

Docteur E. SAUVEZ

B. 109/25

DE L'INTERVENTION

DANS LES

CAS D'ABCÈS ET DE FLUXION

~~~~~

COMMUNICATION

AU

CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

DE LYON

— 1898 —

# DE L'INTERVENTION

DANS LES

CAS D'ABCÈS ET DE FLUXION

## DU MÊME AUTEUR

---

- Influence de la menstruation sur les accidents d'origine dentaire.** (*Odontologie*, 1892.)
- Sur un cas de nécrose partielle du maxillaire inférieur, d'origine dentaire.** (*Odontologie*, 1892.)
- Du bromure d'éthyle comme anesthésique général.** (*Odontologie*, 1893.)
- Des moyens de résistance de la dent contre la carie.** En collaboration avec le D<sup>r</sup> L. Frey. (*Gazette des Hôpitaux*, 1893.)
- Sur l'organisation de l'enseignement dentaire en France.** Rapport. (*Odontologie*, 1893.)
- Des meilleurs moyens d'anesthésie à employer en art dentaire.** (Th. Paris, 1893.)
- Historique de l'anesthésie.** (*Odontologie*, 1894.)
- Cours d'anesthésie pour les candidats au diplôme de chirurgien dentiste.** (1894.)
- De l'anesthésie locale par le froid.** (Communication au Congrès de Rome, 1894.)
- Rapport sur le XI<sup>e</sup> Congrès international des Sciences médicales tenu à Rome, Section d'Odontologie, 1894.**
- Rapport au Congrès de Bordeaux 1895.**
- Un cas de transplantation.** (*Odontologie*, 1895.)
- De l'or de Trey.** En collaboration avec M. Toulcuse. (*Odontologie*, 1896.)
- Congrès dentaire de Nancy.** En collaboration avec M. Choquet, 1896.
- Manuel du chirurgien-dentiste. Anatomie et physiologie de la bouche et des dents.** (Baillièrè, 1896.)
- Magitot. Notice biographique.** (*Odontologie*, 1897.)
- Communication au Congrès de Moscou 1897.**
- Étude critique des meilleurs procédés d'anesthésie pour la chirurgie dentaire.**

Docteur E. SAUVEZ

# DE L'INTERVENTION

DANS LES

CAS D'ABCÈS ET DE FLUXION

~~~~~  
COMMUNICATION

AU

CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

DE LYON

— 1898 —

Biblioteka Główna WUM

Br.6469



000027615



www.dlibra.wum.edu.pl

Biblioteka Główna WUM



DE L'INTERVENTION

DANS LES

CAS D'ABCÈS ET DE FLUXION

PREMIER CHAPITRE

Exposé de la question

Une jeune fille de 18 ans se présente à notre consultation; elle a reçu, étant enfant, un choc sur une incisive centrale supérieure gauche. Cette dent n'est ni fracturée, ni cariée; sa couleur est à peine plus foncée que la dent symétrique et voisine.

La lèvre supérieure est courte et le bord alvéolaire supérieur est très visible; il est impossible à la malade de rire ou de parler sans qu'on voie en totalité la couronne de cette incisive.

Cette dent a déterminé une fluxion qui a duré trois ou quatre jours, et la malade a attendu, comme beaucoup, que sa fluxion ait disparu ou tout au moins fortement diminué, pour venir nous demander notre avis.

En l'examinant, nous trouvons dans le vestibule de la bouche, dans le cul-de-sac gingivo-labial, une tuméfaction qui ne nous laisse aucun doute. Il s'agit d'un abcès, et nous voyons même en un point la coloration blanc-verdâtre du pus à travers la muqueuse amincie. Nous n'hésitons pas un instant: nous ouvrons ledit abcès, nous faisons quelques injections phéniquées dans la poche et nous prenons rendez-vous avec la malade pour soigner cette dent.

Le malade qui vient ensuite est un garçon du même âge, qui a un gonflement assez notable de l'os maxillaire inférieur du côté droit ; ses ganglions sous-maxillaires sont enflammés ; il souffre beaucoup et n'a pas dormi depuis deux nuits. A l'examen, nous trouvons les racines d'une 1^{re} grosse molaire inférieure dont la couronne a disparu. Ces racines sont mobiles et sont nettement la cause de tout le mal. La couronne de la 2^e grosse molaire, sous l'influence de l'évolution de la dent de sagesse, s'est déjà rapprochée de la 2^e prémolaire, à cause de l'absence de la couronne de la 1^{re} grosse molaire. Nous n'hésitions pas plus que dans le cas précédent et nous pratiquons l'extraction de ces racines.

Dans ces deux cas, la solution était tout indiquée ; il ne pouvait y avoir de discussion ; mais entre ces deux types extrêmes que nous avons pris volontairement pour notre description, il s'en place une foule d'intermédiaires, en face desquels le praticien se demande : Que dois-je faire ? Dois-je enlever la dent ou essayer de la conserver ? Dois-je chercher à guider dans un sens favorable l'évolution de l'abcès qui se prépare ? Dois-je ouvrir l'abcès ? C'est à ces diverses questions que nous allons nous efforcer de répondre dans ce rapport.

Nous allons trouver plusieurs considérations qui nous influenceront dans la décision logique, raisonnée, que nous devons prendre, et nous sentons la nécessité de les classer tout d'abord.

Nous commencerons par examiner les diverses solutions qui peuvent se présenter, suivant que le malade viendra nous trouver au début, au milieu ou à la fin de l'évolution de la phlegmasie, en un mot nous nous occuperons de l'intervention suivant l'époque de la maladie.

Nous examinerons ensuite les états pathologiques généraux divers, qui donnent une indication nette, une contre-indication ou une indication variable pour l'intervention. Puis nous verrons les états physiologiques généraux qui peuvent également amener une hésitation sur notre conduite.

Après cette étude, nous examinerons s'il n'y a pas à tirer profit des considérations locales.

Nous aurons vu alors quelle intervention est indiquée pour les cas divers et nous pourrons examiner à quel moment doit se faire cette intervention, et comment elle doit se faire.

Enfin, nous examinerons à part les abcès et fluxions qui eonnaissent d'autres causes que les dents.



DEUXIÈME CHAPITRE

Du choix de l'intervention suivant le degré de la phlegmasie

Avant tout, et en dehors de toute autre considération, l'intervention que nous pourrons pratiquer dépend de l'époque à laquelle le malade vient nous trouver.

Le mot fluxion est très vague, signifie uniquement, comme le dit Frey « inflammation des parties molles à des degrés différents, depuis le simple œdème jusqu'au phlegmon circonscrit ou diffus. »

Nous allons donc diviser la fluxion en deux degrés, division artificielle, mais nécessaire : La fluxion œdémateuse et la fluxion phlegmoneuse.

Entre ces deux cas extrêmes trouveront place toutes les variations.

La description de ces deux types est nécessaire pour la suite, pour que le lecteur puisse comprendre ce que nous dirons plus tard.

1^{re} Phase : Fluxion œdémateuse

La joue est peu gonflée si la fluxion est causée par une molaire supérieure ou inférieure ; si c'est une dent antérieure qui en est la cause, la lèvre est distendue, assez volumineuse.

La dent à incriminer est douloureuse, il existe sur la gencive un gonflement très net à son niveau, et une teinte rouge bien visible. La palpation de l'extrémité radiculaire au travers du bord alvéolaire externe est douloureuse, ainsi que la percussion de la dent.

Les différents procédés d'exploration nous montrent qu'il s'agit d'une dent dont la pulpe est détruite, soit par carie, soit par toute autre cause de mortification.

A quelles lésions anatomo-pathologiques correspond ce

premier degré de la fluxion? La pulpe a été infectée, soit directement si la carie est perforante, soit indirectement par les canalicules de la dentine, sans qu'il y ait communication directe avec l'extérieur, comme dans le cas que nous avons décrit au début de ce rapport.

L'inflammation s'est propagée au maxillaire, dans le voisinage de l'extrémité radiculaire, très facilement si le canal de cette racine est encore largement ouvert à l'apex, et s'il s'agit d'une dent inférieure.

De la portion du maxillaire qui est au fond de l'alvéole enveloppant la dent malade, l'infection a passé au travers du tissu osseux, s'est diffusée dans les tissus mous voisins. Ces tissus se sont infiltrés d'une sérosité albumineuse qui est d'autant plus abondante qu'ils sont composés de tissu cellulaire plus lâche; c'est ce qui explique pourquoi l'œdème sera surtout marqué au niveau des lèvres et des paupières, absolument comme nous voyons des gonflements considérables survenir dans d'autres régions de l'économie où il y a du tissu conjonctif lâche, comme le prépuce, par exemple, sous l'influence de causes insignifiantes.

Dans ce premier cas, fluxion œdémateuse avec périostite concomitante le plus souvent, quelles sont les interventions qui peuvent se présenter à l'esprit du praticien? S'il n'intervient pas, que va-t-il se passer? Ou bien la fluxion jusqu'ici encore légère va se terminer par résolution, ou bien la phlegmasie va s'accroître et passer à la fluxion phlegmoneuse que nous verrons tout à l'heure.

A ce degré, l'extraction ne devra être pratiquée que si la dent est irrémédiablement condamnée, pour quelque cause que ce soit, générale ou locale, et que si l'on préfère intervenir de suite, radicalement, plutôt que de courir le risque de la temporisation, mais *l'extraction n'est pas indiquée* par l'intensité des phénomènes généraux ou locaux.

