammation du tissu osseux, et celle-ci affectera suivant les cas des degrés divers. Nous avons donc là un premier groupe de faits susceptibles de donner naissance aux lésions précédemment indiquées. Nous avons trouvé plusieurs observations qui se rapportent manifestement à ce processus ; nous n'y insisterons pas, parce que cela nous détournerait de notre sujet.

D'autre part il ne semble pas douteux que, dans quelques cas, le travail kystique, dont l'os est le siège, ne soit sous la dépendance des efforts accomplis par la dent pour effectuer son éruption. Lorsqu'il en est ainsi, la dent est munie de racines d'un certain volume ; tandis que, dans le cas précédent, les racines n'existent pas, ou tout au moins sont rudimentaires.

Nous reproduisons plus loin (obs. XXI et XXII) deux observations venant à l'appui de cette proposition. Dans l'une d'elles, due à M. Guibout, le liquide du kyste était séreux ; mais l'absence d'une membrane distincte et l'état rugueux des parois témoignaient de la part que l'inflammation osseuse avait prise à la production de la lésion. Dans l'autre il y avait suppuration ; et il en était de même dans les deux suivantes, que nous plaçons ici, parce que l'examen anatomique leur donne une importance particulière.

OBS. XIX. — FORGET (Am. Forget. Des anomalies dentaires. Paris, 1859, obs. IX). — Anomalie de position et de développement d'une dent de sagesse; pénétration d'une de ses racines dans le canal dentaire; ostéite médullaire de la branche de l'os maxillaire; résection et désarticulation d'un des condyles de cet os.

Un homme de 26 ans, depuis longtemps affecté de névralgie dentaire très-aiguë, qui répondait aux alvéoles des dernières dents molaires du côté droit de la mâchoire inférieure, s'aperçut que celle-ci augmentait de volume dans toute l'étendue de sa branche. La tuméfaction ne tarda pas à devenir considérable; en même temps survint dans le jeu de l'articulation une gêne notable, progressive et toujours croissante, comme le gonflement, qui bientôt s'étendit à toute la région massétérine; cette gêne devint telle que l'abaissement de la mâchoire fut impossible. Dur, résistant, irréductible sous la pression, ce gonflement était le résultat évident d'une hyperostose.

Le malade se décida à entrer à la Pitié, dans le service de M. Maisonneuve, qui, après avoir mis à nu la tumeur osseuse, y appliqua une couronne de trépan, dans le but d'y chercher la dent qu'il présumait être la cause de la maladie. L'insuffisance de cette opération le décida à réséquer la branche de la mâchoire, au moyen de la désarticulation du condyle et d'un trait de scie qui porta sur l'alvéole de la première grosse molaire.

L'examen de la pièce anatomique, fait par Forget, révéla l'existence d'une ostéite à divers degrés de développement. Sciée suivant son axe, la branche de l'os offrait, dans son épaisseur, plusieurs cavités tapissées par une membrane pyogénique baignée de pus à sa surface. Parmi ces cavités, les unes étaient complètement closes par le tissu osseux, les autres s'ouvraient à l'extérieur par voie d'ulcération de ce même tissu; l'une d'elles occupait le condyle de la mâchoire, et se faisait jour par un pertuis au ras du cartilage articulaire. On constatait une raréfaction du tissu aréolaire de l'os et un soulèvement des lames compactes. La dent de sagesse était incluse dans la base de l'apophyse coronoïde, et dépassait d'un millimètre à peine les

bords de l'alvéole qu'elle s'y était creusé. Sa couronne avait des dimensions doubles des dimensions ordinaires, et elle appuyait en avant contre le collet de la dent voisine, de telle sorte que, pour prendre rang dans l'arcade alvéolaire, il lui eût fallu déplacer cette même molaire, qui s'opposait à son ascension. Le canal dentaire communiquait avec l'alvéole de la dent de sagesse, qui s'y engageait par l'extrémité d'une de ses racines; les sommets de celles-ci étaient tronqués, et le canal qui les parcourait présentait une dilatation insolite. Enfin la coloration bleuâtre du tissu éburné indiquait une altération de structure, on ne peut plus évidente.

L'observation suivante a de grandes analogies avec celle qui précède.

OBS. XX. — FORGET (loc. cit., obs. X). — Kyste du corps de la mâchoire; anomalie de développement de la dent de sagesse.

Mme D..., âgée de 30 ans, entre à l'hôpital de la Pitié au mois d'avril 1838. Elle est atteinte d'un gonflement très-notable de la moitié droite de la mâchoire, du volume d'un gros œuf de poule, allant de la deuxième incisive à la base de l'apophyse coronoïde. Elle raconte qu'il y a dix ans, après un nettoyage de dents, une petite tumeur s'était développée en regard des grosses molaires, et s'était accrue progressivement. A plusieurs reprises, elle avait ressenti des douleurs très-vives, qu'elle attribuait à la carie des dents, et trois de ces dernières tombèrent successivement.

Lisfranc réséqua la moitié de la mâchoire. La guérison fut rapide, et la malade quitta l'hôpital six semaines après l'opération.

Indépendamment d'une induration considérable des parties molles périmaxillaires, l'examen de la pièce permit de constater, au centre du corps de la mâchoire, l'existence d'une vaste cavité remplie d'un liquide sanieux et purulent. Cette cavité était formée par les deux tables du maxillaire très-amincies et réduites sur plusieurs points à

la seule épaisseur du périoste ; son fond, constitué par la base de l'os fort élargie, offrait en saillie la couronne de la dent de sagesse proéminent à l'intérieur du kyste, poussée horizontalement à la base de l'apophyse coronoïde, et solidement enclavée dans le tissu osseux.

Ainsi qu'il résulte de la lecture des observations précédentes, les symptômes de cette affection sont vagues : ils consistent en des douleurs sourdes, parfois à forme névralgique, et en une tumeur dure, s'étendant plus ou moins loin à partir de l'angle de la mâchoire inférieure, sur laquelle seulement ont été observés ces accidents. Ce sont les mêmes symptômes, on le voit, que dans l'ostéo-périostite hypertrophiante, dont j'ai parlé antérieurement ; et, de même que dans celle-ci, on évitera la confusion avec un ostéosarcome, en tenant compte de l'absence de la dent de sagesse du côté malade et de la rapidité moins grande de la marche. Quelquefois une ouverture fistuleuse, conduisant vers le bord alvéolaire, permet l'introduction du stylet, qui vient heurter contre la dent incluse.

Mais, tandis que la consistance de la tumeur sera uniformément dure dans l'ostéo-périostite hypertrophiante, on pourra quelquefois dans la forme kystique percevoir la crépitation parcheminée ou même la fluctuation. Dans les cas douteux on fera bien de ne pas négliger la ponction exploratrice.

Sera-t-il toujours possible de reconnaître s'il s'agit réellement d'un travail de raréfaction développé autour d'une dent incluse, ou si l'on se trouve en présence d'un kyste folliculaire ? Evidemment non. Toutefois l'on remarquera que les kystes folliculaires prennent naissance à une époque antérieure à celle de l'éruption, que d'ordinaire pendant longtemps ils restent stationnaires ou se bornent à un faible accroissement, et que, s'ils s'accompagnent de symptômes

aigus, ce n'est que d'une façon tardive ; tandis que dans la première forme on observe d'habitude des douleurs au début, au moment du travail d'éruption, douleurs qui précèdent l'apparition de la tumeur ; mais ces caractères n'ont rien d'absolu.

Heureusement que la précision du diagnostic n'a pas une bien grande importance, le traitement applicable à ces deux variétés étant le même, et consistant dans la préparation de l'os et l'extraction de la dent de sagesse. D'ailleurs, ainsi que le montre l'observation de M. Guibout, cette opération peut être insuffisante ; la tumeur continua dans ce cas à progresser, et il fallut, au bout de huit ans, recourir à la résection du maxillaire. On voit que le pronostic de ces affections osseuses présente une certaine gravité.

Nous venons de passer en revue des lésions inflammatoires des os aboutissant à la formation de produits, qui ont une certaine analogie avec des néoplasmes. Nous avons à aborder maintenant des accidents plus franchement inflammatoires, je veux parler de l'*ostéo-périostite simple ou suppurrée des maxillaires*.

Dans une première forme, essentiellement *chronique* et limitée au voisinage de l'alvéole, les phénomènes douloureux, accompagnés quelquefois d'un certain gonflement, constituent tous les symptômes. Les douleurs sont parfois violentes, continues, de longue durée ; il n'y a d'ailleurs ni suppuration, ni nécrose, et le diagnostic repose sur l'absence de la dent de sagesse ou sur la constatation des entraves que rencontre son éruption.

Jourdain (1) donne deux exemples curieux de cette

(1) Jourdain. *Traité des maladies et des opérations chirurgicales de la bouche*. Paris, 1778, t. II, ch. XVII, p. 616 et suiv., obs. VIII et IX.

variété. Le premier concerne une femme de 50 ans, qui souffrait au côté droit de la mâchoire inférieure, et avait perdu de ce côté les deux grosses molaires et la première bicuspidé. La gencive présentait à sa partie postérieure un ulcère douloureux, et dans le fond de celui-ci on apercevait un petit corps solide et blanchâtre au-dessous du niveau des bords alvéolaires. Après ablation de ces bords, Jourdain fit sortir la dent de sagesse, qui avait le volume d'une petite molaire, et dont une racine par sa courbure gagnait l'apophyse coronoïde.

Dans le second cas, il s'agissait d'un homme de 60 ans, affecté depuis longtemps de douleurs très-vives à la mâchoire inférieure et à gauche, en même temps que dans le cou et l'oreille. Toutes les dents manquaient de ce côté; mais à la partie inférieure de l'apophyse coronoïde on apercevait un point blanc et solide, qui était la troisième molaire. Après destruction du bord alvéolaire, tous les phénomènes douloureux se calmèrent.

Je n'insisterai pas plus longuement sur cette forme chronique, dont on trouvera plus loin quelques autres observations. Mais il est fréquent de voir l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire, provoquée par l'éruption difficile de la dent de sagesse, revêtir une forme plus ou moins *aiguë*, qui mérite d'attirer notre attention.

Lorsque la troisième molaire est gênée dans sa sortie par l'insuffisance d'espace ou par une direction vicieuse, qui n'est la plupart du temps qu'une conséquence de cette dernière, elle exerce une pression sur les parties dures qui l'environnent. C'est naturellement le périoste alvéolo-dentaire qui ressent les premières atteintes, et après lui la lame de tissu compacte qui limite l'alvéole; mais celle-ci se laisse beaucoup moins impressionner par l'irritation que le tissu spongieux ambiant, et elle peut rester saine, tandis

que ce dernier se trouve altéré. Pour peu que le travail inflammatoire s'étende davantage, il ne restera plus limité aux environs de l'alvéole, il envahira le corps même du maxillaire.

Je ne crois pas devoir suivre l'exemple de quelques auteurs, qui, en traitant notre sujet, ont décrit isolément l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire et celle du corps du maxillaire. La seconde n'est en effet qu'un degré plus avancé de la première, elle ne se déclare pas d'emblée ; tout au plus pourrait-il en être ainsi, lorsque la dent de sagesse s'est développée en un point très-éloigné de sa position normale ; et ces cas sont tout à fait exceptionnels.

Je n'ai pas à décrire les lésions anatomiques de l'ostéo-périostite : je me contenterai de dire que la forme qui nous occupe se termine habituellement par suppuration. Mais le siège de l'affection et les rapports anatomiques de la dent de sagesse impriment certains caractères à l'inflammation, la prédisposent à diverses complications, en un mot lui donnent une physionomie un peu spéciale qu'il importe de mettre en lumière.

Lorsqu'une périostite occupe le sommet d'un alvéole, l'issue des accidents ultérieurs dépendra du rapport de niveau entre le point affecté du périoste et le fond de la gouttière vestibulaire, c'est-à-dire de cette gouttière que limitent en dehors les lèvres et les joues et en dedans l'arcade dentaire correspondante : M. Magitot, dans diverses publications, a particulièrement insisté sur ce point. Si le sommet de la racine correspond à la cavité du vestibule, l'abcès s'ouvrira encore dans ce dernier ; mais lorsque ce sommet est situé à un niveau plus profond, le pus cherchant son issue la plus directe se portera vers les téguments de la joue au travers du tissu cellulaire lâche de la

région ; dans ce cas il y a phlegmon facial et ouverture cutanée.

Or, comme la muqueuse du vestibule se relève presque toujours au niveau du collet de la dent de sagesse inférieure, pour se continuer avec celle qui tapisse l'apophyse coronoïde, il en résulte que la portion radiculaire de cette dent répond en totalité à un niveau inférieur au fond du sillon : ainsi s'explique la fréquence des phlegmons et fistules des régions cervicale et faciale dans l'histoire des accidents provoqués par l'éruption de la troisième molaire. Ce ne sera guère que dans les cas de désordres graves et étendus que le pus se fera jour à la fois dans deux directions opposées, vers la gencive et vers la face.

En supposant toujours qu'il s'agisse de la dent de sagesse inférieure, cause ordinaire des accidents, l'abcès pourra s'ouvrir, soit au collet en longeant la racine, soit dans le vestibule en traversant l'os ; mais ce seront là des exceptions. Plus souvent le processus inflammatoire se dirigera vers la peau et se transmettra par continuité directe du périoste du maxillaire au tissu cellulaire de la face. S'il n'y a pas suppuration, tout pourra se borner à une *fluxion adémateuse* de la face ; sinon on sera en présence d'un vrai *phlegmon*.

Le gonflement s'étend, suivant les cas, à toute la région de l'angle de la mâchoire, à la région sous-hyoïdienne, parfois jusqu'à la clavicule et au sternum, en même temps que la face est absolument déformée. Après ouverture de l'abcès, si le sujet est sain et si la dénudation ne dépasse pas certaines limites, si surtout on a soin de s'adresser à la cause première des accidents, le périoste se recollera sur l'os dont il est séparé, et la guérison aura lieu même sans nécrose superficielle de ce dernier. Dans les conditions Heydenreich.

contraires, les lésions s'aggraveront et deviendront réellement inquiétantes.