Dans l'immense majorité des cas, la conservation de l'organe devra être tentée.

Nous verrons, dans un chapitre suivant, l'intervention pro-

prement dite que nous ferons dans ce cas, pour tâcher de faire rétrograder la fluxion, d'amener sa *résolution*.

2^o Phase : Fluxion phlegmoneuse

Le malade est méconnaissable. Le gonflement est considérable; s'il s'agit d'une dent molaire supérieure, la joue est distendue, gonflée, l'œil est parfois tout à fait fermé.

S'il s'agit d'une des dents antéro-supérieures la lèvre supérieure est énorme, atteint 4 à 5 fois son volume normal, le pli naso-génien est effacé, la paupière inférieure distendue, bleutée; s'il s'agit d'une des dents molaires inférieures, la partie inférieure de la face est extrêmement distendue.

Le rebord saillant du maxillaire inférieur a disparu; il n'y a plus qu'une grosse tuméfaction dans cette région qui s'étend même parfois jusque dans la région susclaviculaire. Le malade incline la tête du côté atteint pour éviter toute tension.

Si c'est une incisive ou une canine inférieure, la lèvre inférieure est très distendue, le menton énorme, proéminent.

Le malade n'a pas dormi depuis 2 ou 3 nuits. Il a de la fièvre, est fatigué, souffre beaucoup, avec des irradiations douloureuses très pénibles du côté de la tempe ou de l'oreille suivant qu'il s'agit d'une dent supérieure ou inférieure. Il accuse une tension intense de la peau, une sensation de battements. La mastication étant impossible, il n'a pris que des aliments liquides et en quantité minime depuis 2 ou 3 jours et est très affaibli. Le dos de la main placé contre la région enflammée constate la chaleur. La palpation ne localise plus rien de net; la douleur empêche d'appuyer assez fort pour différencier les os, les ganglions, du paquet œdématisé qui les environne.

La peau est tantôt encore à peu près normale, tantôt rougie nettement en un endroit.

On examine alors le malade, et on constate combien l'ouverture de la bouche est difficile, même lorsqu'il n'y a pas de trismus en même temps, ce qui est une complication fréquente

lans les accidents causés par les molaires inférieures, surtout par la 3^e grosse.

La langue est saburrale, les gencives sont œdématisées et recouvertes d'un enduit blanchâtre, peu épais, qui se détache d'ailleurs facilement; cet enduit est formé par des cellules épithéliales qui n'ont pas mué comme d'habitude par suite de l'interruption des fonctions physiologiques normales de la bouche.

La percussion de la dent ou de la racine causale n'est souvent pas très douloureuse; parfois elle l'est moins que dans la phase précédente. Souvent les dents voisines sont plus sensibles que celle qui cause la phlegmasie. Le plus fréquemment, la dent causale est nettement mobile. Dans les cas où il existe deux dents voisines pouvant être incriminées, la palpation, au travers du bord alvéolaire externe, des pointes des racines des dents douteuses fixe souvent le diagnostic.

La gencive est gonflée, d'un rouge plus ou moins intense, et sa palpation n'est pas supportable. La petite lampe électrique placée dans la bouche montre une opacité très nette de la dent, de son extrémité apicale, et une injection très marquée de la région.

Voyons rapidement à quelles lésions anatomo-pathologiques correspond cette seconde phase, la fluxion phlegmoneuse. L'affection a toujours son point de départ, son *centre d'infection* au niveau de l'extrémité radiculaire. Un abcès s'est formé à cet endroit, en distendant les tissus voisins; il a une enveloppe composée de tissu conjonctif pur de néo-formation.

Les éléments qui forment le fond de l'alvéole infecté sont refoulés progressivement, et peu à peu se trouvent dans un état de dépression physiologique marquée. Ils n'offrent plus la résistance qu'ils offrent à l'état normal. Ils se laissent envahir, pénétrer, nécroser par le pus. Celui-ci gagne peu à peu les lymphatiques et occasionne des adénites concomitantes. *L'abcès qui se forme et grossit cherche sa voie.*

Tandis que, dans la phase précédente, l'infection qui s'était diffusée dans les tissus mous n'avait amené qu'une infiltration de sérosité albumineuse, nous trouvons maintenant une

masse tremblotante, gélatiniforme; le pus vient à pénétrer dans les mailles du tissu conjonctif, non plus sans altérer les éléments cellulaires, mais au contraire en les détruisant et en détruisant également le ciment qui les unit. Les réseaux lymphatiques voisins s'engorgent en produisant des indurations qui peuvent persister assez longtemps après que le gonflement général a disparu.

Les microbes que l'on rencontre à ce moment sont variables. Le plus souvent, ce sont des micro-organismes pyogènes typiques, caractérisés par les différentes sortes de staphylocoques (*aureus*, *albus*, *citreus*). Dans d'autres, on trouvera du tétragène. (D'après certains auteurs, on trouve toujours ce microbe dans le pus des abcès dentaires).

D'autre fois encore, on trouvera des streptocoques plus ou moins virulents, puis encore du pneumocoque, vrai ou non, et du leptothrix. Schencke a même trouvé du bacille de Koch pur dans des abcès dentaires localisés chez des tuberculeux. Miller, de son côté, a isolé de semblables abcès un microbe qu'il a dénommé *Bacillus pulpæ pyogènes*, dont il a donné une bonne définition et les caractères de culture.

Ces différents microbes peuvent être rencontrés seuls ou au contraire associés, mais, dans la majorité des cas, lorsqu'il y a association microbienne, les phénomènes inflammatoires sont beaucoup plus graves.

À la simple formation de pus, il peut se joindre, et c'est fréquent, la formation de toxines secrétées par certains microbes, toxines qui se répandent dans le sang et amènent des phénomènes d'empoisonnement général pouvant même aboutir à une terminaison fatale.

Ces considérations bactériologiques sont bien rarement utilisées pour décider de l'intervention à pratiquer; le plus souvent, on se base uniquement sur les symptômes cliniques, mais on peut concevoir qu'il y aurait et surtout qu'il y aura plus tard intérêt à demander à cette science des données qui seraient parfois précieuses; il est à prévoir que dans un avenir peu éloigné, les microbes qui engendrent des phlegmasies bénignes ou malignes seront suffisamment classés et faci-

lement reconnaissables pour fournir au praticien des indications utiles.

Quoi qu'il en soit, nous avons vu tout à l'heure le tableau clinique qui correspond à la fluxion phlegmoneuse. — C'est surtout dans ce cas que le praticien sera souvent hésitant sur la conduite à tenir. Comme nous l'avons fait à la fin de la première phase, demandons-nous ce qui va se passer si nous n'intervenons pas ?

La résolution simple de la fluxion est une hypothèse à écarter.

Le pronostic nous paraît être limité à deux solutions, en cas de non intervention. Ces solutions ne peuvent d'ailleurs tarder longtemps dans l'état où nous avons représenté le malade.

1^{re} Solution. — L'abcès que nous avons vu tout à l'heure dans le maxillaire s'est frayé un chemin; une collection purulente s'est formée en un endroit; elle a grossi et est venue préminer, soit dans la bouche, soit en dehors; nous verrons tout à l'heure les diverses variétés d'abcès. Disons de suite que dans l'immense majorité des cas, l'abcès vient se former dans le vestibule de la bouche.

2^e Solution. -- Les phénomènes aigus s'accroissent; l'état général se prend de plus en plus; la température monte et nous assistons à l'évolution d'un phlegmon diffus : le mot fluxion ne s'applique plus à l'affection; des complications sont à craindre : propagation aux sinus de la dure-mère, ostéite et nécrose des maxillaires, fusées purulentes dans diverses régions, parfois très éloignées, etc. Nous ne voulons pas développer cette question; nous reparlerons d'ailleurs tout à l'heure des complications survenues à la suite de trop longues temporisations ou d'extractions pratiquées trop tardivement et nous verrons qu'il y a de nombreux cas de terminaisons fatales.

Nous savons donc ce qui se passe et ce qui peut survenir. Qu'allons-nous faire ? Comment pouvons-nous intervenir ? De deux façons. Où bien nous pratiquerons l'extraction de la dent.

ou bien nous surveillerons, nous guiderons l'évolution de l'abcès.

Il n'y a plus, à cette phase, à essayer de favoriser la résolution de la phlegmasie. Celle-ci n'est plus possible et la tenter serait faire une mauvaise thérapeutique. S'il n'y a pas de raisons sérieuses pour essayer de conserver la dent, ou pour éviter l'opération, *nous sommes partisan décidé de l'extraction*, lorsque le malade se présente chez nous à cette phase, et d'autant plus partisan, que les accidents locaux et généraux sont plus intenses.

Nous n'admettons pas qu'on puisse mettre en balance la perte d'une dent avec les accidents terribles pouvant résulter de tentatives de conservation intempestives et exagérées.

Certains auteurs ont tenté l'incision précoce, pour aider le plus dans sa marche. Nous n'en sommes pas partisan, comme nous le dirons plus loin.

Nous verrons dans un chapitre suivant sur l'intervention en elle-même, les recommandations particulières sur l'extraction dans ce cas, et la façon de conduire la marche de l'abcès.