C'est alors qu'on observera l'extension de l'inflammation à une grande partie du maxillaire, avec décollement très-étendu du périoste, ostéite du corps de l'os et nécrose consécutive. Alors aussi la suppuration ne se bornera pas au tissu osseux, elle franchira les plans musculaires et aponevrotiques, pour envahir le tissu cellulaire sous-cutané et de là se propager au loin, en déterminant par places la gangrène des tissus : en un mot, il se développera un *phlegmon diffus* avec ses redoutables conséquences.

Une complication, à peu près constante dans ces formes phlegmoneuses, est la constriction des mâchoires ; cet accident, qui présente une certaine corrélation avec l'intensité de l'inflammation, fera l'objet d'un paragraphe spécial, et je ne fais ici que le signaler.

Les divers accidents que nous venons de passer en revue peuvent trouver aussi, bien que beaucoup plus rarement, leur point de départ dans le maxillaire supérieur. La fluxion s'étend alors de préférence à la région temporale et au tissu cellulaire des paupières ; les muscles élévateurs de la mâchoire sont quelquefois envahis, mais moins souvent que dans le cas précédent.

A part les points sur lesquels je viens d'insister, le tableau symptomatique de la forme clinique que nous étudions est celui de l'ostéo-périostite des maxillaires, et plus spécialement de celle qui a les alvéoles pour point de départ. Au début, le malade ne se plaindra que de douleurs et de gonflement de la région. La douleur, tantôt sourde, tantôt vive et lancinante, d'ordinaire continue avec des exacerbations aiguës, affecte quelquefois la forme névralgique par propagation de l'inflammation au nerf dentaire inférieur ou par compression de ce tronc nerveux. Le gon-

flement porte tout à la fois sur l'os et sur les tissus ambients, et l'on observe tous les degrés depuis la simple fluxion œdémateuse jusqu'au phlegmon le plus aigu.

Lœwenhardt (1) décrit deux périodes à cette affection : une *période inflammatoire* et une *période suppurative*. D'après lui, les premiers symptômes consistent en une douleur répondant à l'oreille et à l'articulation temporo-maxillaire, douleur qui s'accentue le soir ou bien lorsque le malade mord un corps dur. Il survient du gonflement du côté des glandes parotide et sous-maxillaire, et, dans certains cas, l'on voit celles-ci s'enflammer et suppurer : circonstances qui ont induit les cliniciens en erreur et leur ont fait prendre ces glandes pour le siège primitif de la maladie.

A mesure que l'affection progresse, la tuméfaction augmente, la déglutition devient difficile, la douleur est plus vive, quelquefois au point que le contact le plus léger est insupportable ; le patient conserve le cou raide, et sa tête s'incline le plus souvent du côté malade. Les mouvements de la mâchoire deviennent de plus en plus gênés, au point de ne plus permettre qu'une alimentation liquide ; la fièvre s'allume et la santé s'altère.

Si, en dépit de la constriction des mâchoires, on parvient à examiner l'intérieur de la bouche, on constate que la gencive du côté atteint, surtout au niveau de la dernière molaire, est rouge, gonflée, douloureuse à la pression, et les parties voisines de la muqueuse buccale peuvent participer à cette inflammation. Quelquefois une petite ouverture de la gencive permet d'apercevoir un point blanc, qui n'est autre que la dent de sagesse, ou d'introduire un

(1) Diagnostisch-prakt. Abhandl. Prontzau, 1838 ; et Arch. gén. de méd., 1840, 3^e série, t. VII, p. 449.

stylet qui vient heurter contre celle-ci. De toute manière, on constatera que la troisième molaire n'occupe pas sa place, et, même en l'absence de tout autre signe local, cette particularité devra éveiller l'attention.

Au bout d'un temps variable, l'affection passe à la seconde période, et l'on se trouve en présence de ce que Lœwenhardt appelle la carie de l'os, mais de ce qui n'est à proprement parler que de l'ostéite suppurée. D'après le même auteur, un signe certain du début de cette période serait le relâchement de la dent molaire, qui devient mobile et peut être enlevée sans difficulté peu de temps après. En même temps des abcès se forment de différents côtés, des trajets fistuleux, parfois en nombre considérable, s'ouvrent à travers les muscles, qui peuvent être partiellement détruits. Mais avec ces modifications coïncide une notable diminution de la douleur et une moindre difficulté dans l'écartement des mâchoires.

Lorsque la maladie est arrivée à ce degré, l'issue ultérieure des accidents dépend surtout de l'étendue des lésions osseuses. Si celles-ci ne sont pas très-profondes, l'extraction de la dent de sagesse suffira pour permettre la guérison, qui sera même assez rapide. Si l'on n'intervient pas, l'affection progressera, soit d'une manière uniforme, soit avec des alternatives de rémission et d'exacerbation, qui constitueront des accidents à répétition. Il se produira ainsi une nécrose, et alors, même après l'avulsion de la troisième molaire ou son énucléation spontanée, la suppuration persistera indéfiniment jusqu'à l'expulsion du séquestre, et l'on devra aller à la recherche de ce dernier, quelquefois même, si les désordres sont graves, pratiquer la résection d'une portion du maxillaire.

A cette période, si la constriction des mâchoires s'oppose à l'examen de la bouche, le diagnostic sera entouré

de grandes difficultés. On aura bien l'exploration au stylet par les fistules extérieures, qui renseignera sur le siège de la lésion et sur l'état de l'os, et qui dans quelques cas permettra d'arriver sur la dent incluse ; d'autres fois, un cordon fibreux facile à sentir indiquera la direction de la fistule. Mais ce ne seront là que des signes de probabilité sur la cause première des accidents, et, s'il est impossible de triompher du resserrement des mâchoires, il planera toujours quelque incertitude sur le diagnostic. L'intervention chirurgicale n'en sera pas moins impérieusement commandée.

Une difficulté d'un genre différent peut se présenter au début de l'affection. Il arrive parfois, en effet, que les symptômes généraux dominent la scène, et que l'attention soit détournée de l'examen local par la fièvre, l'anorexie, la céphalalgie, les nausées, les vomissements, ou encore par l'un des phénomènes réflexes que nous aurons à étudier plus tard. Il importe de signaler ces faits que le praticien devra toujours avoir présents à l'esprit.

Il est inutile d'insister longuement sur le pronostic de l'ostéo-périostite du maxillaire; il découle des considérations précédentes. Ajoutons que, s'il existe des fistules intra-buccales, le pus séjourne dans la bouche et s'y altère, il pénètre dans les voies digestives, et peut causer ainsi des accidents d'infection putride, en un mot cette cachexie buccale, sur laquelle insiste M. Chassaignac. Enfin l'on a observé parmi les complications l'infection purulente dont M. Gaujot a vu un exemple (obs. XXXI), et un abcès du cerveau, dont M. Tueffert rapporte un cas (obs. XXXVI).

M. Richet a eu dans son service à l'Hôtel Dieu, cette année même, un homme de 33 ans qui a succombé à une complication semblable. L'ostéo-périostite, partie de la dent de sagesse inférieure gauche, avait déterminé la for-

mation d'un abcès de la fosse ptérygo-maxillaire ; le pus avait envahi les sinus de la base du crâne, et détruit une grande partie de l'hémisphère cérébral du même côté, intéressant la troisième circonvolution frontale et s'ouvrant dans le troisième ventricule. Cette intéressante observation, qui a été prise avec de grands détails par MM. Piéchaud et Suss, internes du service, m'est communiquée trop tard pour me permettre de la reproduire.

Il me reste à dire quelques mots de deux lésions qui parfois viennent s'ajouter à l'ostéo-périostite. La première est la *carie de la dent de sagesse* : développée dans l'organe au moment de son éruption, cette carie est par elle-même une source d'irritation pour le périoste voisin, et provoque un travail inflammatoire qui aggrave la phlegmasie causée par le manque d'espace.

La seconde de ces lésions est l'*arthrite de l'articulation temporo-maxillaire* ; mais les données que l'on possède à ce sujet sont assez obscures. M. Guyon a observé la suppuration de cette jointure à la suite d'une périostite de la branche montante du maxillaire ; il est vrai que dans ce cas il y avait infection purulente, et que, de plus, le point de départ était une carie de la dent de sagesse ; mais il est permis d'admettre que les accidents dus à l'éruption de la troisième molaire peuvent avoir les mêmes conséquences, et des lésions articulaires ont été constatées à l'autopsie dans le cas de M. Gaujot.

Jourdain et Toirac citent, d'autre part, des cas où cette éruption avait déterminé dans la région temporo-maxillaire une douleur telle que les malades ne pouvaient abaisser la mâchoire et la tenaient dans l'immobilité absolue. Mais l'anatomie pathologique n'a pas donné la clef de ce phénomène, et l'on ne peut affirmer qu'il se soit agi là d'une inflammation des éléments articulaires. D'ailleurs lorsque,

par suite de constriction des mâchoires, la jointure se trouve immobilisée, elle devient à la longue le siège de modifications qui finissent par apporter de grandes entraves à son fonctionnement.

Il est une dernière considération qu'il importe de ne pas perdre de vue. Dans les lésions osseuses, en général, le tempérament du malade ne sera pas sans influence sur la marche et sur l'issue de l'affection, et les sujets scrofuleux ou débilités seront particulièrement exposés aux suppurations osseuses de longue durée et à leurs suites redoutables.

Je ne quitterai pas ce sujet sans appeler l'attention sur une affection nommée par Toirac *pyorrhée inter alvéolo-dentaire*, par Marchal de Calvi *gingivite expulsive*, par M. Magitot *ostéo-périostite alvéolo-dentaire*, et qui consiste dans une inflammation du périoste dentaire amenant des altérations du côté des racines des dents et de la paroi osseuse des alvéoles, et entraînant la chute des dents. M. Armand Després (1), qui a été atteint de cette maladie, se fonde sur son observation personnelle et sur un certain nombre d'autres faits pour affirmer qu'elle est provoquée quelquefois par l'éruption de la dent de sagesse.

En effet, dit M. Després, si cette affection débute souvent vers l'âge de 16 ou 18 ans, si elle se voit à son plus haut degré chez les sujets qui ont toutes leurs dents ou les dents très-serrées, cela tient à ce que tous les alvéoles sont comprimés un à un par les racines des dents et serrés sur celles-ci par le fait de la poussée de dedans en dehors causée par la dent de sagesse. Cette action mécanique cause la nécrose des os, leur usure et leur résorption ; et ce sont les alvéoles des dents parues les premières, c'est-à-dire des

(1) A. Després. La chirurgie journalière. Paris, 1877, p. 656.

incisives, qui reçoivent les effets les plus puissants de la pression, de même que la pression exercée sur les extrémités d'une tige courbée se fait sentir surtout au niveau de la courbure. M. Després ajoute que ces lésions sont plus fréquentes à la mâchoire inférieure, dont l'étendue est moindre, et particulièrement chez les sujets à menton pointu, chez qui le maxillaire est insuffisant pour seize dents bien développées.

Pour guérir la maladie, M. Després conseille de faire de la place aux dents de sagesse, en sacrifiant les premières ou les deuxièmes molaires de chaque mâchoire. Il va même plus loin et donne le précepte d'arracher une petite molaire de chaque côté, au moment où apparaissent les douleurs étendues à toute la mâchoire inférieure pendant l'éruption des dents de sagesse. L'expérience n'a pas encore prononcé sur la valeur de cette théorie, et, en attendant son contrôle, je n'oserais conseiller une thérapeutique aussi radicale.

Les observations qui suivent sont des exemples des diverses lésions osseuses que nous venons d'étudier. Nous avons rejeté tous les cas de kystes du maxillaire, qui, bien que développés autour de la troisième molaire, ne semblaient pas nettement se ranger au nombre des accidents d'éruption.

Obs. XXI. — GURBOUT (Union méd., 1847). — Kyste séreux du maxillaire, développé par suite d'obstacles à l'éruption d'une dent de sagesse.

Femme de 51 ans, entrée dans le service de M. Monod pour une tumeur de la joue gauche étendue depuis l'angle de la mâchoire jusqu'au niveau de l'articulation temporo-maxillaire. Début à l'âge de 20 ans par de légères douleurs à la place occupée par la dent de sagesse et un gonflement notable de la mâchoire. Un dentiste arrache la deuxième molaire et fait l'excision de la gencive pour favoriser l'éruption de la dent de sagesse. Cependant les douleurs persistent, le gonflement augmente. En 1839, trois ou quatre ans après l'opération du dentiste, Velpeau ouvre le maxillaire et extrait

d'une cavité kystique la troisième molaire complètement développée. La joue continue à grossir, et le 1^{er} juin 1847 M. Monod fait la résection de la branche montante. Guérison.

On constate l'existence d'un kyste considérable ayant fait disparaître en certains points la paroi osseuse. Les parois du kyste sont en partie membraneuses, et l'on distingue trois compartiments, un pour le corps de la mâchoire, deux pour la branche montante. On ne trouve guère de membrane distincte qu'aux points où les poches se touchent; sur le reste de leur pourtour, les parois sont formées par les os, elles sont rugueuses et négales. Le contenu est un liquide séreux ne renfermant pas d'hydatides.

OBS. XXII. — RICHET (thèse de Reynaud; Paris, 1873, obs. II). — Kyste du maxillaire dû à l'inclusion d'une dent de sagesse.

Jeune fille de 20 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu en novembre 1872. Elle a été atteinte, il y a trois ans, de douleurs violentes, bientôt suivies d'une fluxion à droite, avec tuméfaction de la gencive dans la région de la dent de sagesse et ouverture d'un abcès qui reste fistuleux. Les douleurs disparaissent, mais la tuméfaction augmente dans la région préauriculaire, et il s'écoule par la fistule un liquide filant, rougeâtre, odorant.