3^e Phase. — *Abcès.*

L'abcès a fini par apparaître à un endroit visible. Il vient proéminer en tel ou tel point. Nous avons déjà dit que l'endroit le plus fréquent était le cul-de-sac gingivo-labial ou gingivo-jugal suivant qu'il s'agit d'une dent antérieure ou postérieure.

On dit qu'il s'agit dans ce cas d'un abcès vestibulaire. Si l'abcès vient se former et s'ouvrir du côté du palais, l'abcès est dit palatin. S'il est près de la peau, il est dit cutané. Quelquefois l'ouverture est double et la même dent peut amener, par exemple, un abcès vesticulaire et un abcès palatin.

Quel que soit l'endroit où se forme l'abcès, on voit peu à peu la tuméfaction devenir plus nette ; la douleur diminue, localement, la peau ou la muqueuse s'amincit et le pus est visible au travers de cette dernière enveloppe.

Le doigt explorateur perçoit nettement la fluctuation. Le

malade n'accuse plus la sensation de battements que nous avons indiquée à la phase précédente.

La dent causale n'est le plus souvent plus douloureuse à la percussion.

Que s'est-il passé? Nous avons vu tout à l'heure que dans la 2^e phase (fluxion phlegmoneuse) l'abcès était formé à l'extrémité de la racine; il était intra-maxillaire. Maintenant le même abcès a trouvé sa voie; il s'est creusé un passage au travers du maxillaire, il a pratiqué un pertuis, un isthme dans l'os et est venu émerger à l'endroit où nous l'avons vu apparaître dans le vestibule de la bouche, dans le palais, ou à la peau, parfois très loin du point d'origine; il est devenu extra-maxillaire.

La plupart des auteurs, Magitot, Frey, etc., croient qu'il est possible que l'infection se soit propagée *par continuité à des tissus au niveau du collet de la dent*, et que la gencive ait pu être injectée par ce chemin.

Magitot insiste longuement sur ce point (art. Dent. p. 244). Frey dit dans son manuel que cette sorte d'abcès est très rare. Pour nous, nous n'en avons jamais rencontré. Nous ne croyons pas que le pus suive d'autre voie que celle que nous venons d'indiquer, pour venir aboutir à la gencive.

Nous ne pensons pas que le pus puisse détruire les adhérences normales extrêmement puissantes qui sont formées par le périoste alvéolo dentaire, ce *ligament* présentant une résistance extrême. Il est bien entendu que nous parlons seulement des abcès qui reconnaissent pour cause une infection pulpaire, suite de carie perforante infectée ou de mortification de la pulpe par traumatisme ou pour quelque cause que ce soit.

Si l'infection s'était propagée par la voie indiquée par ces auteurs, pourquoi l'abcès aurait-il été se collecter si loin du collet de la dent, comme nous le voyons le plus souvent? Pourquoi y aurait-il eu une bande de tissu qui serait restée indemne, entre le collet, c'est-à-dire le point par où s'est propagée l'infection, et l'endroit où s'est formé l'abcès?

Magitot insiste sur cette pathogénie pour expliquer la bénignité, la guérison rapide de certains cas, mais il nous semble que cette rapidité de la guérison dans certains cas peut plutôt s'expliquer par le fait que les débris septiques qui se trouvaient à l'extrémité radiculaire, et qui avaient été la cause de l'affection, ont trouvé leur issue lorsque l'abcès s'est ouvert. Suivant le vieil adage « *Sublata causa tollitur effectus* », la cause d'infection étant disparue, momentanément du moins, l'abcès se guérit rapidement.

Nous avons vu parfois des abcès gingivaux dans lesquels la muqueuse et le périoste du maxillaire étaient décollés jusqu'au niveau du collet de la dent. Dans ces cas qui pourraient faire croire à la pathogénie par continuité directe, nous avons le plus souvent, lorsque nous l'avons cherché, trouvé un isthme, un pertuis par où le pus avait passé, ce pertuis étant situé sur le bord alvéolaire extrême, dans le voisinage de l'extrémité radiculaire de la dent causale. Contrairement à ce que disent les auteurs dont nous parlions, nous avons toujours trouvé dans ce cas de la dénudation du maxillaire, à l'examen au stylet.

En conséquence, nous nous refusons absolument à croire à l'existence des abcès de la gencive par continuité des tissus au niveau du collet de la dent, lorsqu'il s'agit d'abcès ayant eu leur point de départ, leur centre d'infection au niveau de l'extrémité radiculaire. Nous n'acceptons cette pathogénie que dans un cas, c'est lorsqu'il s'agit d'abcès gingivaux reconnaissant pour cause une arthrite alvéolo dentaire, une pyorrhée alvéolaire. Nous avons en effet vu souvent dans les cas de pyorrhée alvéolaire, *au maxillaire inférieur*, des abcès gingivaux, qui s'étaient produits parce que le pus sécrété par l'alvéole et venant émerger au niveau du collet de la dent avait, en descendant par son propre poids, décollé la muqueuse et amené ainsi un abcès qui venait s'ouvrir dans la bouche, de même qu'il aurait pu fuser beaucoup plus loin.

C'est dans ce cas seul que nous admettons la pathogénie par continuité directe des tissus. Le centre d'infection dans ce cas, *est le collet de la dent, non son apex.*

Pour expliquer la marche du pus dans les abcès dentaires, nous ne pensons pas qu'il faille faire intervenir dans ce cas d'autres raisons que celles qui guident cette marche, cette migration dans les diverses régions de l'organisme.

Un des points qui sont extrêmement discutés au sujet de ces abcès est de savoir s'il sont sus ou sous-périostiques.

Il est indiscutable que tous ces abcès sont sous-périostiques à un moment donné de leur évolution.

Nous avons vu en effet que d'intra-maxillaires, ils deviennent extra-maxillaires. Par conséquent, au moment où ils ont traversé l'os maxillaire, ils rencontrent le périoste, le décollent, et forment sous cette membrane une collection purulente sous-périostique.

Si le périoste et la muqueuse adhèrent intimement ensemble, le pus en décollant l'un, décollera l'autre, et l'abcès sera à proprement parler sous-périostique. Il faudra inciser le périoste pour que cet abcès puisse s'ouvrir à l'extérieur.

Si au contraire, le périoste est seul, séparé de la muqueuse, le pus commencera par le décoller, le distendre et formera une collection purulente sous-périostique, comme nous avons vu plus haut; après avoir distendu ce périoste et formé l'abcès en bouton de chemise de Velpeau, son action nécrotique finira par percer la membrane périostée en un point, et le pus se fera jour au-delà de cette membrane; celle-ci se recollera sur l'os, sauf en un point par où s'établit la communication entre les abcès intra et extra-maxillaires, et le pus continuera sa marche jusqu'à ce qu'il trouve une ouverture à l'extérieur. Cette marche sera guidée par l'influence de la pesanteur, des aponévroses, des plans musculaires et des os qu'il rencontrera sur sa route. Ainsi donc, l'abcès a passé dans ce cas par deux phases; une première pendant laquelle il était sous-périostique, une seconde pendant laquelle il est devenu sus-périostique.

Ces considérations étant posées, voyons quelles conditions anatomiques nous allons trouver suivant les régions, et par conséquent quelle sera la marche du pus.

Cette question dépend uniquement de l'endroit où vient aboutir le canal formé par suite de la marche du pus au dehors du maxillaire.

Prenons la plupart des différents cas qui peuvent se présenter dans la région des maxillaires :

1° Il s'agit d'un abcès intra-maxillaire qui est venu s'ouvrir du côté de la voûte palatine. Que rencontre-t-il? Une muqueuse palatine dense, serrée, intimement unie, inséparablement liée au périoste du maxillaire. Il s'ensuit que le pus va décoller peu à peu le périoste de la voûte palatine, en même temps que la muqueuse, et former une collection extra-maxillaire ayant comme parois, d'une part l'os dénudé présentant en un point un pertuis qui est l'ouverture du canal se rendant à l'abcès intra-maxillaire, d'autre part le périoste et la muqueuse accolés ensemble.

Dans ce cas l'abcès est sous-périostique et l'est toujours. Il ne peut franchir le périoste et s'installer entre la muqueuse et lui, à cause de l'intimité de l'adhérence de ces deux tissus. Ce qui tend à le prouver, c'est ce que nous trouvons dans les cas où il s'agit non plus d'un processus d'infection rapide, comme un abcès, mais d'un processus d'infection lent, chronique, comme un kyste de la mâchoire, qui est venu s'ouvrir au niveau de la voûte palatine. Dans ce cas, le plus souvent causé par une incisive latérale, le liquide, la sérosité kystique ont décollé le périoste également. Nous trouvons en effet, lorsque la lésion remonte à une époque assez éloignée, que le périoste a continué à remplir son rôle physiologique, qui est de faire de l'os et que la tumeur palatine est entourée de toutes parts par du tissu osseux. La cavité est tapissée par l'enveloppe kystique. Il s'est formé en quelque sorte un *sinus pathologique* qui persistera après l'extraction de la dent causale. Nous avons eu un malade ainsi atteint et qui se lave son sinus pathologique, dans lequel nous avons mis un drain, absolument comme un individu atteint de sinusite chronique lave son sinus.

Ainsi donc, lorsque l'abcès intra-maxillaire se sera dirigé

vers la voûte palatine, l'abcès extra-maxillaire qui en résulte sera sous-périostique.

Il découle de cette situation deux conclusions : l'une au sujet de l'époque de l'intervention : on attendra le moins possible, pour ne pas laisser le pus en contact avec l'os dénudé, surtout chez certains sujets diathésiques ; l'autre, opératoire : on incisera avec énergie ces abcès dont la paroi est *très épaisse*, puisqu'elle est constituée par le périoste et la muqueuse.

Il s'agit d'un abcès qui est venu du côté du bord alvéolaire externe. En ce cas, deux solutions sont possibles.

La muqueuse gingivale et le périoste sont intimement unis dans la région qui correspond au vestibule de la bouche ; ils sont aussi adhérents qu'au niveau de la voûte palatine. Au niveau du cul de sac gingivo-labial ou gingivo-jugal, la situation change.

Le périoste maxillaire se sépare de la muqueuse ; il continue à tapisser l'os, tandis que la muqueuse se recourbe pour aller tapisser la face profonde de la lèvre ou de la joue. De cette séparation résulte une sorte d'Y dont le sommet, la branche unique, est formé par la partie où le périoste et la muqueuse sont accolés. Les deux autres branches représentent l'une le périoste, l'autre la muqueuse, et dans l'interstice de ces deux branches est situé du tissu conjonctif lâche.

Si l'abcès intra-maxillaire, dans sa migration, aboutit au niveau où la muqueuse et le périoste ne forment qu'une couche unie, l'abcès sera sous-périostique, comme dans le cas précédent.

Si au contraire, il vient aboutir à l'endroit où le périoste et la muqueuse sont séparés, il n'est sous-périostique qu'au début ; après avoir décollé le périoste dans une petite étendue, son action nécrobiotique va percer le périoste en un petit point et le pus viendra fuser dans le tissu cellulaire lâche qui sépare le périoste de la muqueuse.

L'abcès vient proéminer dans le vestibule de la bouche,

refoule la muqueuse et vient aboutir en un point de celle-ci où nous le voyons par transparence.

Quant au périoste du maxillaire, il s'est recollé sur l'os comme nous l'avons vu plus haut, sauf en un petit pertuis.

S'il s'agit d'une dent du maxillaire inférieur, le mécanisme sera le même, mais on aura à tenir compte de la pesanteur qui aura toujours une tendance à amener des fusées purulentes dans les portions déclives.

Toutefois, il n'y a pas à tenir compte uniquement de la pesanteur, mais aussi des attaches musculaires. C'est ainsi qu'au niveau du maxillaire inférieur, nous trouvons au milieu de la face interne le mylo-hyoïdien, qui, suivant l'opinion de Tillaux, forme réellement le plancher de la bouche et crée une barrière importante. Tout abcès qui percera l'os sur la face interne du maxillaire inférieur proéminera du côté de la bouche si l'ouverture est au-dessus du muscle mylo-hyoïdien, et proéminera au contraire dans la région sus-hyoïdienne si l'ouverture est située au-dessous de cette barrière musculaire.

Pour les abcès dont l'ouverture osseuse est située sur le bord alvéolaire externe, au delà du cul de sac gingivo-labial ou gingivo-jugal, la marche du pus sera guidée surtout par les insertions du muscle buccinateur et du muscle orbiculaire des lèvres.

Si l'ouverture osseuse a lieu au delà de ces insertions musculaires, la collection purulente aura une tendance à s'ouvrir à la peau.

Mentionnons aussi toute l'importance des abcès causés par les dernières grosses molaires, qui amènent parfois une infiltration phlegmoneuse du voile du palais et de l'amygdale.

De ces considérations découle notre conduite. Arrivés à cette phase, où la collection purulente est constituée, et proémine soit dans la bouche, soit à l'extérieur, l'extraction pourra encore avoir une influence heureuse et nous avons vu des abcès collectés, à fluctuation nette, menaçant de s'ouvrir

à la peau, être résorbés après l'extraction grâce à un traitement judicieux.

Donc, si l'abcès a une tendance à s'ouvrir à l'extérieur, l'extraction n'est plus discutable; elle s'impose et nous devons la pratiquer à tout prix, sans nous occuper d'aucune autre considération.

Si l'abcès a une tendance à s'ouvrir dans la bouche, nous pouvons hésiter entre deux solutions : ouvrir l'abcès simplement et attendre pour l'extraction, en admettant que celle-ci soit décidée, que les phénomènes aigus aient disparu. Comme le disait le professeur Le Dentu dans la lettre qu'il écrivit à notre confrère M. Josef, à la suite de la question que celui-ci lui avait posée : *le mal est fait et il est limité* — l'opération peut être ajournée et sera moins douloureuse quelques jours plus tard, en opérant à froid.

Dans la plupart des cas, à moins, bien entendu, qu'il s'agisse d'une dent que nous voulons soigner et conserver, nous sommes partisan de conseiller au malade la double intervention : incision de l'abcès et extraction de la dent. Le malade qui souffre se décide souvent à nous obéir. Nous reconnaissons très bien que nous lui infligeons une douleur plus forte, mais nous passons sur cette considération le plus souvent, et surtout dans certains milieux, comme nous le verrons plus loin; nous ne voyons pas seulement son intérêt immédiat, mais son intérêt éloigné et nous savons par la pratique qu'il refusera souvent l'extraction, la douleur étant disparue.

Résumé

Si nous tirons de ces différentes considérations les conclusions qui en découlent, nous voyons que les interventions que nous pourrons pratiquer suivant le degré de la phlegmasie sont les suivantes, parmi lesquelles nous choisirons suivant les cas. Quelquefois d'ailleurs, nous les associerons.

1^{re} Phase — Fluxion œdemateuse. Résolution de la fluxion.
Extraction.

2^e Phase — Fluxion phlegmoneuse. Extraction. Incision précoce. Guider l'évolution de l'abcès.

3^e Phase — Abscess. Extraction. Incision de l'abcès.

Comme on le voit, l'extraction est une solution applicable à chacune des phases de l'évolution.

Nous avons dit que nous examinerions dans un chapitre ultérieur la façon de pratiquer l'une ou l'autre de ces diverses interventions.



TROISIEME CHAPITRE

Du choix de l'intervention suivant l'état général

Nous avons vu que notre intervention pouvait être variable suivant l'époque à laquelle le malade venait nous consulter ; les modifications que certaines diathèses et certains états physiologiques apportent dans l'organisme joueront de même un grand rôle sur la décision que nous avons à prendre. — Les uns nous conseilleront formellement l'intervention immédiate et radicale — d'autres seront des contre-indications pour l'opération sanglante. D'autres enfin nous donneront des indications variables suivant la maladie elle-même. C'est ce que nous allons examiner maintenant.

§ I. — Etats pathologiques indiquant l'intervention

1° Tuberculose

La tuberculose qui semble n'avoir que peu d'action sur les dents elles-mêmes, amène quelquefois des ulcérations de la muqueuse buccale et de l'ostéite des maxillaires, très rebelle, surtout chez les enfants.

Chez un enfant tuberculeux, nous sommes d'avis (même s'il s'agit d'une dent temporaire dont la chute est encore éloignée) de pratiquer l'extraction de la dent dès le début de la fluxion, et s'il y a un abcès déjà formé, d'ouvrir cet abcès de suite et d'en surveiller la guérison jusqu'à complète cicatrisation.

Il faut à tout prix empêcher que l'infection générale vienne s'installer dans la mâchoire, comme elle ne tarderait probablement pas à le faire si on voulait gagner du temps et surveiller l'évolution de l'abcès.

Nous demandons la permission de citer, pour justifier cette conduite, quelques observations de notre pratique :

1° Un petit garçon de 9 ans, nous est amené il y a six ans

pour une écorchure dans la bouche. La mère nous dit qu'il a eu une fluxion il y a un mois et qu'un abcès s'est ouvert spontanément sur la gencive. Pour l'écorchure, elle pense qu'il a dû se couper, qu'il a cette blessure depuis trois semaines et qu'elle ne guérit pas.

Nous constatons que la deuxième molaire temporaire inférieure gauche, dont il ne reste que des fragments, donne naissance à une fistule sur le bord alvéolaire externe.

Partant de cette fistule, nous voyons une bande ulcérée qui occupe exactement, fait fort intéressant, le fond du sillon gingivo-labial et qui s'étend en avant jusqu'au niveau des incisives centrales où il existe une ulcération plus profonde. Cette bande ulcérée est superficielle, son fond est gris jaunâtre, ses bords sont rouges et non indurés. Elle a un contour serpigneux, bref tous les caractères de l'ulcération tuberculeuse.

Nous attirons l'attention sur le trajet de l'ulcération que nous avons décrite. Le pus partant de la fistule, descendait naturellement par son propre poids dans le sillon et avait ulcéré peu à peu la muqueuse dans le dit sillon jusqu'au niveau des incisives inférieures où, à cause de la stagnation, il avait amené une ulcération plus profonde.

Nous examinons l'enfant : c'est un petit tuberculeux, très net. Nous enlevons les racines et nous soignons l'ulcération pendant une dizaine de jours. A ce moment l'enfant s'alite et nous ne le revîmes pas. Trois mois après nous reçûmes la lettre de faire part. La diathèse générale l'avait emporté. Il est certain que dans ce cas, si la mère avait amené l'enfant au moment de la formation de l'abcès, il aurait été indiqué de pratiquer l'extraction sur le champ et de surveiller la guérison de la plaie ainsi produite.