La disformité aujourd'hui est très-apparente, sans changement de couleur à la peau; on sent que c'est le squelette lui-même qui est malade, et le relief de la tumeur semble occuper la partie supérieure de la branche montante jusque vers l'articulation; elle est dure, mais son centre se laisse déprimer pour revenir en place ensuite. A la place de la dent de sagesse inférieure droite on trouve des fongosités et une fistule, par laquelle on arrive dans une cavité assez vaste à parois rugueuses en plusieurs points et donnant en bas et en dehors la sensation d'un os à découvert; cette exploration est douloureuse, mais le nerf dentaire et l'articulation sont intacts.

M. Richet pratique la perforation du kyste, extrait une dent entière, qui était implantée en travers dans ses parois et y place un séton-tube. Quand il revit la malade plusieurs mois après, on ne trouvait, en fait de disformité, qu'une légère dépression à l'endroit où avait siégé la tumeur.

OBS. XXIII. — TOIRAC (loc. cit., obs. I). — Dent de sagesse poussant obliquement d'arrière en avant, dont la couronne va s'appuyer sur la dent voisine qui s'oppose à sa sortie.

Mme R..., 22 ans, éprouva, trois à quatre mois après son mariage, à Heydenreich.

l'angle de la mâchoire inférieure gauche, une douleur sourde qui s'étendit bientôt jusqu'à la ligne médiane; toutes les dents étaient douloureuses. Après avoir suivi plusieurs traitements, elle consulta Toirac. La face était pâle et tirée, la maigreur extrême; pas d'appétit et à peine du sommeil depuis un an. Rien n'annonçait la sortie d'une dent de sagesse; mais, par une incision assez profonde sur la gencive, derrière la deuxième grosse molaire, et en introduisant une petite sonde, Toirac reconnut un corps dur et lisse, autour duquel on pouvait promener l'instrument, excepté en avant, où il était arrêté. Diagnostic: dent oblique en avant, appuyée sur la molaire voisine. Avulsion de la deuxième molaire. Les souffrances disparaissent et avaient cessé cinq ou six jours après. Depuis ce moment, santé parfaite.

OBS. XXIV. — VAUTIER (Gaz. des hôp., 1856, p. 25). — Ostéo-périostite sub-aiguë du maxillaire.

Femme de 34 ans, prise à la mâchoire inférieure et à droite d'une douleur sourde allant de l'angle à la ligne médiane et devenant de plus en plus vive, au point que toutes les dents devinrent douloureuses. Perte d'appétit, insomnie, pâleur de la face. Malgré l'absence de tout indice indiquant la présence d'une dent de sagesse, Vautier incise la gencive derrière la deuxième grosse molaire et trouve une dent dirigée obliquement d'arrière en avant. Avulsion de cette dent et de la deuxième molaire. Guérison complète cinq jours après.

OBS. XXV. — ROBERT (loc. cit., obs. V). — Abcès et fistule de la région mentonnière causés par une dent de sagesse.

Homme de 32 ans, souffrant depuis plus de deux ans en un point correspondant à la dernière molaire gauche. Il se forme successivement deux abcès qui s'ouvrent, l'un dans la bouche, l'autre sur la joue, au-dessous de la commissure gauche de la bouche; ce dernier reste fistuleux. La fistule est traitée infructueusement par plusieurs médecins, dont l'un enlève même la deuxième molaire pour faire place à la troisième. Le malade entre à l'Hôtel-Dieu; on constate que le stylet arrive par la fistule sur la dent de sagesse. Arrachement de celle-ci. Guérison rapide.

OBS. XXVI. — NÉLATON (Gaz. des hôp., déc. 1861). — Ostéo-périostite du maxillaire.

Homme d'une trentaine d'années, entré à l'hôpital des Cliniques pour un abcès volumineux de la face inférieure de la joue avec tuméfaction de toute la région maxillaire et difficulté d'écarteler les mâchoires. Il éprouvait depuis longtemps, dans le côté de la mâchoire, des douleurs qui devinrent plus intenses il y a six mois ; puis il survint du gonflement et de la difficulté dans les mouvements. Au bout de quelques jours de séjour à l'hôpital, l'abcès s'ouvre dans la bouche ; les mâchoires s'écartent alors, et l'on constate à la place de la troisième molaire un trou, au fond duquel on sent la couronne dont la majeure partie est recouverte par la gencive.

OBS. XXVII. — MAGITOT (thèse de Chevassu, obs. XIV). — Ostéo-périostite du maxillaire.

L. B., 20 ans, est affecté depuis dix-huit mois d'une tuméfaction considérable de la joue gauche, avec fistules multiples donnant lieu à un écoulement purulent constant et très-abondant, compliqué d'une éruption hérétique de toute la région malade. La tuméfaction, du volume du poing, répond par son centre à l'angle de la mâchoire, et s'étend jusqu'à la région cervicale et jusqu'à la fosse temporale. Un stylet, introduit par l'une des fistules, se dirige vers la dent de sagesse et aboutit à un corps dur, rugueux. L'écartement des mâchoires est à peine de 1 1/2 centimètre. Au niveau de la dent de sagesse, la muqueuse est soulevée, fongueuse ; avec un stylet on arrive à sentir la couronne sur un plan très-inférieur. La dent est extraite avec la langue-de-carpe après incision des parties molles. Guérison au bout de trois semaines.

OBS. XXVIII. — MAGITOT (thèse de Chevassu, obs. XV). — Ostéo-périostite du maxillaire.

H. C., 25 ans, remarqua au fond de sa bouche, à gauche, un gonflement suivi de la formation et de l'ouverture d'un abcès. Un abcès fut ouvert aussi sur la joue au niveau de la moitié postérieure de la branche horizontale du maxillaire et laissa à sa suite un orifice fistuleux, donnant par jour un verre à Bordeaux de pus.

Deux mois après, on constate que la face est tuméfiée, que la fistule se

prolonge vers la dent de sagesse, que l'écartement des mâchoires ne dépasse pas 2 centimètres, que la dent de sagesse est cachée. Après avoir chloroformé le malade, et vaincu la constriction par la vis conique, on extrait la dent avec la langue-de-carpe ; elle est saine et de volume considérable. Au bout de quinze jours, le gonflement et l'écoulement ont disparu.

OBS. XXIX. — MAGIROT (thèse de Chevassu, obs. XVI). — Ostéo-périostite du maxillaire.¶

E. T., 32 ans, avait vu apparaître la dent de sagesse inférieure droite, sans aucun accident. Un an après, il se forma en ce point sur la gencive de petits abcès qui, après diverses variations, augmentèrent de volume, et rendirent les mouvements de la mâchoire presque impossibles. En même temps survint un gonflement de la joue et un abcès qui s'ouvrit spontanément un peu au-dessus de l'angle de la mâchoire. Deux années plus tard, il restait un empâtement assez étendu en cet endroit, et un stylet introduit dans la fistule rencontrait un corps dur, qui était la dent de sagesse, et de plus de petits séquestres. Les maxillaires ne s'écartaient que de 2 centimètres. On enleva avec la langue-de-carpe la dent de sagesse, qui avait un volume considérable, et dont une racine resta dans l'alvéole. Guérison complète quinze jours après.

OBS. XXX. — GAUJOT (thèse de Chevassu, obs. XVIII). — Ostéo-périostite du maxillaire.

Ch., 22 ans, éprouve depuis trois semaines des douleurs sourdes au côté gauche de la mâchoire avec gonflement des glandes sous-maxillaires, de la joue et du cou. Au bout de quinze jours, tuméfaction considérable, impossibilité d'écartier les mâchoires, peau rouge, adhérente aux tissus sous-jacents. On voit derrière la deuxième molaire la partie antérieure de la dent de sagesse ; la partie postérieure est masquée par la gencive tuméfiée. Incision de la gencive, issue d'une grande quantité de pus. Amendement de tous les symptômes ; persistance d'une petite fistule.

OBS. XXXI. — GAUJOT (thèse de Chevassu, obs. XVII). — Ostéo-périostite du maxillaire ; mort par infection purulente.

Robert, 25 ans, entre au Val-de-Grâce le 13 février 1873 pour des

douleurs très vives dans le côté droit de la mâchoire, avec tuméfaction, fièvre et écoulement de pus dans la bouche. Le gonflement occupe la joue et la partie supérieure du cou; la peau est tendue, rouge, luisante. Induration des tissus sous-jacents; fluctuation profonde au niveau de l'angle de la mâchoire. Les mâchoires ne s'écartent que d'un centimètre: ulcération de la gencive au niveau de la dernière molaire.

Le 19 février, incision jusqu'à l'os, ne donnant que fort peu de pus. Le 20, état général mauvais; pleurésie à droite. Les jours suivants, la fièvre monte à 39 et 40 degrés, le gonflement de la joue et du cou augmentent, l'écoulement de pus est abondant par la bouche; les mâchoires ne s'écartent pas. Le 23, frisson violent. Nouveaux frissons les jours suivants; état général de plus en plus grave, délire, coma. Mort le 3 mars.

Autopsie. — Liquide séro-purulent dans les plèvres; abcès métastatiques nombreux dans les poumons, le foie, la prostate; taches ecchymotiques sur la muqueuse vésicale. Les autres organes sont sains.

La peau du côté droit de la face adhère aux tissus sous-jacents, qui sont noirs, gangrenés. Le masséter est noir; ses fibres dissociées ne tiennent plus au périoste, et celui-ci n'adhère plus à l'os dans toute son étendue. L'os, mis à nu, a une teinte jaunâtre jusqu'à la symphise, avec des points noirs nécrosés: sa face interne est aussi altérée que l'externe. L'articulation temporo-maxillaire est atteinte d'ostéite. Les dernières molaires sont mobiles: en arrière de la dernière, un trajet fistuleux aboutit à l'alvéole de cette dent. Le pus a fusé dans les fosses temporale et ptérygo-maxillaire; à la région sus-hyoïdienne, on trouve, sur un plan superficiel, un liquide noirâtre qui a suivi le trajet de la jugulaire externe; plus profondément le pus est bien lié. Les ganglions sous-maxillaires et parotidiens sont transformés en une masse purulente.

Obs. XXXII. — VERNEUIL (thèse de Comoy; Paris, 1876, obs. V).

Homme de 36 ans. Douleur à l'angle gauche de la mâchoire inférieure, suivie de fluxion, de phlegmon de la joue, d'abcès ouvert dans la bouche au niveau de la deuxième prémolaire. Après une amélioration passagère, nouveau gonflement, ouverture sur la joue d'un abcès qui reste fistuleux. La dent de sagesse inférieure gauche est déviée en avant et n'occupe pas le même niveau que les autres dents. Extraction de la dent.

Obs. XXXIII. — TRÉLAT (thèse de Comoy, obs. VI).
Homme de 21 ans. Il y a sept mois, fluxion à droite vers la mâchoire

inférieure, ayant laissé une induration de la joue. Le mois suivant, mêmes phénomènes avec névralgies du globe oculaire et constriction des mâchoires. Abcès extérieur, restant fistuleux. Un cordon fibreux mène de la fistule à la dent de sagesse inférieure, qui est déviée en avant et butte contre la deuxième molaire. Extraction de la troisième molaire. Guérison.

OBS. XXXIV. — GOSSELIN (thèse de Comoy, obs. IX).

Homme de 27 ans, ayant eu à la mâchoire inférieure droite des fluxions répétées terminées par résolution. Il y a quinze jours, fluxion plus intense, abcès ouvert à l'extérieur. Par l'ouverture on tombe sur le maxillaire inférieur dénudé: la troisième molaire est légèrement déviée en avant. L'ouverture reste longtemps fistuleuse, l'inflammation diminue, mais le malade refuse l'extraction.

OBS. XXXV. — RICHET (Gaz. des hôp., 1877, p. 772). — Ostéo-périostite du maxillaire.

H..., 35 ans, blessé pendant la guerre à la joue gauche; il a eu une contusion violente, suivie d'abcès, de fistule, et à plusieurs reprises de gonflement de la joue. Etat actuel : tuméfaction marquée de la joue et de l'os au niveau de l'angle de la mâchoire; deux fistules donnant un pus phlegmonneux et venant d'une origine commune; la fistule supérieure mène le stylet sur quelque chose de dur qui n'est pas l'os. L'écartement des mâchoires est un peu gêné; la dent de sagesse manque en bas et à gauche. Le stylet introduit à ce niveau au-dessous du repli que forme la muqueuse buccale permet, après issue d'un peu de pus, de voir la dent de sagesse. Elle est implantée transversalement, la racine étant dans le maxillaire et la couronne regardant la joue; elle est fortement fixée, peut-être même enlacée au milieu d'un kyste osseux.

OBS. XXXVI. — TUEFFERT (Union médicale, 1877, 2^e vol., p. 610). — Eruption difficile d'une dent de sagesse; abcès périmaxillaire; abcès du cerveau; mort.

Une jeune fille de 18 ans est atteinte, en février 1876, d'une névralgie sus-orbitaire droite, irrégulièrement intermittente; au bout de quelques jours la douleur passe subitement de droite à gauche, et s'accompagne de

photophobie et de larmoiement. Après une amélioration passagère surviennent, le 26 février, des vomissements bilieux, sans fièvre, avec céphalée frontale et temporale droite. Puis on observe un strabisme interne de l'œil gauche, les paupières gauches ne s'écartent qu'avec le secours de la main, la face s'œdème du même côté; constipation, vertiges, quelques intermittences du pouls.

Le 2 mars. Violente douleur au niveau de l'articulation temporo-maxillaire et légère contracture du masséter. Le 8, on constate, en arrière de la deuxième grosse molaire inférieure gauche, un point douloureux spontanément et à la pression. Extraction de la deuxième molaire le 21. Malgré cette opération, la constriction des mâchoires augmente. Des douleurs atroces surviennent, le 9 avril, dans l'oreille gauche, mais disparaissent le lendemain, en même temps qu'apparaît un écoulement purulent. Un gonflement douloureux de l'angle du maxillaire se déclare; puis on observe, à partir du 23, des symptômes cérébraux, vertiges, syncopes, cardialgie, céphalée, cris pendant le sommeil; ces symptômes s'exagèrent par la pression en arrière de la deuxième molaire. Le 6 mai, incision d'un abcès à la région sous-angulaire. Le 12, troubles du langage. Mort le 16 mai dans le coma.