2^e Observation. — Une petite fille de 6 ans, nous est conduite il y a 4 ans, par son père, dentiste. L'enfant est atteinte d'un gonflement des ganglions sous-maxillaires et de toute la région angulo-maxillaire qui forment un bloc empâté au

milieu duquel il est difficile de percevoir autre chose qu'un os très gonflé.

Comme antécédents, la petite fille a eu il y a trois mois une grosse fluxion et un abcès produits par la deuxième molaire temporaire inférieure droite. Le père a ouvert l'abcès et, pensant que tout rentrerait dans l'ordre, il a cru ne pas devoir priver son enfant d'un organe utile à la mastication et n'a pas enlevé la dent.

Toutefois, voyant qu'au bout de deux mois, la plaie n'était pas encore tout à fait refermée, que la région restait enflammée, il se décida à extraire la dent, pensant voir cesser tous les accidents, Il nous conduisait donc l'enfant un mois après l'opération pour nous demander conseil.

Après examen de l'enfant, de ses antécédents, etc., nous pensons qu'il s'agit d'une ostéite tuberculeuse du maxillaire inférieur, et nous percevons dans le fond de l'alvéole un sequestre volumineux. Nous demandons la consultation d'un chirurgien qui se range à notre avis. L'enfant est opérée et son état général est soigné avec attention.

Aujourd'hui, l'enfant vit et est bien portante. Il est certain que dans ce cas, comme dans le cas précédent, l'extraction aurait peut-être évité les complications consécutives.

3^e Observation. — Un jeune homme de 25 ans, tuberculeux très avancé, vient nous consulter pour une plaie dans la bouche extrêmement douloureuse. Cette plaie le gêne beaucoup pour manger. Il a eu, il y a un mois, une fluxion causée par sa dent de sagesse qui évolue depuis plusieurs années en donnant un peu de pus.

Partant de cette dent, s'étend une bande ulcérée qui gagne de jour en jour en avant (voir 1^{re} observation) dans le sillon gingivo-labial.

Extraction de la dent. Traitement de l'ulcération. Guérison locale.

Le malade est mort 4 mois après.

Ainsi donc, d'après ce que nous venons de voir dans ces diverses observations il résulte que, principalement dans les

cas avancés de tuberculose, il ne faut pas hésiter à pratiquer l'extraction d'une dent qui amène une fluxion ou un abcès. La temporisation amènera souvent, même si par bonheur on a pu juguler l'affection dans sa période aiguë, des ulcérations douloureuses et étendues et des complications osseuses qui commanderont tout de même l'extraction.

Après l'intervention, il faudra toujours surveiller la guérison de la plaie et s'occuper de maintenir cette plaie dans des conditions d'antisepsie rigoureuse et *continue* jusqu'à complète cicatrisation.

2° Syphilis

La syphilis joue un rôle très important également sur la décision que doit prendre le praticien.

De même que nous avons vu que la tuberculose, surtout à la période tertiaire était une indication d'intervention radicale hâtive, de même la syphilis à la période tertiaire nous donne la même indication.

L'intention de garder un organe utile, mais non indispensable à la mastication ne doit pas faire perdre de vue au médecin les graves désordres osseux qui peuvent résulter des tentatives de conservation.

Les ostéites et périostites consécutives à des gommès, les lésions atrophiques du bord alvéolaire auront certainement plus de chance de se produire si on laisse dans le maxillaire une cause d'irritation, et lorsqu'on ne sera pas certain d'un bon résultat en tentant de conserver la dent, mieux vaudra pratiquer l'extraction, dans l'intérêt bien entendu du malade.

La région qui doit être le plus surveillée est la voute palatine. Tout abcès de la voute palatine doit, à notre avis, commander l'extraction chez un syphilitique à la période tertiaire.

Duplay a observé une périostite syphilitique de la branche montante droite suivie de sa nécrose et de son élimination.

Les nécroses étendues du bord alvéolaire ont également été observées, avec ouverture du sinus maxillaire dans la cavité buccale.

Nous ne citons à ce sujet aucune observation, tous les praticiens en ayant vu un grand nombre, et ces observations ne devant pas apporter de précision plus grande à la conclusion que nous indiquons.

Le maxillaire supérieur est le plus fréquemment atteint.

3° *Cancer*

Le cancer ne donne pas en lui-même d'indication précise.

Toutefois, il est certain que la conservation d'un organe de l'importance d'une dent est une considération insignifiante pour un malheureux qui n'a que quelques mois à vivre, et qu'il faudra surtout lui éviter le plus possible les complications par une intervention hâtive et décisive, en s'efforçant de le faire souffrir le moins possible.

S'il s'agit d'une fluxion survenant chez un malade atteint de cancer du maxillaire, il y a indication à l'extraction hâtive. Si l'abcès est bien collecté, on se contentera de l'inciser, pour faire souffrir le moins possible le patient. La thérapeutique se résume à le soulager en lui causant le moins de douleur. Naturellement antiseptie rigoureuse.

4° *Fièvres éruptives*

Les fièvres éruptives créent chez le malade des prédispositions qu'il faut connaître pour être à même de prendre la décision la plus logique.

La rougeole et la variole sont quelquefois suivies, comme complication, du noma, c'est-à-dire de la gangrène de la bouche, et lorsqu'on sera appelé à donner ses soins à un malade atteint de fluxion ou d'abcès à la période de convalescence de ces affections, il faudra penser à cette redoutable complication, intervenir vite et radicalement, ouvrir l'abcès et prati-

quer l'extraction, et surtout surveiller la cicatrisation jusqu'à complète guérison locale.

La scarlatine prédispose aux suppurations; on a vu des cas dans lesquels, même sans cause dentaire, les ganglions lymphatiques de la mâchoire étaient le siège de véritables bubons, allant quelquefois jusqu'au phlegmon diffus et à la gangrène.

Il faudra penser également à la néphrite qui suit souvent la scarlatine et qui prédispose le malade aux œdèmes et à l'anasarque.

La connaissance de ces prédispositions commande, on le conçoit, l'intervention la plus radicale et la plus complète.

5° Affections diverses

L'actinomyose se rencontre assez rarement et nous n'avons jamais eu l'occasion de la rencontrer. Cette affection ne nous semble pas être une contre-indication à l'intervention. On opérera rapidement, en soignant l'état général de façon appropriée.

La scrofule qui jadis avait un champ très vaste dans le cadre nosologique, voit son territoire se restreindre de plus en plus.

On rattache en effet la plupart de ses manifestations à la tuberculose et à la syphilis. Son démembrement se fait au profit de ces deux entités morbides et surtout aux dépens de la tuberculose, dont la scrofule ne serait que le premier âge. C'est une indication d'intervention rapide et complète.

Ostéo-myélite. — Si le malade a été atteint d'ostéo-myélite antérieure, il faut intervenir rapidement et complètement.

Ataxie locomotrice. — L'ataxie locomotrice amène souvent l'ébranlement et la chute des dents; on interviendra le plus vite possible, parce que le plus souvent l'extraction n'est pas importante et parce que le bord alvéolaire est le siège de nécrose et de résorption rapide et étendue.

Oreillons. — Dans les cas d'oreillons, on sait que parfois l'affection est suivie de suppuration des parotides; il nous semble donc qu'il faudra intervenir hâtivement puisque nous devons nous efforcer de garder le moins possible de causes de suppuration dans une région qui y est déjà prédisposée.

§ II. — Etats pathologiques contre-indiquant l'intervention

1^o *Diabète sucré.* — Chez les diabétiques, on sait combien il est fréquent de rencontrer des furoncles, des anthrax, des phlegmons.

Les malades atteints de glycosurie devront donc être traités avec grande attention.

La quantité de sucre rendue a naturellement une grande importance, mais on devra se rappeler que parfois on a vu tous les accidents dont nous avons parlé plus haut, et même la gangrène, survenir à la suite d'interventions des plus insignifiantes chez des malades qui ne rendaient pas plus de 30 à 60 grammes de sucre par jour. Les altérations que l'on remarque dans le système dentaire des malades assez avancés rendent le plus souvent l'intervention bénigne. Il s'agit fréquemment en effet, de fluxions ou d'abcès survenant à la suite d'arthrite alvéolo-dentaire et l'extraction est une opération insignifiante. Quoiqu'il en soit, nous recommandons au praticien de se consulter dans ces cas le plus souvent avec le médecin du malade, pour que celui-ci soit à même d'intervenir si une complication survenait — hémorragie, gangrène, par exemple.

Nous résumerons notre avis à ce sujet en disant : *chez les diabétiques, intervenir le moins possible.* Si l'abcès est mûr, ouvrez-le et temporez pour l'extraction, à moins que celle-ci ne soit réellement une opération insignifiante. Naturellement les injections de cocaïne ou de tout autre corps sont formellement interdites. On surveillera la cicatrisation de la plaie et on maintiendra celle-ci dans un état d'antisepsie constant jusqu'à complète guérison.

2° *Albuminurie*. — Dans l'albuminurie, la fluxion est toujours très marquée ; le malade a une tendance aux œdèmes et la fluxion est interminable et très étendue.

L'albuminurie est une contre-indication des opérations sanglantes ; on n'interviendra qu'en cas d'absolue nécessité, et sans avoir recours à l'anesthésie, qu'elle soit locale ou générale.

On ne pourra employer que la réfrigération modérée.

3° *Erysipèle*. — Il est difficile de donner une indication précise sur la conduite à tenir dans un cas de fluxion survenant chez un malade atteint d'érysipèle et surtout d'érysipèle de la face.

Les circonstances commanderont ou repousseront l'intervention ; toutefois, il est naturellement à recommander d'opérer le moins possible, car l'infection streptococcique viendrait bien vite prendre possession du champ opératoire.

4° *Hémophilie*. — L'hémophilie, quand elle est bien nettement constatée est une contre-indication à l'opération, surtout quand la congestion est intense.

On n'interviendra qu'en cas d'absolue nécessité, et on cherchera plutôt à temporiser et à amener la formation d'un abcès dans l'endroit le plus propice.

5° *Epilepsie*. — Chez les épileptiques, l'extraction d'une dent provoque en général un accès ; aussi devra-t-on tenter d'éviter l'opération et de guider la marche de l'abcès.

§ III. — Etats pathologiques donnant des indications variables

La fièvre typhoïde amène une tendance au sphacèle, surtout marquée dans les formes adynamiques de la dothiéntérie.

A la période de convalescence, on sait qu'il est fréquent de rencontrer des furoncles, des anthrax, des ostéites et des périostites aiguës, souvent suppurées.

De même, à la suite du typhus, il y a également tendance à la suppuration.

Tenant compte de ces considérations, on n'interviendra donc que prudemment, tout en agissant avec énergie quand les circonstances le commanderont, surtout pendant la période de convalescence.

Il est utile également de savoir que dans certains états typhoïdes, il y a une tendance générale aux hémorragies, et qu'il faudra surveiller le malade à ce point de vue, au besoin se contenter d'inciser l'abcès et ajourner l'extraction.

Dans la lymphadénie, la leucémie, les affections scorbutiques, on interviendra quand les circonstances l'exigeront, en prenant toutes les précautions contre les hémorragies si fréquentes et en luttant en même temps le plus énergiquement possible par un traitement approprié.

On aura parfois à intervenir chez des malades atteints de certaines affections cardiaques dans lesquelles on devra éviter avec soin les émotions produites par une violente douleur. Dans ces conditions, on s'efforcera de soulager le patient en intervenant le moins possible.

De même on rencontrera parfois certains états névropathiques, qui ne sont pas rares, dans lesquels on devra également éviter le plus possible la douleur, qui est ressentie par les malades beaucoup plus fortement. Dans ce cas, si l'on n'a pu, par une thérapeutique appropriée, amener la résolution de la fluxion, on s'efforcera de guider l'évolution de l'abcès, même si l'extraction est décidée, et on opérera à froid, quand les phénomènes aigus auront disparu.

§ IV. — Etats physiologiques divers

Conduite à tenir.

En dehors des états pathologiques que nous venons d'examiner, il existe un certain nombre d'états physiologiques pendant lesquels le praticien se demande quelle conduite il doit tenir.

Grossesse. — La grossesse est-elle une contre-indication? Il est difficile de se prononcer à ce sujet d'une façon absolue. Nous croyons qu'on doit en général éviter de pratiquer une extraction chez une femme enceinte et qu'on ne doit s'y résoudre qu'en cas de nécessité absolue.

Par conséquent, quand une femme grosse vient nous trouver atteinte de fluxion ou d'abcès, nous nous efforçons de calmer la fluxion, les douleurs et d'aboutir à la formation de l'abcès dans le vestibule buccal. Nous ouvrons la collection purulente et nous attendons que la malade ait terminé sa grossesse pour pratiquer l'extraction de la dent, si celle-ci est condamnée.

Toutefois, quand nous ne sommes pas certain de guider, comme nous le désirons, l'évolution de l'abcès dans un sens favorable, ou bien lorsque nous pensons que cette attente, le retentissement de la douleur sur l'économie et l'insomnie ont pour la malade plus d'inconvénients que l'extraction, nous n'hésitons pas à opérer.

Notre confrère le D^r Guillot, de Lyon, dans une communication récente nous cite quatre cas dans lesquels il a pratiqué des extractions chez des femmes enceintes, avec anesthésie générale, sans avoir eu d'accidents ni pour la mère ni pour l'enfant.

Bien entendu l'anesthésie générale ne sera employée que lorsque la réfrigération ne permettra pas une insensibilisation suffisante. Nous pensons que le protoxyde d'azote doit être choisi de préférence. Naturellement, cette conduite n'est pas et ne peut pas être absolue.

Les antécédents jouent un rôle important dans notre décision.

Certaines femmes ont eu déjà plusieurs grossesses qu'elles ont toujours mené à bien, sans accidents cependant elles ont eu, pendant leur cours, des chutes, des accidents, des émotions, des maladies; elles ont même subi des opérations importantes ou analogues à celle que nous hésitons à pratiquer, et sans accident.

Dans ce cas il n'y a pour ainsi dire pas à s'occuper de l'état de grossesse.

D'autres ont des antécédents très mauvais. Elles ont eu des fausses couches nombreuses et ces fausses couches reconnaissent pour causes des traumatismes insignifiants ; parfois même le fait de lever les bras a suffi pour amener un accident, et elles n'ont pu mener à bien une grossesse qu'en restant étendues plusieurs mois sur une chaise longue.

Dans ces cas, la plus grande attention doit être apportée et l'intervention réduite à son minimum possible.

Inutile d'ajouter que l'époque de la grossesse, l'époque à laquelle se sont produits les accidents antérieurs, l'intensité probable de la douleur et naturellement aussi l'état d'altération de la dent à extraire donneront également des indications précieuses sur l'intervention à pratiquer.

Lactation. — Nous faisons des réserves semblables au sujet de la période de lactation. Toutefois notre hésitation sera beaucoup moindre, étant donnée la bénignité de l'accident qui peut résulter de notre intervention.

Nous sommes partisan, dans ce cas, comme précédemment, d'avoir recours à l'anesthésie générale au protoxyde d'azote si l'opération est assez importante et ne peut être rendue suffisamment indolore par la réfrigération seule.

Menstruation. — La menstruation ne nous paraît pas être une contre-indication ; toutefois chez certains sujets, lorsque les circonstances ne commanderont pas une intervention immédiate, il sera préférable d'attendre pour l'extraction. Nous avons attiré jadis l'attention sur la fréquence des accidents à cette époque.

QUATRIEME CHAPITRE

Du choix de l'intervention suivant l'état local

Voyons maintenant quelles sont les causes locales qui peuvent nous faire pencher soit pour, soit contre l'extraction.

1° De la marche de la phlegmasie suivant le maxillaire.

Ici, nous avons à considérer tout d'abord sur quel maxillaire sera implantée la dent, cause de tout le mal.

Est-ce sur le maxillaire supérieur, et le malade se trouve-t-il dans un état physiologique nous permettant ou nous indiquant de retarder l'extraction ? Attendons.

Nous avons bien des chances dans ce cas pour que le pus ne se collecte pas, ou, s'il vient à se collecter, pour qu'il vienne, par suite de l'effet de la pesanteur, à descendre tout naturellement. Donc, s'il n'y a pas une diathèse particulière nous forçant à extraire la dent pour éviter des complications ultérieures, nous chercherons à conserver l'organe, sauf les considérations qui vont suivre.

La dent, au lieu d'être implantée sur le maxillaire supérieur, l'est-elle sur le maxillaire inférieur, il nous faudra craindre que le pus ne vienne à fuser sous le mylo-hyoïdien. Nous aurons à craindre la formation d'un abcès sous-mentonnier. Si on laisse le pus se collecter trop longtemps et que l'on ait affaire à un sujet âgé, à tissus très denses, le pus pourra se faire jour à l'extérieur sur la joue, à la hauteur du corps du maxillaire. Dans la majorité des cas, c'est sur les parties latérales qu'il est à craindre de voir s'ouvrir ces abcès, mais on voit assez fréquemment quelques cas de fistules mentonnières, suite d'abcès produits par les incisives inférieures.

On peut dire qu'en règle générale, les accidents infectieux provenant de dents cariées situées à la mâchoire inférieure sont beaucoup plus graves que ceux produits à la mâchoire

supérieure. Nous avons cité la fréquence beaucoup plus grande des ouvertures de ces abcès à la peau, à la mâchoire inférieure qu'à la mâchoire supérieure. En raisonnant par analogie, nous pouvons encore nous baser sur la fréquence des accidents d'infection dans les cas de fracture du maxillaire inférieur, où l'abcès sous-mentonnier est presque de règle, et sur leur rareté relative lorsqu'il s'agit du maxillaire supérieur.

2° Des dents en particulier

Ceci dit, examinons maintenant chacune des dents qui peuvent occasionner des accidents infectieux, car chacune peut présenter des caractères différents.

Maxillaire supérieur. — Incisives centrales supérieures.

— En règle générale, dans les dents de cette espèce, lorsqu'il vient à se produire une fluxion, l'abcès consécutif tend à se former sur la face externe du bord alvéolaire. Elle intéresse principalement la lèvre dans laquelle l'infiltration œdémateuse vient à se localiser. Si l'œdème est très volumineux, il peut gagner les joues et la paupière inférieure. Supposons que nous ayons affaire à une personne dont la lèvre supérieure à l'état normal découvre entièrement la gencive, ou bien à un enfant. Qu'allons-nous faire ?

Comme nous l'avons dit plus haut, nous nous rendrons compte tout d'abord de la période à laquelle nous nous trouvons, et, suivant cette période, nous appliquerons tel ou tel traitement. Il est presque inutile de dire que tous nos efforts tendront à conserver l'organe que nous n'enlèverons qu'en cas de nécessité absolue, étant donné surtout que cette dent est très visible.