Autopsie. — Congestion des veines cérébrales, teinte verdâtre au niveau du lobe sphénoïdal gauche. L'incision du tissu cérébral à ce niveau donne lieu à un écoulement assez considérable de pus crémeux; l'abcès cérébral a le volume d'un citron. Le nerf oculo-moteur gauche est jaunâtre et ramollie.

Autour de la branche montante du maxillaire inférieur, deux abcès sus-périostiques isolés; pas de suppuration sous le périoste qui se détache facilement; au niveau de l'angle, dépôts osseux de nouvelle formation d'un millimètre d'épaisseur. L'alvéole de la deuxième molaire enlevée est oblitérée par du tissu osseux de nouvelle formation. La troisième molaire occupe une cavité, séparée de la surface par une lamelle de tissu osseux; le tissu aréolaire est très-vascularisé, et au niveau de la dent incluse les traces d'inflammation sont manifestes. Le nerf dentaire inférieur, situé au-dessous, est très-congestionné.

3^e Constriction des mâchoires.

La constriction des mâchoires, lorsqu'elle est due à l'éruption de la dent de sagesse, ne se présente qu'exception-

nellement à l'état de manifestation primitive. Il n'est pas rare de la voir compliquer les accidents muqueux, mais elle accompagne surtout l'ostéo-périostite du maxillaire, et c'est à ce titre qu'elle figure ici à la suite des accidents inflammatoires.

Quelle est sa cause ? Et cette cause est-elle toujours semblable ? La plupart des auteurs qui ont étudié la question ont adopté une opinion exclusive : les uns se rangeant à l'idée d'une contracture réflexe des muscles élévateurs de la mâchoire, les autres croyant à une propagation du travail inflammatoire au tissu musculaire. Pour ma part, je ne saurais adopter une de ces deux opinions à l'exclusion de l'autre, et la lecture d'un nombre assez considérable d'observations m'a convaincu qu'elles sont vraies toutes deux, mais que *dans la grande majorité des cas la constriction est de nature inflammatoire*. C'est cette proposition que je vais m'efforcer de démontrer.

Remarquons tout d'abord que, parmi les muscles élévateurs de la mâchoire, il en est deux surtout, c'est-à-dire le masséter et le ptérygoïdien interne, qui ont des rapports étroits avec la dent de sagesse inférieure. Tous deux sont appliqués contre la branche montante de la mâchoire, l'un sur sa face externe, l'autre sur sa face interne, et nous savons que la 3^e molaire est appuyée contre le bord antérieur de cette même branche. Si donc nous supposons un travail inflammatoire ayant pour point de départ les parties molles qui recouvrent la dent, on conçoit parfaitement qu'il gagne les muscles, et cette extension se comprendra mieux encore si le maxillaire, sur lequel reposent ces muscles, se trouve atteint.

Ces arguments ne sont tirés que du domaine de la théorie ; mais voyons les enseignements que nous donnent la clinique et l'anatomie pathologique.

Dans un cas d'ostéo-périostite du maxillaire avec constriction des mâchoires, dont l'issue a été funeste (obs. XXXI), M. Gaujot a trouvé le masséter de couleur noire; ses fibres dissociées ne tenaient plus au périoste, et celui-ci n'adhérait plus à l'os dans presque toute son étendue. Dans un cas du même genre, dans lequel le début remontait à plus d'un an (obs. XLIV), M. Richet pratiqua la section du masséter dans l'espoir de triompher du resserrement; il le trouva transformé en tissu fibreux, et dut avoir recours à l'opération de Rizzoli, parce que d'autres obstacles s'opposaient à l'écartement. Dans les deux cas il s'agissait évidemment de lésions inflammatoires: dans le premier la myosite était assez aiguë; dans le second on était en présence d'une rétraction, suite d'une myosite ancienne.

Si maintenant nous interrogeons la clinique, nous remarquons que la constriction des mâchoires, due à une affection dentaire, est extrêmement rare, lorsque la dent malade est une dent antérieure; qu'elle est d'autant plus fréquente que cette dent occupe un rang plus reculé sur l'arcade alvéolaire; enfin que la mâchoire inférieure en est le point de départ bien plus souvent que la mâchoire supérieure.

D'autre part, la constriction des mâchoires qui vient compliquer l'éruption de la dent de sagesse est rarement l'accident qui se présente le premier; elle fait suite à l'inflammation des parties molles, et surtout à l'ostéo-périostite du maxillaire inférieur. Au moment où elle se déclare, le tissu cellulaire qui entoure le masséter est déjà envahi par la fluxion. On peut suivre, pour ainsi dire, pas à pas les progrès du travail inflammatoire.

Enfin la marche habituelle de l'affection vient encore à l'appui des considérations précédentes. Elle est lente, pro-

Heydenreich.

10

gressive, dans un certain rapport avec l'intensité de la phlegmasie voisine : tandis qu'elle est très-grave en cas de phlegmon diffus, il est assez fréquent, au contraire, lorsque l'inflammation est circonscrite, de voir l'ouverture d'un abcès suivie d'une diminution notable de la constriction. Il est vrai que dans quelques cas on voit celle-ci persister après la cessation de l'inflammation dans les parties ambiantes ; mais cela tient alors à ce que la myosite, une fois développée, a de la peine à entrer en résolution, ou encore à ce que des lésions d'un caractère permanent sont venues mettre obstacle à l'écartement des maxillaires.

Nous sommes donc conduit à admettre un travail inflammatoire qui envahit, soit isolément, soit simultanément, le tissu de la joue et celui qui entoure la branche montante, et le tissu conjonctif interfasciculaire des muscles, spécialement du masséter, et probablement aussi du ptérygoïdien interne. La constriction résulte ainsi d'un ensemble de causes : la gêne mécanique produite par l'infiltration des tissus, la douleur ressentie à chaque tentative d'ouverture de la bouche, la contracture qui accompagne la myosite et qui est sujette à des exacerbations.

Si cet état se prolonge, la myosite aboutira à la transformation fibreuse du muscle et à sa rétraction. En même temps les tissus périarticulaires épaississent, indurés, apporteront des entraves aux mouvements de la jointure. Enfin cette dernière pourra être le siège de modifications conduisant à un degré plus ou moins avancé d'ankylose, lors même qu'elle aura été épargnée d'abord par la phlegmasie, et à plus forte raison lorsqu'elle aura été atteinte d'arthrite.

Arrivée à ce degré extrême, la constriction ne peut être guérie que par une opération radicale ; mais il faut ajouter qu'on la voit rarement arriver à ce point lorsqu'elle est due à l'éruption difficile de la dent de sagesse. Nous aurons

à revenir sur le traitement qui lui est applicable ; mais remarquons ici que la constriction de nature inflammatoire, dont nous venons de parler, ne cédera pas à l'anesthésie par le chloroforme, ou plutôt, vu ses causes multiples, ne subira qu'une certaine diminution, sans disparaître complètement.

En admettant la nature inflammatoire de la constriction, on aura l'explication de la majorité des cas qui se présentent ; mais il en est un certain nombre qui échappent à cette interprétation, et pour lesquels on est amené à invoquer une *contracture musculaire* des élévateurs de la mâchoire. Comme exemples bien caractéristiques de cette variété, nous citerons le cas de M. Duplay, qui se trouve reproduit plus loin (obs. LV), et dans lequel les accidents réflexes sont multiples, et l'observation suivante de Salter :

OBS. XXXVII. — JAMES A. SALTER (Guy's Hospital Reports, vol. XIII, 3^e série, 1867, p. 80). — Trismus chronique résultant de l'inclusion de la dent de sagesse inférieure.

A. B., 23 ans, a les dents volumineuses et les maxillaires comparativement étroits. Il a souffert depuis les trois dernières années d'attaques rémittentes de douleurs avec tuméfaction dans la bouche et vers les angles du maxillaire inférieur, où les dents de sagesse étaient profondément enchaînées et dans l'impossibilité, faute d'espace, de venir occuper leur place. Depuis quatre mois il est atteint de constriction des mâchoires. Cette constriction s'est produite brusquement, paraissant causée par la contraction du masséter gauche. Au moment où Salter vit le malade, il pouvait à peine insinuer entre ses incisives le tuyau d'une pipe. Après une semaine d'usage de la vis de Mauder, on put écarter suffisamment les mâchoires pour extraire la deuxième molaire gauche, la dent de sagesse se trouvant tout à fait hors d'atteinte ; la racine postérieure de cette dent était fortement érodée par résorption. Au bout de vingt-quatre heures, la mâchoire avait complètement perdu sa raideur, et le trismus ne se reproduisit plus.

On remarquera, dans le cas précédent, la brusquerie du début de la contracture, tandis que les lésions inflammatoires semblent n'avoir été que de très-faible importance; de même la guérison n'a pas été moins rapide, malgré la longue durée de la maladie, dès que la cause productrice de l'irritation a été supprimée. Tous ces caractères semblent établir bien nettement qu'il s'agissait là d'une contracture et non d'une inflammation.

Mais on peut se demander si, dans les cas de ce genre, le spasme musculaire est causé par une excitation nerveuse réflexe ou par une irritation de voisinage. Cette dernière ne me semble guère admissible que lorsque l'inflammation concomitante a une certaine intensité, et alors on pourrait supposer aussi bien que la phlegmasie a envahi le muscle et que la contracture résulte d'une myosite. L'action réflexe paraît beaucoup plus probable, et elle était évidente dans le cas de M. Duplay. Des accidents multiples avaient pour point de départ une ulcération de la joue due à la direction vicieuse d'une dent de sagesse supérieure: or, pour peu que l'on touchât la surface de la petite plaie, le malade serrait brusquement les mâchoires, en même temps qu'il voyait apparaître tous les troubles sensoriels dont il se plaignait.

Nous arrivons donc à cette conclusion finale: dans certains cas, la constriction des mâchoires, qui accompagne l'éruption de la dent de sagesse, reconnaît pour cause une contracture musculaire d'origine réflexe; mais dans les circonstances les plus habituelles elle est le résultat d'un travail inflammatoire susceptible d'envahir plus ou moins profondément les muscles.

Il est inutile que nous insistions sur les nombreux inconvénients de la constriction des mâchoires; l'alimentation solide devient impossible, les aliments liquides ne passent

souvent qu'avec difficulté. En même temps le diagnostic de la cause reste en suspens, et, lors même qu'il n'est pas douteux, on est obligé de différer le seul traitement réellement efficace, c'est-à-dire celui qui s'attaque directement à la dent de sagesse.

La *marche* de la constriction est d'ordinaire parallèle à celle de l'ostéo-périostite qu'elle vient si fréquemment compliquer. En d'autres termes, elle peut durer des semaines et des mois, tant que la troisième molaire n'a pas terminé son éruption ou n'a pas été extraite. Le retour graduel à l'état normal est la règle, et on l'a observé, en cas de traitement approprié, même après une constriction ayant persisté vingt mois. Mais si l'inflammation a été de longue durée, ou si elle a été violente, il peut en résulter une induration des tissus, une rétraction cicatricielle, enfin une transformation fibreuse du tissu musculaire, et ces lésions multiples s'opposeront au rétablissement des mouvements. A ce point de vue, la constriction par contracture musculaire semble moins redoutable, et il est probable qu'elle ne peut avoir d'aussi graves conséquences, bien que l'immobilité prolongée ait aussi ses dangers.

Est-il possible de faire un *diagnostic* différentiel entre ces deux variétés de resserrement des mâchoires? Entre les deux types nettement tranchés que nous avons admis, on voit des cas intermédiaires, dans lesquels on est assez embarrassé pour se prononcer. Toutefois si l'inflammation partie de la dent de la sagesse est faible, si le début de la constriction a été brusque, si l'on sent sous le doigt le muscle masséter rigide, et si cette rigidité est augmentée par l'irritation des parties voisines de la dent de sagesse, on admettra de préférence une contracture; tandis que l'empâtement général de la région et l'absence des caractères précédents porteront à rapporter les symptômes à la

phlegmasie. On se rappellera d'ailleurs que, même en cas d'inflammation, on pourra observer des exacerbations subites, la myosite ayant pour effet de déterminer des contractures.

En ce qui concerne le diagnostic de la cause, nous n'avons qu'un mot à dire : le chirurgien, mis en présence d'une constriction des mâchoires, devra songer à la dent de sagesse, et porter de ce côté ses investigations. Il ne se laissera pas arrêter par l'existence de symptômes généraux, pouvant faire croire à une maladie cérébrale ou à une fièvre continue ; nous voyons, en effet, que, dans l'observation de M. Landouzy, que l'on trouvera plus loin (obs. XLV), l'affection débuta par un malaise général, des maux de tête, des nausées, des vomissements et une fièvre intense. Malheureusement le précepte que nous formulons n'est applicable que dans les cas légers ; il faudra, dans les cas plus graves, procéder d'abord à la dilatation forcée de la bouche, sur laquelle j'aurai à revenir.

La constriction des mâchoires étant un accident fréquent, on en trouvera de nombreux exemples dans les observations disséminées dans ce travail. Nous plaçons à la suite de ce paragraphe celles dans lesquelles la constriction était plus marquée et a plus particulièrement attiré l'attention. Le resserrement des maxillaires y est en général de nature inflammatoire ; toutefois il y a doute pour quelques cas, et les deux dernières observations, dont l'une est relative, d'ailleurs, à une carie de la dent de sagesse, semblent avoir trait à une contracture musculaire.

OBS. XXXVIII. — TOIRAC (loc. cit., obs. IV). — Dent de sagesse poussant et étant arrêtée en partie sous la base de l'apophyse coronoïde.