Incisives latérales. — L'abcès, dans ce cas, aura une tendance à se former vers la voûte palatine.

Tous les cliniciens en ont fait la remarque (Magitot, Tomes, Dubois). Pourquoi? Nous n'avons trouvé chez aucun auteur une explication pathogénique à ce sujet. Peut-être faut-il

chercher l'explication de la fréquence des abcès de la voûte palatine consécutifs à l'infection de l'incisive latérale dans le développement du maxillaire supérieur? On sait, en effet, d'après les théories d'Albrecht que cet os, entre autres points d'ossification, en présente deux qui sont séparés par une ligne partant de l'incisive latérale pour aller rejoindre la ligne médiane de la voûte palatine.

Canines. — Les canines doivent attirer toute notre attention, car, par suite de la longueur de leur racine et par suite du voisinage de la veine faciale, il peut se produire une phlébite par propagation et par l'infection des lymphatiques. Or on sait, que cette veine faciale communique directement, à plein canal, à l'angle interne de l'œil avec la veine ophtalmique qui se continue avec les sinus de la dure-mère (Tillaux). Enfin, nous avons à craindre des troubles du côté de l'œil comme le prouvent les observations de Parinaud, Galezowsky, Masselon, etc.

Prémolaires. — Suivant que l'on aura affaire à une première ou à une seconde prémolaire, les phénomènes seront différents.

Première prémolaire. — La première prémolaire présente ordinairement deux racines.

L'abcès est-il formé sur la racine palatine, le gonflement se produira dans le palais même. Au contraire, est-il localisé sur la racine externe, la fluxion se produira dans le repli gingival externe et pourra intéresser toute la joue.

Deuxième prémolaire. — Aurons-nous au contraire, affaire à une seconde prémolaire, la fluxion sera plus fréquemment externe, quoique le gonflement puisse aussi se produire dans le palais.

Grosses molaires. — Trois racines suivant lesquelles l'abcès sera ou palatin ou externe. En outre, il y a la complication du voisinage du sinus dans lequel une ou même les trois racines peuvent pénétrer. Il y a donc à craindre des compli-

cations beaucoup plus graves que celles signalées jusqu'ici pour les autres dents.

Ce que nous venons de dire pour la première grosse molaire peut aussi bien s'appliquer à la seconde et même à la troisième. Cependant, pour cette dernière dont les racines sont la plupart du temps soudées et recourbées, il y a quelquefois à craindre une nécrose de la tubérosité. De plus, il peut se produire des accidents inflammatoires du côté du voile du palais et des amygdales. Toutefois ce sera la première grosse molaire qui amènera le plus souvent des accidents du côté du sinus, et en particulier, la racine antéro-externe qui est la plus rapprochée de l'antra d'Hygmore.

Voyons maintenant les dents du maxillaire inférieur.

Maxillaire inférieur. — Incisives centrales et latérales. — L'abcès est à craindre en ce sens que, comme nous l'avons dit antérieurement, il y a toujours à redouter que le pus ne vienne à fuser et à occasionner des abcès sous-mentonniers.

La fluxion. Elle est surtout antérieure et localisée à la lèvre inférieure et à la région mentonnière.

Canines. — Il en est de même que pour les dent précédentes, avec la différence que les racines sont plus longues, et par conséquent plus susceptibles d'amener des complications et des abcès de la région sous-hyoïdienne.

Prémolaires. — Quant aux prémolaires, la fluxion se produit le plus souvent dans la joue et l'abcès à la partie externe.

Pour les *premières et deuxièmes grosses molaires*, l'infection a une tendance à évoluer le plus souvent du côté externe.

Quant à la dent de sagesse, il y a à craindre, outre le trismus, des accidents graves pouvant se localiser aussi bien à la partie externe qu'à la partie interne, du côté du pharynx et des amygdales. Disons encore deux mots de la fréquence des accidents inflammatoires sur les grosses molaires et principalement sur les premières, celles de 6 ans.

Ces dents venant à évoluer à une époque où l'organisme est encore loin d'avoir parfait sa calcification, et présentant

en outre une anatomie toute spéciale par rapport à leurs cuspides et à leurs sillons intercuspidiens, sont appelées plus que toute autre dent à se carier les premières.

La carie se mettra donc très rapidement dans ces dents, fera des progrès rapides et atteindra quelquefois l'organe vital, alors que l'on suppose qu'il n'existe encore qu'une carie débutante.

Le tissu vasculaire de la pulpe se laissera infiltrer beaucoup plus rapidement que chez un adulte, et, les racines, par suite du manque de calcification étant largement ouvertes, laisseront pénétrer beaucoup plus facilement dans l'alvéole les produits septiques.

D'où la fréquence des accidents de la dent de 6 ans.

3° *De la longueur des racines*

Il nous faut enfin parler maintenant de la longueur des racines pouvant agir comme facteur dans la production des accidents graves.

Nous supposons qu'une dent que nous avons à traiter pour un abcès, possède des racines très longues. Cette dent est située à la mâchoire supérieure. C'est une première grosse molaire. Le sujet est dans la force de l'âge. Son maxillaire est dense, épais. Que va-t-il se passer? Le pus formé à l'extrémité apicale, cherchera à se frayer un chemin pour venir aboutir à l'extérieur, mais par suite de la hauteur du tissu osseux qui l'enveloppe et de la résistance qu'offre celui-ci, il ne pourra pas évoluer comme il le ferait dans un cas de dent à racines courtes. D'un autre côté, le pus peut venir à percer dans la voûte palatine, décoller toute la muqueuse et occasionner une nécrose considérable.

Les racines externes, peuvent, elles aussi, nous occasionner de graves accidents. Le pus cherche en effet à être évacué le plus vite possible. Que va-t-il se produire? Il arrivera que, tout en cherchant à descendre et à venir sourdre au collet de la dent, il rencontrera un point faible. Ce point faible ne sera

pas situé où il est normalement, c'est-à-dire sur la paroi externe du procès alvéolaire.

Il sera situé au-dessus du sillon gingivo-labial. Venant à rencontrer des insertions musculaires, offrant une résistance considérable, il passera au-delà de ces insertions et finira par venir se faire jour à l'extérieur sur la joue. Nous avons déjà fait entrevoir ces considérations plus haut.

En outre, par suite de la longueur des racines, l'infection a lieu à une profondeur beaucoup plus grande. Cette infection peut s'étendre aussi bien en largeur qu'en profondeur et l'on voit les conséquences qui découlent tout naturellement de cet état de choses.

Le pus, pour peu que le tissu osseux soit très résistant peut s'étendre pour ainsi dire en nappe, dans le sens horizontal. Il peut attaquer les racines des dents voisines et être cause de leur chute.

Nous ne saurions trop le répéter; on doit considérer comme un facteur puissant dans la production des accidents inflammatoires la longueur des racines, et le praticien ne saurait trop prendre de précautions pour chercher à se rendre compte de la longueur de celles-ci.

Il devra par tous les moyens dont il dispose : palper vestibulaire, percussion, examen au miroir électrique, interrogation du malade sur les extractions qui ont pu être faites antérieurement, chercher à se rendre compte, s'il se trouve en présence de racines longues ou de racines courtes; car, suivant le cas, le pronostic sera grave ou bénin.

4° De diverses considérations locales

Suivant le siège de la dent et son utilité, nous conserverons ou non cet organe ou sa racine. Mais nous nous empressons d'ajouter que cela dépendra encore de causes différentes.

Aurons-nous, par exemple, affaire à une dent surnuméraire? Il n'y a pas d'hésitation possible, car, outre que la plupart du temps, ces dents tiennent la place de dents normales, font dévier les arcades d'un côté ou de l'autre en faisant

chevaucher les dents normales les unes sur les autres, il faut encore faire rentrer en ligne de compte, les anomalies de forme qui caractérisent d'ordinaire ces dents.

Ces anomalies de forme peuvent être aussi bien coronaires que radiculaires. Les racines peuvent être en nombre plus grand qu'à l'ordinaire, étroites, sinueuses, courbées. Elles peuvent être en nombre moindre et la plupart du temps réunies, fondues ensemble. Donc, pour les dents surnuméraires, pas d'hésitation possible.

Lorsqu'elles seront atteintes d'accidents infectieux, nous les sacrifierons.

Aurons-nous affaire, au contraire, à une dent normale, une grosse molaire par exemple, dont le rôle est si utile dans la mastication, nous tenterons de la conserver, mais à une condition, c'est que la couronne ne soit pas trop atteinte. On pourrait nous faire l'objection que, dans le cas de dent découronnée, on peut parfaitement, sans extraire les racines, remplacer la couronne absente par une couronne artificielle, soit en or, soit en porcelaine.

Nous l'admettons, mais encore ne faut-il pas que la portion centrale de cette dent soit trop creuse avant la préparation pour placer l'organe artificiel.

Supposons un moment qu'au lieu d'avoir affaire à une dent découronnée, nous ayons affaire à une deuxième grosse molaire supérieure cariée au collet à la face distante. La dent de sagesse, évoluée normalement se trouve en contact avec cette carie. Garderons-nous cette deuxième grosse molaire? Certes non, car il n'est possible d'arriver à soigner cette dent qu'en entamant fortement sa face triturante, c'est-à-dire sa face utile.