Boulangé, corroyeur, se présente avec un gonflement extrême de la joue

droite, étendu depuis les paupières jusqu'à la clavicule ; la face et le cou étaient parsemés de nombreuses cicatrices résultant d'abcès qui s'étaient ouverts naturellement, ou qu'on avait été obligé d'inciser. Depuis plus de vingt mois, le malade ne pouvait ouvrir la bouche et ne se nourrissait que de bouillons et de potages, introduits grâce à l'absence d'une petite molaire supérieure gauche. En outre, à 3 pouces de l'angle de la mâchoire, fistule à contours boursouflés, laissant écouler une sanie purulente ; un stylet y pénètre obliquement d'avant en arrière à plus de 3 pouces de profondeur, et est arrêté par un os à nu. Autre fistule sur le cou. Santé très-altérée, grande maigreur, peau terreuse ; de temps en temps coliques atroces, presque toujours suivies de déjections liquides et abondantes ; digestions pénibles, depuis quelque temps surtout, par suite du mélange des aliments avec le pus fétide de la bouche.

Tous les moyens avaient été vainement mis en usage pour favoriser l'ouverture de la bouche. Toirac employa un petit morceau de bois, taillé en bec de flûte, que le malade enfonçait lui-même de plus en plus entre les arcades dentaires, à mesure que la tension de la joue cédait. Au bout de vingt-quatre heures l'ouverture était de 6 à 7 lignes ; le coin de bois fut remplacé par un bouchon de liège aminci en biseau, dont on augmenta graduellement la grosseur. Grâce à ce moyen on put extraire la dent de sagesse de Boulangé ; elle était vacillante et baignée, ainsi que sa voisine, dans un pus abondant. Au bout de quatre ou cinq jours se présenta un séquestre appartenant à la base de l'apophyse coronoïde, et sur lequel était monlée une petite portion de la partie supérieure de la dent. Ablation d'un autre séquestre huit jours après. Le gonflement depuis lors diminua peu à peu, et avait disparu au bout de vingt jours.

OBS. XXXIX. — TRUDEAU (*The British and For. med. Review*, oct. 1839). — Ostéo-périostite du maxillaire avec constriction des mâchoires.

Chez le malade dont il s'agit, la joue droite formait une tumeur considérable, occupant tout le côté de la face et du cou jusqu'à la clavicule ; de nombreux abcès s'ouvrirent là et là et quelques-uns restèrent fistuleux. Pendant vingt mois, le malade ne put ouvrir la bouche et se nourrit au moyen de liquides introduits par l'ouverture que laissait une dent absente. Au début, on avait observé des accidents digestifs graves et une anémie profonde, dus peut-être au pus avalé. Il n'y eut d'amélioration qu'après l'introduction entre les arcades dentaires d'un morceau de bois cunéiforme. Au bout d'une semaine, on put arracher deux dents, puis extraire un frag-

ment d'os nécrosé appartenant à la base de l'apophyse coronoïde. Guérison deux mois après.

OBS. XL. — SARAZIN (thèse de Paris, 1855).

D. J., 24 ans, entre au Val-de-Grâce le 4 novembre 1854. Depuis deux ans, à trois reprises différentes, il avait été atteint de fluxion du côté gauche avec gêne des mouvements de la mâchoire; à la dernière récidive, le chirurgien du régiment lui avait arraché la dent cariée, à laquelle il attribuait son mal. Mais le 20 octobre il passa la nuit à la pluie, et vingt-quatre heures après il était pris d'une telle constriction des mâchoires que selon lui on n'aurait pu introduire la lame d'un couteau entre ses incisives. Vives douleurs au niveau de l'angle maxillaire gauche; pas de douleur dentaire; pas de gonflement de la joue. Ces symptômes présentent des alternatives d'amélioration et d'exacerbation, s'accompagnant de maux de gorge et de douleurs à l'angle de la mâchoire et dans l'oreille.

Le 19 novembre, l'écartement des maxillaires laisse difficilement passer le doigt. On constate l'absence des deux dents de sagesse gauches. A la place de la supérieure, la gencive est mollosse et tuméfiée; la gencive qui recouvre la dent inférieure est plus gonflée encore, et la pression sur ces deux points est très-douloureuse, et détermine l'écoulement d'un peu de sang mêlé de pus. Le repli muqueux qui recouvre le bord antérieur de l'apophyse coronoïde est tuméfié, douloureux à la pression; le long de la branche montante de la mâchoire les tissus sont légèrement engorgés. Un peu de gêne pendant la mastication; mais la parole est facile. Vingt saignées derrière les oreilles, fumigations émollientes dans la bouche.

Le 24 novembre, les mouvements sont plus faciles, l'écartement des mâchoires est de 2 centimètres; il y a eu quelques crachements purulents. Le 3 décembre, écartement normal.

OBS. XLI. — GOSELIN (thèse de Béal, Paris, 1876, obs. V).

Homme de 28 ans. Constriction modérée des mâchoires depuis deux ans; le malade n'a pas ses dents de sagesse. Pas de gonflement; douleurs propagées spécialement sur les rameaux de la branche auriculo-temporale gauche. Extraction de la dernière molaire inférieure gauche, qui est saine; amélioration considérable.

OBS. XLII. — RICHET (thèse de Béal, obs. III).

Elève de l'école polytechnique, affecté d'une forte constriction des mâchoires. La dent de sagesse inférieure droite n'est pas sortie, et en ce point une ouverture conduit dans une cavité assez spacieuse, laissant écouler un liquide rougeâtre d'odeur infecte; tumeur assez volumineuse; fistule au-devant du masséter. Ouverture de cette coque osseuse et extraction de la dent de sagesse qui s'y trouve. Aujourd'hui, quinze mois après l'opération, la liberté des mâchoires n'est pas complète; le masséter du côté opéré est resté induré et atrophié.

OBS. XLIII. — RICHET (thèse de Béal, obs. IV).

Homme de 66 ans, ayant été atteint il y a un an de gonflement vers la branche montante gauche du maxillaire; au bout de six semaines, fièvre intense, suppuration étendue vers le cou, ouvertures fistuleuses. Après la cessation de l'inflammation, les muscles restent contracturés pendant 9 à 10 mois; dès que la contracture diminue, le malade vient faire examiner sa bouche. M. Richet aperçoit la dent de sagesse inférieure, recouverte presque entièrement par la gencive, et ne faisant saillie au dehors que par une surface peu étendue; elle était cariée. Elle est extraite, et l'on constate l'absence de racines, tandis que la carie n'envahit que la portion ayant percé la gencive. Le lendemain la suppuration, qui durait depuis plus de 10 mois, était arrêtée. Guérison.

OBS. XLIV. — RICHET (thèse de Béal; Paris, 1876, obs. recueillie par Redard). — Contracture permanente de la mâchoire depuis seize mois, par évolution vicieuse de la dent de sagesse; opération de Rizzoli; guérison.

Homme de 29 ans, ayant eu différents accidents dentaires. En septembre 1874, violentes douleurs dentaires, suivies de gonflement considérable du côté gauche de la face, et d'abcès ouvert par M. Nonat au-devant du masséter. Quelques jours après, à la suite d'une tentative infructueuse d'extraction d'une molaire, le malade éprouve un peu de difficulté à ouvrir la bouche, et les mâchoires se rapprochent complètement au bout de huit jours. L'angle de la mâchoire présente du gonflement, un nouvel abcès se forme et reste fistuleux comme le précédent.

Examen le 28 janvier 1876. Ganglions sous-maxillaires engorgés à Heydenreich.

gauche. Le malade ne peut ouvrir la bouche, et ne se nourrit que grâce à la perte des dents à droite. Le masséter est très-résistant, paraît collé sur l'os. Pendant les efforts du malade, on sent au bord antérieur du muscle une corde dure, animée de mouvements élastiques. Peau adhérente au niveau du masséter et du maxillaire ; quelques légers mouvements dans l'articulation temporo-maxillaire. Par la bouche on sent une corde formée par le tendon du temporal. La dernière molaire est cariée, et l'os est manifestement hypertrophié à ce niveau.

M. Richet sectionne le masséter transformé en tissu fibreux ; pas de résultat. Section de l'os en arrière de la dernière molaire. Après avoir brisé l'alvéole de celle-ci, on en extrait une dent dont les deux racines sont incluses dans l'os et présentent les traces d'un travail inflammatoire. Cette dent a sa couronne dirigée du côté du bord postérieur de la mâchoire, et ses racines regardant en avant. Guérison.

OBS. XLV. — LANDOUZY (thèse de Boisson, Paris, 1878). — Resserrement des mâchoires causé par une ostéo-périostite suppurée consécutive à l'évolution d'une dent de sagesse.

Femme de 27 ans, entrée le 22 septembre dans le service de M. Fernet, à l'hôpital Beaujon, se plaignant depuis huit jours de maux de tête, de malaise général, de perte d'appétit, de nausées, d'insomnie ; facies légèrement typhoïde ; température rectale 40°,2 le matin, 41° le soir. Le lendemain vomissements bilieux, alternatives de rougeur et de pâleur du visage. Pas de changement notable jusqu'au 7 octobre : à cette date elle peut à peine ouvrir la bouche, sans qu'il y ait ni douleur ni gonflement des téguiments ou des gencives ; l'écartement des incisives ne dépasse pas 2 centimètres, les massétiers sont demi-durs, sans que leur exploration soit douloureuse. Le 10, la bouche s'ouvre facilement, mais le 28 la constriction devient plus forte qu'au début, et il existe des douleurs assez vives au niveau de la tempe gauche et dans tout le côté gauche du maxillaire supérieur.

Les jours suivants, même état des mâchoires ; déglutition des liquides (seuls aliments possibles) difficile et douloureuse ; apparition de douleurs dans l'oreille gauche et la branche montante du maxillaire inférieur. Température 38° le matin, 39° le soir. Le 5 novembre, un léger écartement des mâchoires permet d'apercevoir, au niveau de la dent de sagesse inférieure gauche qui manque, un bourrelet gingival, rouge-violacé, ulcéré sur sa face interne, douloureux à la pression ; la pression sur la deuxième

molaire provoque une douleur dans le maxillaire. La bouche s'ouvre assez bien le 11 ; le pilier antérieur gauche est tuméfié ; à sa base la gencive présente un orifice fistuleux donnant un peu de pus ; la pression est à peine douloureuse. Le 19 on voit émerger la dent de sagesse de la gencive à peine tuméfiée. La malade quitte l'hôpital le 1^{er} décembre ; la pression de la gencive est encore un peu douloureuse, la petite fistule persiste sans donner de pus.

Obs. XLVI. — VERNEUIL (observation due à mon ami Jalaguier, interne du service). — Constriction des mâchoires, probablement par contracture musculaire, due à une carie de la dent de sagesse.

Homme de 30 ans, atteint de resserrement des mâchoires depuis 2 ans, entré à l'hôpital de la Pitié le 22 mai 1878. Le malade croit que ses dents de sagesse sont sorties il y a plusieurs années. La constriction a débuté subitement il y a 2 ans ; puis sont apparues des douleurs, de la fièvre ; un abcès s'est ouvert, d'une part dans la bouche au voisinage de la troisième molaire inférieure gauche, de l'autre sur la peau immédiatement en arrière de l'angle de la mâchoire. L'écoulement de pus n'a duré que quelques jours, et les douleurs ont disparu.

A l'entrée du malade à l'hôpital, l'écartement des maxillaires au niveau des incisives n'est que de 5 à 6 millimètres. Le masséter n'offre pas de rigidité ; mais M. Verneuil suppose une contracture des ptérygoïdiens ou du temporal. Les deux dents de sagesse inférieures sont gâtées, la gauche est douloureuse.

Le 23 mai, après avoir chloroformé le malade, on applique l'ouverture-bouche, et on obtient avec difficulté un écartement de 2 1/2 centimètres ; la dent de sagesse inférieure gauche est extraite. Au réveil, l'écartement est assez faible, et cette difficulté est plus grande encore le lendemain. Le malade quitte l'hôpital au bout de deux jours ; huit jours après l'opération, l'écartement des mâchoires était faible.

II. ACCIDENTS NERVEUX

Si nous avions à faire l'énumération de tous les accidents nerveux attribués sans preuve à l'éruption des dents de sagesse, leur liste serait longue. Toutefois, dans certains cas, la relation de cause à effet, que l'on a cherché à établir

sans invoquer à l'appui un argument sérieux, semble si invraisemblable qu'il ne nous paraît pas nécessaire même d'en faire mention.

Quoi qu'il en soit, il est deux variétés d'accidents nerveux qui ne sont pas très-rares : la contracture des muscles élévateurs de la mâchoire, que nous venons d'étudier et sur laquelle nous ne reviendrons pas, et les névralgies. D'autre part, quelques observations isolées prouvent d'une façon incontestable la possibilité de troubles fonctionnels des organes des sens ou du système musculaire. Nous aurons à passer en revue ces divers accidents.

Il est assez difficile de faire l'histoire des névralgies dues à l'éruption de la troisième molaire, en les isolant des lésions inflammatoires. Si, en effet, on trouve des cas où des névralgies franches constituent elles seules toute l'affection, plus souvent on voit des douleurs à forme un peu différente venant compliquer une ostéo-périostite ou une phlegmasie de la gencive, ou même se manifestant à l'état isolé.

De ce nombre sont les douleurs d'oreille que l'on observe dans l'ostéo-périostite du maxillaire, l'odontalgie qui est fréquente dans la même maladie et que l'on rencontre aussi en cas d'inflammation et d'ulcération de la membrane muqueuse, enfin diverses autres irradiations douloureuses.

Mais l'éruption des dents de sagesse s'accompagne quelquefois d'une douleur intense, sans provoquer le moindre signe d'inflammation locale; un simple retard dans la sortie de ces dents détermine assez souvent de grandes souffrances, lors même qu'elles paraissent avoir amplement la place nécessaire à leur entrée dans l'arcade alvéolaire. Ces douleurs ne s'expliquent pas très-faisamment : Tomes suppose que, par l'élongation naturelle de leurs racines à mesure de leur formation, les troisièmes molaires compri-ment et déplacent les nerfs qui se rendent aux autres

dents. Il faut ajouter qu'une douleur, provenant réellement d'une dent de sagesse, est parfois rapportée par le malade à un endroit de la bouche situé bien plus en avant, par exemple à une bicuspidé.

D'autres fois, par suite du manque d'espace, une dent de sagesse exerce une compression sur la deuxième molaire au-dessous du niveau de la gencive, détermine ainsi la mise à nu du germe de cette dent, et cause de violentes souffrances dont la source est souvent longue à découvrir.

Oudet a connu une actrice de 18 à 20 ans, qui ressentait dans les articulations temporo-maxillaires des douleurs très-vives toutes les fois qu'elle s'était livrée à une conversation animée ou à l'exercice de la déclamation : cette incommodité cessa quand les dernières molaires parurent.

Les névralgies proprement dites peuvent s'observer lorsque la gencive seule s'oppose par sa résistance à la sortie de la dent, ou encore lorsque l'obstacle provient du manque d'espace du côté des parties osseuses. Sont-elles dues à une névrite développée par irritation de voisinage? Reconnaissent-elles pour cause une compression des nerfs? Ou faut-il invoquer simplement l'action réflexe? Il est impossible de répondre à ces questions; mais il est probable que l'origine des névralgies n'est pas toujours la même, et peut-être les différentes causes que nous venons d'indiquer interviennent-elles suivant les cas? De toute façon, l'action réflexe ne saurait être niée dans certaines circonstances, où les douleurs se font sentir sur le trajet de plusieurs filets nerveux.

Dans la plupart des cas, il s'agit d'une névralgie affectant l'un ou l'autre des nerfs dentaires, ou s'étendant à l'une des branches du trijumeau, surtout au nerf maxillaire inférieur, ou au maxillaire supérieur, quelquefois à toute la cinquième paire. C'est ainsi que l'on observe des dou-

leurs dans l'oreille, dans le globe oculaire, enfin sur tout un côté de la face. D'autres fois, les nerfs occipitaux sont envahis à leur tour, ou bien les irradiations douloureuses se propagent vers le cou, l'épaule et même le bras du côté correspondant. Presque toujours l'affection reste unilatérale.

Ces douleurs peuvent être continues avec des exacerbations, ou, au contraire, présenter le caractère intermittent et la plus grande régularité dans leur retour périodique. On les a vues s'accompagner de fièvre et épuiser les malades, ou devenir si violentes qu'elles les faisaient tomber en syncope ou les poussaient au suicide. D'ailleurs elles n'excluent en rien les divers accidents que nous avons étudiés précédemment.

Relativement à leur marche, nous retrouvons les mêmes particularités sur lesquelles nous avons déjà attiré l'attention. En l'absence d'intervention rationnelle, elles persistent jusqu'au moment où la dent est complètement dégagée, et, si ce dégagement est impossible, il ne semble pas qu'elles guérissent spontanément. Au contraire, elles cèdent très-rapidement, aussitôt qu'on s'est attaqué à leur cause ; et, pour reconnaître celle-ci, il n'y a qu'un précepte à appliquer : c'est de songer à examiner les dents de sagesse.

Nous compléterons ces notions en donnant quelques exemples des différents types qu'affectent les névralgies que nous étudions.

OBS. XLVII. — JOHN HUNTER (Œuvres complètes, traduction Richelot, 1839, t. II.)

Une dame de 25 à 26 ans fut atteinte d'une violente douleur, qui, d'abord limitée à la mâchoire supérieure, s'étendit ensuite à tout un côté de la face, comme un violent mal de dents déterminé par le froid, et s'accompagna de

fièvre. On traita d'abord cette affection comme un refroidissement, mais sa persistance fit supposer ensuite qu'elle était de nature nerveuse. Quelques mois après, la douleur persistant, elle vint consulter Hunter, qui trouva l'une des pointes d'une dent de sagesse sur le point de percer la gencive. Il incisa celle-ci et les accidents se dissipèrent immédiatement.

OBS. XLVIII. — J. HUNTER (*loc. cit.*).

Une dame de 25 à 26 ans fut atteinte d'une violente douleur dans le côté gauche de la face; elle était périodique, revenait tous les jours à six heures du soir. La malade prit sans résultat du quinquina, des antimoniaux, de la poudre de Dower. Mais la présence d'une des pointes de la dent de sagesse de ce côté de la mâchoire supérieure fit connaître la cause des souffrances: la gencive fut incisée, et la douleur disparut.

OBS. XLIX. — DÉSIRABODE (*thèse de Malagou-Désirabode, Paris, 1838.*)

Le Dr Olmade, de Montpellier, atteint depuis trois mois de violente odontalgie avec constriction des mâchoires assez forte pour empêcher toute alimentation solide, est examiné par Désirabode père. La dent de sagesse inférieure gauche est sur le point de sortir, mais le malade en refuse l'extraction qui lui est proposée. A quelque temps de là, abcès, trajet fistuleux, nécrose partielle du maxillaire. La dent de sagesse, saine du reste, s'était déviée en avant; elle est extraite, alors qu'elle était incomplètement sortie.

OBS. L. — DÉSIRABODE (*Journ. des conn. médico-chirurgicales, 1^{er} septembre 1831.*) — Anomalie de position d'une dent de sagesse; névralgie dentaire: mort par suicide.

Chéron, 25 ans, charron, est apporté en 1841 à la Pitié, dans le service de Lisfranc. Sujet depuis quelque temps à de violentes douleurs de dents, il s'était précipité dans la rue de la fenêtre de sa chambre, située sous les combles. A son entrée à l'hôpital, nombreuses contusions et abattement profond; trismus la nuit suivante, mort le lendemain. A l'autopsie, on trouve la dent de sagesse inférieure gauche placée sous la gencive fortement tuméfiée; elle est dirigée d'arrière en avant, ses racines correspon-

dant à la base de l'apophyse coronoïde, et sa couronne appuyée contre la dernière grosse molaire sur laquelle elle exerçait une forte pression.

OBS. LI. — WEBER (Deutsch. Viertelj. f. Zahnheilk., 1867).

Femme de 27 ans, affectée, depuis deux ans, de douleurs dans la tête, le visage et tout le côté gauche du corps; quelquefois elles étaient si violentes que la malade perdait connaissance. Comme la dent de sagesse n'avait pas paru, Weber enleva la deuxième molaire. La douleur disparut, ainsi que le gonflement dur des joues, du cou et de l'oreille qui durait depuis des mois.

OBS. LII. — TOMES (Traité de chirurgie dentaire, trad. franç., Paris, 1873).

Névralgie oculaire.

Gentleman de 28 ans, ayant souffert pendant environ 6 mois d'une douleur névralgique atroce de l'œil gauche. Franchement périodiques, les accès revenaient deux fois par jour, le soir vers sept heures, le matin, vers trois heures; ces derniers étaient plus intenses. La santé avait grandement souffert de ces douleurs prolongées et de la privation de repos; les toniques finissaient par devenir impuissants. La troisième molaire supérieure gauche, bien que la place ne manquât pas sur l'arcade alvéolaire, était couchée horizontalement, la couronne dirigée en dehors vers la joue. Comme elle était une source d'irritation pour cette dernière partie, on l'enleva. Les attaques cessèrent complètement à dater de ce moment; neuf mois plus tard, Tomes aperçut une nouvelle dent, partiellement sortie au point d'éruption normal de la dent de sagesse, et ce qui prouve l'intimité des rapports de l'organe extrait avec cette deuxième dent de sagesse, c'est qu'il avait ses racines recourbées presque à angle droit à l'extrémité.

OBS. LIII. — CHEVASSU (loc. cit., obs. V.) — Douleur névralgique due à l'éruption de la dent de sagesse.

Depuis quelques jours, l'auteur éprouvait une douleur sourde au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure gauche avec gêne de la déglutition, surtout le matin. Les douleurs augmentèrent peu à peu, surtout la nuit, avec élancements vers l'oreille, la tempe et l'orbite, et gonflement douloureux de l'amygdale gauche. En arrière de la deuxième grosse molaire, la

gencive formait un bourrelet douloureux à la pression. L'incision de ce bourrelet amena un certain soulagement ; mais, huit jours après, les bords de la plaie étaient soudés, et les douleurs avaient reparu. Nouvelle incision avec les mêmes suites que la première. Troisième incision, suivie de la cessation des accidents.

Obs. LIV. — Bourdin (Gaz. méd., 1875, p. 48). — Névralgie causée par les obstacles à l'éruption d'une dent de sagesse.

Jeune Belge, âgé de 23 ans, atteint d'accidents névralgiques. La deuxième molaire était si rapprochée de l'apophyse montante du maxillaire que la dent de sagesse ne pouvait trouver place ; celle-ci, d'ailleurs, avait pris une direction horizontale et comprimait la deuxième molaire. On essaie vainement d'extraire la dent de sagesse. Le malade vient à Paris, où le chirurgien-dentiste Lallement conseille l'extraction de la deuxième molaire. Cette avulsion est pratiquée, et les névralgies disparaissent comme par enchantement.

Nous savons fort peu de chose sur les *troubles* provoqués dans les organes des sens par l'éruption de la 3^e molaire. On trouve dans la littérature chirurgicale un assez grand nombre de cas, où des affections diverses de l'œil n'étaient qu'un simple retentissement d'une lésion dentaire ; mais il paraît tout à fait exceptionnel que la sortie de la dent de sagesse ait de semblables conséquences.

Salter et Hyde Salter ont vu un sujet affecté d'ambylopie et de douleurs intra-oculaires, avec paralysie faciale qui ne tarda pas à être complète ; cette dernière était due à la compression du nerf facial par des produits inflammatoires, sécrétés dans la région parotidienne sous l'influence de la carie d'une dent de sagesse supérieure ; l'affection de l'œil était probablement d'origine réflexe, car elle revint plus tard à l'occasion d'une altération d'une dent inférieure, et s'accompagna alors de paralysie douloureuse du

Heydenreich.¹²

bras. Mais rien n'autorise à supposer que cette carie de la 3^e molaire fût liée à son éruption.

Dans une observation que je dois à l'obligeance de mon ami le Dr Parinaud, un homme de 23 ans fut atteint d'une kératite interstitielle de l'œil gauche, sans qu'on pût découvrir aucune cause générale à cette affection; par contre, il avait souffert, un an auparavant, d'une fluxion provoquée par l'éruption de la dent de sagesse gauche, et celle-ci n'était pas encore entièrement sortie. L'âge du sujet, la localisation de la kératite sur un seul œil, sont des arguments en faveur d'une relation entre la maladie et l'éruption de la 3^e molaire, d'autant plus que beaucoup d'oculistes regardent comme assez bien établis les rapports de la kératite interstitielle et de l'évolution dentaire. Toutefois ce fait n'est pas absolument concluant, et, comme le malade n'a pu être suivi, il lui manque la sanction du traitement.

Au contraire, dans un cas observé par M. Duplay, les troubles des organes des sens ont présenté des caractères tels qu'il n'est pas possible de nier leur point de départ; ils consistaient en désordres fonctionnels de la vue et de l'ouïe, sans lésions appréciables, mais avec contracture des muscles masticateurs et névralgie du trijumeau. Tous ces accidents étaient dus à une ulcération de la joue produite par l'éruption vicieuse d'une dent de sagesse, et ils subissaient de notables exacerbations, sitôt qu'on irritait légèrement la plaie : preuve manifeste de leur origine.

On sait que la névralgie du trijumeau, lorsqu'elle est violente, peut s'accompagner de spasmes des muscles de la face et par conséquent des paupières, de larmoiement, de photophobie, de bourdonnements d'oreille. Ces différents phénomènes peuvent donc compliquer une névralgie due à l'éruption de la 3^e molaire. Mais dans le cas dont nous nous occupons, il y a plus : M. Duplay, se basant sur l'ab-

sence de lésions du fond de l'œil, a émis l'idée qu'il s'agissait de troubles circulatoires ayant leur siège dans un point plus élevé, et vraisemblablement à l'origine cérébrale des nerfs optiques.

Nous n'entrerons pas dans une discussion théorique sur ce point, nous bornant à reproduire l'observation de M. Duplay.

OBS. LV. — DUPLAY (Arch. gén. de méd., 6^e série, t. XXII, 1873, p. 217).

Evolution vicieuse de deux dents de sagesse ; resserrement des mâchoires ; phénomènes réflexes ; guérison.

Billet, tailleur de pierres, 26 ans, entre le 10 février 1873 à l'hôpital Saint-Antoine pour une constriction permanente des mâchoires. Il y a un mois et demi, il a reçu un coup violent sur la joue gauche au niveau de l'angle de la mâchoire ; quinze jours après, la région est devenue douloureuse, rouge et légèrement tuméfiée. Au bout de huit jours, il se croyait guéri, mais il ne pouvait ouvrir la bouche aussi bien que d'habitude, et cette difficulté n'a fait qu'augmenter.

A son entrée, l'écartement maximum des maxillaires est de 12 millimètres au niveau des incisives. Les parties extérieures sont normales, l'articulation temporo-maxillaire est saine. Mais la dent de sagesse supérieure gauche, fortement déjetée en dehors, a ulcéré la joue à son niveau ; et, de plus, le doigt introduit dans la bouche sent le masséter fortement contracté et dur. Diagnostic : resserrement des mâchoires par contracture réflexe des muscles masticateurs, sous l'influence de l'évolution vicieuse de la dent de sagesse supérieure.

A partir du 14 février, on introduit chaque jour entre les arcades dentaires un dilatateur mécanique, à l'aide duquel on obtient un écartement de 25 millimètres. Cependant le sang qui s'écoule de l'ulcération ne permet pas un examen précis ; de plus, la dilatation s'accompagne chaque fois de vives douleurs dans la joue et dans la tempe. A ces phénomènes douloureux s'ajoutent bientôt des troubles marqués du côté de la vue et de l'ouïe. Le malade ressentait une douleur atroce dans l'œil gauche, la vue s'obscurcissait complètement, et, au milieu de ces ténèbres, il accusait l'apparition à courts intervalles de brillants éclairs ; mêmes sensations, mais à un degré moindre, dans l'œil droit. Du côté de l'ouïe, il éprouvait une vive douleur

et des bourdonnements intenses. Ces phénomènes disparaissaient presque aussitôt qu'on cessait la dilatation.

Le 24, la dilatation ayant été portée à 30 millimètres, on constate que l'ulcération de la joue est bien la cause des troubles nerveux ; car il suffit de toucher la surface de la petite plaie pour que le malade serre brusquement les mâchoires, en accusant de vives douleurs dans tout le côté correspondant de la tête et en se plaignant de voir apparaître aussitôt tous les troubles sensoriels déjà signalés : douleurs oculaires, éblouissements, otalgie, bourdonnements.

Le 27, examen ophthalmoscopique et otoscopique. Le fond de l'œil est parfaitement normal et reste normal après l'irritation de l'ulcération et l'apparition de tous les troubles réflexes. L'oreille gauche présente un affaiblissement notable de l'ouïe, une large perforation de la membrane du tympan dans sa moitié antérieure ; la muqueuse tympanique est blanchâtre, le fond du conduit est rouge et légèrement tuméfié ; la trompe d'Eustache est libre ; enfin il n'y a, pour ainsi dire, aucun écoulement. Il s'agit évidemment de lésions anciennes, mais le malade ne peut donner sur ce point aucun renseignement.

Le 3 mars, la dent de sagesse supérieure gauche est extraite sans trop de difficultés à l'aide de la clef de Garengeot. Les jours suivants, sensibilité très-vive dans le côté correspondant de la face, avec points douloureux sus et sous-orbitaires. Ces phénomènes commencent à se calmer, le 10 ; et l'on reprend la dilatation, qui est portée à 30 millimètres sans troubles réflexes.

Le 17, la dilatation est plus grande, l'ulcération de la joue est à peu près cicatrisée. Mais on en découvre une autre au niveau de la dent de sagesse inférieure qui, à peine visible et cachée jusque là par le gonflement, se déjette en dehors et s'enfonce dans la joue. Après une première tentative infructueuse, cette dent est enlevée, le 31, avec la langue-de-carpe, et son avulsion provoque une stomatite, avec vives douleurs dans toute la tête et insomnie persistante, mais sans troubles réflexes.

Les phénomènes douloureux persistent assez longtemps malgré la guérison des accidents locaux ; ils s'amendent vers le milieu du mois d'avril, puis disparaissent. L'ulcération se cicatrice, ne laissant qu'une légère induction. Le 21 avril, on recommence la dilatation qui est portée séance tenante à 30 millimètres ; l'écartement ne détermine qu'un peu de douleur, mais pas de phénomènes réflexes. Le 28, la dilatation, est facile, elle est portée à 45 millimètres, sans provoquer presque de douleurs. Le malade quitte l'hôpital le 7 mai : la dilatation se maintient, et l'écartement des

mâchoires n'est aucunement douloureux. Cet homme a été revu plus tard ; la guérison ne s'est pas démentie.

Si nous passons aux désordres que présente le système musculaire, en faisant abstraction de la contracture des élévateurs de la mâchoire que nous avons étudiée déjà, nous ne rencontrons que quelques cas isolés. Salter a observé une *paralysie du bras*, qui cessa brusquement après l'avulsion d'une dent de sagesse, dont l'éruption se faisait dans une direction vicieuse. Voici d'ailleurs les détails du fait :

OBS. LVI. — JAMES A. SALTER (Guy's Hospital Reports, vol. XIII, 3^e série, 1867, p. 80). — Paralysie du bras résultant de l'inclusion et de la carie d'une dent de sagesse.

Miss B..., 24ans, vint consulter Salter, le 15 octobre 1864, pour des accidents causés par la dent de sagesse inférieure gauche. Celle-ci avait percé la gencive, mais était profondément placée et couchée horizontalement, sa couronne appuyant en avant contre la deuxième molaire ; la dent était en outre cariée. Depuis qu'elle avait fait son premier effort d'éruption, la malade avait ressenti une douleur assez vive vers l'angle de la mâchoire. En dernier lieu cette douleur était devenue intense, et s'était accompagnée de paralysie du bras gauche. La malade était dans l'impossibilité absolue de se servir de son bras, de l'élever ou de saisir quelque objet avec la main ; elle ne pouvait ni s'aider de son membre pour s'habiller, ni tenir sa fourchette pendant ses repas. En même temps une douleur continue, analogue à une douleur rhumatismale, siégeait dans la totalité du membre.

L'extraction de la dent fut très-difficile. Mais aussitôt que la douleur produite par l'avulsion se fut calmée, la malade déclara que les symptômes du côté du bras s'étaient complètement évanouis.

Il semble que, dans certains cas, la difficulté d'éruption de la 3^e molaire a été la cause déterminante de *convulsions épileptiformes*. Dans une observation de Portal (1), ces con-

(1) Portal. Obs. sur l'épilepsie. Paris, 1829, p. 206.

vulsions se limitaient à un côté de la face ; elles étaient très-violentes et accompagnées de douleurs extrêmement intenses. La dent ne fut pas enlevée dans ce cas, mais les attaques, qui avaient commencé avec le début de l'éruption de l'organe, disparurent entièrement avec l'achèvement de ce travail.

Portal mentionne un second cas, dans lequel les convulsions étaient générales ; la maladie, qui s'accompagnait d'une violente névralgie faciale, fut complètement guérie par l'avulsion de la 2^e molaire, la dent de sagesse ayant paru impossible à extraire.

Nous aurions maintenant à énumérer un certain nombre de faits que l'on trouve cités dans les auteurs, mais sur lesquels on est en droit d'élever plus d'un doute. Bornons-nous aux suivants :

Monro aurait observé une chorée chez une jeune fille à l'époque de l'éruption des dents de sagesse.

Esquirol, cité par Toirac, raconte qu'une dame atteinte de folie fut amenée à sa maison de santé, et qu'il la rendit à la raison en favorisant, par une incision cruciale, la sortie d'une dent de sagesse.

Des attaques d'hystérie auraient été vues par quelques observateurs. On est allé jusqu'à accuser l'éruption des 3^{es} molaires de troubles divers se manifestant dans les appareils digestif, circulatoire, respiratoire et même utérin. Mais je ne suivrai pas les auteurs qui se sont engagés dans cette voie, attendant qu'ils nous présentent, au lieu d'hypothèses plus ou moins ingénieuses, des faits précis et concluants.

Le Dr. J. C. L. G. de la Motte (1) a fait une étude approfondie de l'éruption des dents de sagesse. Il a montré que l'éruption de ces dents n'a rien de commun avec celle des dents de devant. Les deux processus sont tout à fait distincts. Le développement des dents de devant dépend de l'apport de nutriments par la circulation sanguine. Le développement des dents de sagesse dépend de l'apport de nutriments par la circulation lymphatique. Le développement des dents de devant dépend de l'apport de nutriments par la circulation sanguine. Le développement des dents de sagesse dépend de l'apport de nutriments par la circulation lymphatique.

CHAPITRE IV.

TRAITEMENT.

Une considération de la plus haute importance domine le traitement des accidents, quelle qu'en soit la nature. Il faut s'adresser le plus tôt possible à la cause, sans se laisser égarer dans un traitement symptomatique. Ce n'est pas à dire que ce dernier doive être négligé; mais il ne vient qu'au second plan, et je m'abstiendrai d'en parler, parce qu'il n'offre rien de spécial dans les circonstances qui nous occupent.

Le traitement principal, celui qui seul est réellement efficace, est donc indépendant, dans une certaine mesure, de la nature des accidents auxquels il s'agit de parer, tandis qu'il est en relation étroite avec leur cause.

Si la gencive seule fait obstacle à l'éruption de la dent de sagesse, il sera parfaitement inutile de sacrifier celle-ci, il suffira de s'adresser à la muqueuse qui la bride. Le procédé le plus simple est l'*incision de la gencive*; mais il arrive souvent que les lèvres de la plaie se réunissent aussitôt après l'opération, et que les accidents se reproduisent.

Pour éviter cet inconvénient, Toirac, après avoir incisé profondément la gencive dans la portion qui recouvrait la dent, interposait un bourdonnet de charpie entre les lèvres de la division, et insistait beaucoup sur ce pansement malgré la douleur qu'il occasionne, surtout au début.

D'autres auteurs, au lieu d'une incision longitudinale, font une incision en V à sommet antérieur, ou une incision

cruciale, ou encore emploient le cautère actuel. Lisfranc considère l'emploi de ce dernier comme une hérésie chirurgicale, par la raison que la douleur est plus vive et que l'on s'expose à brûler plus ou moins profondément l'émail dentaire. Il recommande particulièrement l'excision des lambeaux de la gencive, et conseille, pour empêcher la cicatrisation, de passer un stylet boutonné entre les lèvres de la plaie et de déchirer ainsi les cicatrices naissantes. Quant aux ulcérasions et aux hourrelets muqueux qui se développent sur la gencive, il les combat par la cautérisation au nitrate d'argent fondu ou au nitrate acide de mercure.

M. Chassaignac emploie de préférence une solution de nitrate d'argent au sixième, qu'il porte sur le point malade avec un pinceau de coton. Il ajoute que, dans les cas d'ulcération de la portion de gencive interposée entre l'apophyse coronoïde et le collet de la dernière molaire, l'attouchement du cul-de-sac géno-maxillaire avec cette solution, pratiqué au début de l'affection, lui a toujours réussi. On pourrait avoir recours encore à l'acide chromique pur et solide, que recommande M. Magitot.

Lorsque les surfaces ulcérées présentent une sensibilité excessive, on obtient, d'après Tomes, un grand soulagement, en les touchant très-légèrement avec l'acide nitrique et en faisant ensuite des applications répétées de phénate de soude.

Pour faire l'incision de la gencive, le bistouri n'est pas commode; les inégalités de la dent sont gênantes et l'on risque d'entamer l'émail. Il est plus avantageux de se servir du déchaussoir à lame de canif tranchant sur la concavité; on introduit l'instrument sous la gencive, et l'on incise d'avant en arrière de la dent vers la muqueuse.

Il n'est qu'à titre de curiosité historique que nous citons

les attaques violentes dirigées contre l'incision des gencives, principalement par Lecamus, qui se basait sur un fait rapporté par Tulpus. D'après cet auteur, un médecin d'Amsterdam, tourmenté par les dents de sagesse qui ne pouvaient sortir, se fit inciser les gencives avec un scalpel ; il en résulta de la fièvre, du délire et la mort rapide du malade. Mais cette observation est trop incomplète pour fournir un argument sérieux.

S'agit-il d'un accident muqueux d'un autre genre, c'est-à-dire d'une ulcération de la langue ou de la joue due à une déviation de la dent de sagesse ? C'est à cette dernière qu'on devra s'attaquer, et son sacrifice sera la plupart du temps nécessaire. Toutefois si la dent est saine, si la déviation est faible et tend à se corriger, on pourra essayer un traitement palliatif, consistant dans l'isolement et la cauterisation de la partie ulcérée. Mais pour peu que les accidents se reproduisent, il ne faudra pas hésiter à enlever la dent.

Toirac, dans un cas où le gonflement des parties et le mauvais état de la dent rendaient l'extraction immédiate à peu près impossible, interposa entre la dent et la joue un morceau de linge, ébancré de manière à embrasser la couronne et assez épais pour empêcher celle-ci de faire saillie. Il avait recours en même temps à un traitement émollient, et au bout de peu de jours l'amélioration était suffisante pour lui permettre l'avulsion de l'organe.

Les ulcérations, tant de la joue que de la langue, pourront d'ailleurs être touchées légèrement, soit avec l'acide chlorhydrique, soit avec l'un des caustiques précédemment nommés. S'il y a un développement notable de fongosités, on sera autorisé à en faire l'excision, ou bien on les détruira avec l'acide chromique.

Il est une précaution qui ne devra pas être négligée,

Heydenreich. 13

chaque fois que, par suite d'un travail d'ulcération des muqueuses ou encore d'une suppuration osseuse, une certaine quantité de pus sera versée dans la bouche : elle consistera à faire de fréquents lavages, pour empêcher le croupissement des liquides sanieux; et les douches intéro-buccales de M. Chassaignac remplissent parfaitement cette indication.

Supposons maintenant que les entraves à l'éruption de la dent de sagesse résident dans les parties dures, dans le manque d'espace. Il faudra de toute nécessité, ou *extraire cette dent*, ou lui *ouvrir la voie* en supprimant l'obstacle.

Si l'étroitesse de l'ouverture de l'alvéole est seule en cause, on imitera la conduite de Jourdain. Ce chirurgien, après avoir mis la dent à découvert par l'excision de la gencive, détruisit à l'aide d'une gouge toute la portion du bord alvéolaire qui lui parut devoir gêner le passage de la couronne ; celle-ci ne tarda pas à paraître après l'opération.

Mais la plupart du temps le manque d'espace tient à la distance insuffisante qui sépare l'apophyse coronoïde de la deuxième grosse molaire. Le sacrifice d'une dent devient alors nécessaire, et l'on enlèvera de préférence la dent de sagesse. Si son avulsion est impossible, ou rencontre de trop grandes difficultés, on fera l'extraction de la deuxième molaire, dans l'espérance que la troisième, n'étant plus gênée dans sa sortie, achèvera normalement son éruption. Cette opération suffit d'habitude; s'il en était autrement, elle aurait du moins l'avantage de faciliter ensuite l'ablation de la dent de sagesse.

On remarquera que, pour extraire la dent de sagesse et en particulier la dent de sagesse inférieure, surtout lorsqu'elle ne fait qu'apparaître au niveau de la rangée dentaire, il est presque impossible de se servir de la clef de Garengeot ou du davier. Il faut avoir recours à un instrument agissant à la manière d'un levier, et celui que l'on

emploie généralement aujourd'hui est la *langue-de-carpe*. On en introduit la pointe à plat entre la dent de sagesse qu'on veut ôter et la dent voisine qui sert de point d'appui; puis, par un mouvement de bascule, on soulève la troisième molaire en la poussant en même temps en haut et en arrière. Il suffit alors de la saisir avec le davier pour l'amener au dehors.

Ce procédé est celui qui semble le mieux réussir, bien que l'on ait inventé des instruments spéciaux pour l'extraction des dents de sagesse. Il est applicable même dans l'occlusion presque complète de la bouche et sur une dent plus ou moins incluse, à la seule condition que l'instrument puisse l'atteindre et pénétrer par son bord tranchant entre la couronne de la seconde molaire et celle de la troisième. Pourtant il est nécessaire que la seconde molaire existe et soit solide, et que la dent à arracher n'ait pas subi une destruction trop considérable.

Ajoutons que l'avulsion des dents de sagesse supérieures est susceptible de réussir par d'autres procédés, et Oudet les enlevait de préférence avec le pélican.

Nous avons vu que, dans certains cas, la dent de sagesse est réellement incluse dans l'épaisseur du maxillaire, qu'il est impossible alors de l'extraire par les moyens habituels, et que l'avulsion d'une dent voisine ne serait d'aucune utilité. Quelle conduite faudra-t-il tenir dans ce cas? Il est formellement indiqué d'enlever la dent, mais l'application du précepte est difficile.

En effet, la troisième molaire étant cachée par la gencive et l'os, on ne pourra savoir exactement où elle se trouve. D'autre part, si l'on se frayait le passage par la gouge ou le maillet, il serait préférable d'opérer par la bouche, pour éviter les cicatrices; mais comment la faire ouvrir suffisamment pour manœuvrer à son aise? L'opération est cer-

tainement plus facile par l'extérieur, [après dissection de la peau ; en cas de constriction des mâchoires, elle est même seule applicable. C'est donc à elle que l'on donnera la préférence dans la plupart des cas d'inclusion de la dent de sagesse.

Cependant il ne faut pas perdre de vue que, dans l'incertitude qui règne sur la position de la dent, cette opération peut être entreprise sans résultat. M. Sarazin conseille de commencer par l'extraction de la deuxième molaire, et de ne trépaner l'os que si cette avulsion est insuffisante. En tout état de cause, on fera bien de ne pas temporiser trop longtemps, et l'on se décidera à aller à la recherche de la dent ; d'autant plus que cette opération, ainsi que le font remarquer les auteurs du *Compendium*, est moins sérieuse que la résection, ressource ultime, et devra au moins être tentée avant cette dernière. Le malade peut être soulagé d'ailleurs, lors même que les recherches pour trouver la troisième molaire restent infructueuses, et il est inutile dans ce cas de faire une nouvelle tentative opératoire.

La *résection du maxillaire*, que l'on pratiquait assez souvent autrefois dans cette affection, est destinée à devenir plus rare à mesure des progrès du diagnostic. Elle est indiquée cependant dans certains cas où les altérations de l'os sont considérables, ou encore lorsque ces lésions continuent à s'étendre après l'ablation de la dent incluse, comme c'était le cas chez le malade de M. Guibout.

Il m'est impossible d'ailleurs d'entrer dans le détail de cette question, et je ne parlerai pas davantage du traitement consécutif que peut nécessiter une nécrose du maxillaire. Mais je suis obligé de m'arrêter un instant sur la constriction des mâchoires, qui peut causer de graves embarras au chirurgien.

Remarquons en effet que, pour triompher de cette con-

striction, il faut s'attaquer à la dent de sagesse, et que d'un autre côté cette opération est impossible par la bouche, tant que la constriction persiste. Or il serait plus que téméraire de recourir à la trépanation de l'os, avant d'avoir posé seulement un diagnostic précis. Aussi les chirurgiens ont-ils en général conseillé un procédé différent.

Je ne ferai que citer l'anesthésie par le chloroforme, qui est impuissante dans la plupart des cas, ainsi que nous l'avons dit, et qui de plus expose à de graves dangers, vu l'impossibilité de saisir la langue du malade. Mais l'écartement forcé et progressif des mâchoires n'est point possible des mêmes critiques.

Toirac se servait d'un petit morceau de bois, taillé en bec de flûte, que le malade enfonçait de plus en plus entre ses arcades alvéolaires, à mesure que la tension de la joue cérait. Dès que l'ouverture était de 6 à 7 lignes, il remplaçait le coin de bois par un bouchon de liège aminci en biseau, et dont on augmentait graduellement la grosseur. Toirac ajoute que pendant les temps froids le malade devient plus souffrant, et ne trouve de soulagement qu'en tenant la bouche fermée : ce qu'il ne manque pas d'exécuter si rien ne s'y oppose ; aussi faut-il le tenir très-chaudement. Grâce à ce moyen on obtient un écartement suffisant pour pouvoir extraire la dent de sagesse.

On réussirait de même en employant, pour triompher du resserrement, soit la vis conique, soit l'un des nombreux instruments qui ont été inventés dans ce but. Mais quelquefois les phénomènes inflammatoires sont si violents, que l'on est obligé d'ajourner de quelques jours l'intervention chirurgicale, pour faire de larges débridements et appliquer un traitement antiphlogistique.

Enfin il est des cas où la constriction des mâchoires dure depuis très-longtemps et s'accompagne de modifications

des tissus telles qu'une opération radicale peut seule permettre l'écartement des maxillaires. La *myotomie*, que conseille M. Richet, pourrait réussir si les muscles seuls étaient altérés. La plupart du temps elle sera insuffisante, et l'on devra alors recourir sans hésiter à l'*opération d'Es-march* ou à celle de *Rizzoli*. Il sera possible d'ailleurs, ainsi que l'a fait M. Richet, de combiner, en cas de besoin, une semblable opération avec la trépanation de l'os et l'expansion de la dent de sagesse.

BIBLIOGRAPHIE.

- Urbain HÉMARD. — Recherche de la vraye anathomie des dents, nature et propriété d'icelles. Lyon, 1581, p. 48.
- FAUCHARD. — Le chirurgien-dentiste. Paris, 1746.
- John HUNTER. — Œuvres complètes. Traduction de Richelot, 1839, t. II.
- JOURDAIN. — Traité des maladies de la bouche. Paris, 1778, t. II, chap. XVII, p. 616.
- BOYER. — Traité des maladies chirurgicales. Paris, 1818, t. VI, p. 340.
- A. TOIRAC. — Mémoire sur les diverses espèces de déviations dont est susceptible la dernière dent molaire, in Revue médicale, 1828, t. I, p. 396.
- PORTAL. — Observations sur l'épilepsie. Paris, 1829, p. 206.
- OUDET. — Art. Dent, in Dict. en 30 volumes.
- MALAGOU-DÉSIRABODE. — Des dents de sagesse. Thèse de Paris, 1838.
- TRUDEAU. — In The British and for. med. Review, oct. 1839.
- LOEWENHARDT. — Diagnostisch-prakt. Abhandl. aus dem Gebiete der Med. und Chir. Prentzau, 1838; et Arch. gén. de méd., 3^e série, t. VII, 1840, p. 119.
- PIORRY. — Traité de pathologie iatrique ou médicale. Paris, 1841, t. I, p. 482.
- VELPEAU. — Cliniques, t. III, p. 389.
- LISFRANC. — Médecine opératoire, t. I, p. 487.
- GUIBOUT. — In Union médicale, 1847.
- DÉSIRABODE. — In Journal des connaissances médico-chirurgicales, 1^e septembre 1851.
— Compendium de chirurgie pratique, t. III, 1852-61, p. 666.
- ZINN. — De la constriction des mâchoires. Thèse de Paris, 1855.
- VAUTIER. — In Gaz. des hôp., 31 mai 1856.
- CHASSAIGNAC. — Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical. Paris, 1859, t. II, p. 431.
- AM. FORGET. — Des anomalies dentaires. Paris, 1859.
- ROBERT. — In Gaz. des hôp., 20 janvier 1859.
- ROBERT. — Cliniques. Paris, 1860, p. 127.
- GOURIET. — In Gaz. des hôp., 1860, p. 454.
- ALBERT. — Die Krankheiten an der Wurzelhaut der Zähne. Berlin, 1860.
- NÉLATON. — In Gaz. des hôp., décembre 1861.
- ALBRECHT. — Klinik der Mundkrankheiten, 1862.
- WEBER. — In Deutsch. Viertelj. f. Zahnheilk., 1867.

- MAGITOT. — Sur l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire. In Arch. gén. de méd., 1867.
- James SALTER. — In Guy's hospital reports, 3^e série, vol. XIII, 1867, p. 80.
- HOHL. — In Corr.-Bl. der Ver. der Aerzte in Reg.-Bez., Merseburg, 1868.
- FORT. — In Union médicale, 3^e série, t. VII, 1869, p. 493.
- BROCA. — Traité des tumeurs, t. II, 1869.
- MAGITOT. — In Gaz. des hôp., 1869, p. 250.
- SARAZIN. — Art. Dent, in Dict. de méd. et de chir. prat.
- F. GUYON. — Art. Maxillaires, in Dict. encyclop.
- WEIDL. — Die Pathologie der Zähne. Leipzig, 1870.
- PITHA et BILLROTH. — Handbuch der allg. und spec. Chir. Bd. III, Abth. I, p. 233.
- HOLMES. — Syst. of Surgery, t. IV.
- MAGITOT. — Mémoire sur les kystes des mâchoires, in Arch. gén. de méd., 6^e série, t. XX et XXI, 1872 et 1873.
- LEGROS et MAGITOT. — Origine et formation du follicule dentaire chez les mammifères, in Journ. de Robin, 1873, p. 449.
- TOMES (John et Charles). — Traité de chirurgie dentaire. Trad. franç. Paris, 1873.
- HARRIS et AUSTEN. — Traité théorique et pratique de l'art du dentiste. Trad. franç. Paris, 1873.
- DUPLAY. — In Arch. gén. de méd., 6^e série, t. XXII, 1873, p. 217.
- CHEVASSU. — De quelques accidents causés par l'éruption et la déviation de la dent de sagesse. Thèse de Paris, 1873.
- MORCRETTE. — De quelques accidents d'origine dentaire. Thèse de Paris, 1873.
- REYNAUD. — Etude sur les kystes du maxillaire inférieur. Thèse de Paris, 1873.
- REMY. — In Bullet. de la Soc. anat., 30 mai 1873.
- AUBERTIN. — Essai sur les kystes dentaires. Thèse de Paris, 1874.
- DOLBEAU. — In Gaz. des hôp., 1874, p. 4041.
- BOURDIN. — In Gaz. méd., 1875, p. 48.
- A. DESPRÉS. — Art. Mâchoires, in Dict. de méd. et de chir. prat., 1875.
- ARNULPHY. — Etude sur les anomalies de la dent de sagesse inférieure. Thèse de Paris, 1876.
- BÉAL. — Etude sur la constriction permanente des mâchoires. Thèse de Paris, 1876.
- COMOY. — Des déviations de la dent de sagesse inférieure. Thèse de Paris, 1876.
- PIETKIEWICZ. — De la périostite alvéolo-dentaire. Thèse de Paris, 1876.
- MAGITOT. — Traité des anomalies du système dentaire chez l'homme et les mammifères, Paris, 1877.
- A. DESPRÉS. — La chirurgie journalière. Paris, 1877, p. 636.

- RICHET. — In Gaz. des hôp., 1877, p. 772.
 TUEFFERT. — In Union médicale, 1877, 2^e vol., p. 610.
 MAGITOT. — Art. Fluxion dentaire, in Dict. encyclop.
 DUPLAY. — In Progrès médical, 13 avril 1878.
 BOISSON. — De la constriction des mâchoires. Thèse de Paris, 1878.
 GUYET. — De la constriction spasmodique des mâchoires. Thèse de Paris, 1878.

1	Introduction
2	Chap. I. — Classification des accidents
3	Chap. II. — Pathologie et physiologie
4	Chap. III. — Nature des accidents
5	I. Accidents inflammatoires
6	II. Accidents mécaniques
7	III. Accidents osseux
8	IV. Chirurgie des malpositions
9	V. Accidents dentaires
10	VI. Accidents buccaux
11	Chap. IV. — Techniques
12	Bibliographie

PARIS

Heydenreich.

14

Maurand. — Sur l'ostéite périostique des dents. Thèse de Paris, 1867. — 106.

Jules Malon. — In: Mémoires de l'Académie de Lyon, 1811.

Houze. — In: Comptes Rendus, 1818.

Rey. — In: Bulletin de la Société de Chirurgie, 1818.

Dubois. — De la prothèse dentaire. Thèse de Paris, 1818.

Gouard. — De la sénilité et de ses symptômes. Thèse de Paris, 1818.

TABLE DES MATIÈRES.

INTRODUCTION	1
CHAP. PREMIER. — Considérations anatomiques	6
CHAP. II. — Pathologie et étiologie.....	13
CHAP. III. — Nature des accidents.....	30
I. Accidents inflammatoires.....	32
1 ^o Accidents muqueux	32
2 ^o Accidents osseux.....	46
3 ^o Constriction des mâchoires.....	71
II. Accidents nerveux.....	83
CHAP. IV. — Traitement.....	93
BIBLIOGRAPHIE.....	103

Houze. — Étude sur les types du maladie canin. Thèse de Paris, 1873.

Levy. — In: Bulletin de la Soc. Anat., 23 mai 1873.

Amédée. — Essai sur les types dentaires. Thèse de Paris, 1812.

Boncquet. — In: Gazette des hôp., 1874, p. 103.

Boncquet. — In: Gazette méd., 1875, p. 48.

A. Deschamps. — Art. Mâchoires, in: Dict. de med. et de chir. prat., 1875.

Bardeletti. — Étude sur les anomalies de la dent de sagesse canin. Thèse de Paris, 1875.

Blanc. — Mémoire sur les anomalies permanentes des mâchoires. Thèse de Paris, 1890.

Blanc. — Note relative au cas de sénilité dentaire. Thèse de Paris, 1890.

Courvoisier. — De la prothèse périostique. Thèse de Paris, 1855.

Malon. — Traité des anomalies du système dentaire dans l'homme et les animaux. Paris, 1872.

A. Dubois. — La chirurgie journalière. Paris, 1877.