Quoi qu'en disent certains praticiens pour lesquels la préparation des canaux radiculaires semble une opération toujours très simple, quelles que soient la dent et la courbure des canaux, il est bien difficile de conserver une dent semblable, même lorsqu'il n'y a pas eu de phénomènes infectieux. A plus forte raison, lorsque cette dent aura occasionné

fluxion, abcès, etc. Nous ne la conserverons donc pas. Nous trouvons-nous en présence d'une dent ayant été drainée antérieurement? Ici nous n'avons presque jamais d'hésitation. Nous la sacrifions le plus souvent.

Signalons également que l'intervention sera souvent facile à décider, lorsqu'il s'agira d'une dent qui a été atteinte de carie perforante avant que ses racines soient formées en totalité. Dans ces conditions, les canaux radiculaires sont largement ouverts et communiquent directement avec le maxillaire, comme dans une dent temporaire en voie de résorption. Nous pratiquerons l'extraction.

De même, lorsque la racine dont il s'agit est incapable de servir de moignon pour un pivot.

De même aussi lorsqu'il s'agit d'une dent atteinte d'ostéopériostite, nous ne sommes pas partisan de tentatives exagérées de conservation, puisque l'organe est le plus souvent condamné.

De même enfin quand il s'agit d'une bouche atteinte de stomatite intense ou de gingivite grave.

CINQUIEME CHAPITRE

De la variété de l'intervention suivant des considérations diverses

Considérations basées sur l'esthétique

Il nous faut encore attirer l'attention sur l'esthétique qu'il faut autant que possible conserver chez les sujets jeunes, les enfants, les femmes, etc., côté qui n'a pas la même importance chez un sujet âgé dont on ne voit pas ou presque pas les dents, par exemple. Quelle que soit la nature de l'infection occasionnée par une des six dents de bouche (fluxion œdémateuse, fluxion phlegmoneuse), nous devons toujours tenter de conserver ces organes.

C'est ici que nous devons, suivant la période à laquelle le malade viendra nous trouver, ou faire avorter l'abcès, ou le diriger à notre gré, ou bien encore donner une issue au pus.

A part les cas particuliers que nous avons cités, cas dans lesquels il y aurait à craindre une mauvaise terminaison, nos efforts doivent tendre à conserver la dent.

On dit toujours que certaines personnes qui, en riant découvrent les dents du maxillaire supérieur, ont la lèvre trop courte.

Cette opinion n'est pas toujours juste, car il existe des personnes qui, tout en ayant la lèvre supérieure très développée, découvrent également leurs dents. Cela tient souvent aussi à ce que le maxillaire descend plus ou moins bas.

Plus nous avancerons vers le fond de la bouche, moins nous aurons à nous occuper du côté esthétique.

Vous savez tous quelles difficultés nous avons quelquefois à imiter la nature lorsqu'il s'agit de remplacer une des dents de bouche dont nous avons été obligé d'extraire la racine.

Lorsque la cicatrisation de la gencive est complète, et *cela suivant la longueur* que possédait ladite racine, nous nous trouvons en présence d'une dépression plus ou moins accentuée de cette gencive. Le côté prothétique joue ici un grand rôle, mais, malgré tous nos soins, nous n'arrivons jamais, ou du moins bien rarement, surtout lorsqu'il s'agit d'une incisive centrale, et que le malade a le maxillaire très apparent, nous n'arrivons jamais, disons-nous, à remplacer l'organe absent de façon à donner l'illusion de la nature.

La dépression de la gencive nous force à mettre une dent qui est beaucoup plus longue que ses collatérales. Nous pouvons, il est vrai, employer dans ce cas la gencive artificielle, mais celle-ci est bien rarement d'une teinte absolument exacte et laisse en tous cas toujours une solution de continuité, si égère soit-elle, entre elle et la gencive naturelle.

Nous ne saurions donc trop le répéter, *lorsque cela sera possible* nous devons faire tous nos efforts pour conserver les dents de bouche, et toute notre attention devra être apportée à ce point, même lorsqu'il ne s'agira que des racines.

De la variété de l'intervention suivant le milieu social

Les décisions que nous pouvons être appelés à prendre comme nous l'avons vu antérieurement, peuvent être modifiées du tout au tout suivant la situation sociale qu'occupe le malade qui vient réclamer nos soins.

Il existe en effet une différence notable entre les soins que nous sommes appelés à donner à un ouvrier et ceux que nous donnerons à une personne occupant une certaine situation sociale.

Un malade se présente à l'hôpital. Il a tous les phénomènes d'une fluxion phlegmoneuse. Ce malade est un ouvrier ne disposant pas de beaucoup de temps. Il vient nous trouver parce qu'il souffre et nous sommes intimement convaincu que nous ne le reverrons pas lorsqu'il ne souffrira plus. Dans ce cas, il y a humanité, disons-le, laissant de côté

le point de vue esthétique, à le débarrasser de la dent incriminée, non seulement en vue des accidents présents, mais encore en vue des accidents divers qui pourront survenir par la suite. Dans ce cas, pour agir le plus rapidement et d'une façon aussi efficace que possible, nous devons faire une double intervention, c'est-à-dire, commencer par inciser l'abcès largement et faire l'extraction.

Au contraire, avons-nous affaire à un client qui reviendra sur nos indications, ne demandant qu'une chose, c'est de conserver sa dent, si malade soit-elle? nous agirons d'une façon absolument différente.

Au lieu de procéder à l'extraction, et suivant la période à laquelle le malade se présentera, nous essayerons de faire avorter l'abcès, ou de le diriger à notre gré, ou bien encore si l'abcès est complètement formé, nous l'ouvrirons largement en prenant toutes les précautions antiseptiques possibles. Puis, nous attendrons que les phénomènes aigus soient disparus, et alors nous ferons comme pour ce qui se passe dans la typhlite; nous *opérerons à froid*.

Nous pourrions alors diriger tout à notre aise notre traitement et nous aurons bien des chances de réussite.

Pour nous résumer, nous ne pouvons mieux comparer la différence d'intervention que nous aurons à pratiquer qu'à la réflexion fort juste que nous faisait, concernant l'opportunité d'intervention suivant le milieu social, notre maître Terrillon.

Nous avons affaire, disait-il, à deux personnes âgées d'environ 45 ans, et atteintes de fibrome utérin, occasionnant des métrorrhagies graves.

L'une de ces femmes est une ouvrière, obligée de gagner sa vie en poussant une petite voiture dans la rue. Celle-ci, nous l'opérerons de suite, de façon à supprimer radicalement ces métrorrhagies qui pourraient avoir une terminaison fatale pour la malade.

L'autre sujet, est au contraire une personne aisée, que l'on peut sans inconvénient aucun étendre pendant des mois et

même des années sur une chaise longue, lui permettant ainsi d'attendre l'époque de la ménopause.

L'opérerons-nous ? Non.

Vous voyez donc que, suivant le milieu social dans lequel vivent ceux qui viendront nous consulter, notre opinion au sujet de l'intervention à faire pourra changer du tout au tout.



SIXIÈME CHAPITRE

De l'opportunité de l'époque de l'intervention

Nous allons examiner dans ce chapitre si, l'intervention étant décidée, c'est-à-dire l'extraction de la dent ou l'incision de l'abcès étant décidée, nous devons agir rapidement ou attendre.

1° De l'opportunité de l'extraction

Cette question a déjà été posée l'année dernière, au Congrès de Paris, par notre confrère Josef Mendel.

Après un simple exposé des faits, très net et sans partialité, il suppose un ouvrier arrivant consulter à l'hôpital, atteint d'une fluxion du type de celle que nous avons décrite sous le nom de fluxion phlegmoneuse (2^e phase); il s'agit d'une dent dont l'extraction est décidée et il posait la question suivante : Doit-on pratiquer l'extraction immédiatement ou attendre que l'abcès ait évolué ?

M. Josef faisait suivre cette question de considérations très justes sur les avantages de l'extraction immédiate.

La lettre dans laquelle la question était ainsi posée, fut envoyée à plusieurs chirurgiens, parmi lesquels cinq professeurs répondirent.

MM. Terrier et Tillaux penchèrent pour l'intervention précoce, MM. Berger et Duplay conseillèrent d'attendre, et le cinquième, M. le professeur Le Dentu, dans une lettre très intéressante, expliqua son opinion, la variant suivant les cas divers, mais se montrant d'une façon générale, partisan de l'extraction.

Nous avons, à ce moment, dit ce que nous pensions sur ce mode d'interview. D'une part, cette question touche de plus près à la pathologie dentaire qu'à la pathologie chirurgicale,

et tout en trouvant très intéressant d'avoir l'avis de maîtres éminents tels que ceux que nous venons de citer sur une question de cette importance, nous pensons et nous avons vu par ce qui précède, qu'il est impossible, en deux lignes, de donner un avis, un vote par oui ou par non sur un tel point.

C'est du reste ce que pensèrent MM. Berger, qui dit que *la question est bien délicate*, et Tillaux qui dit qu'il ne croit pas sage de formuler une règle *générale* de conduite.

De plus, les malades que voient les chirurgiens ne sont pas les mêmes que ceux que nous voyons, ou plutôt ils les voient avec des complications graves, tandis que nous les voyons en général avant cette époque.

Quand un malade est atteint d'une fluxion phlegmoneuse, telle que celle que nous avons décrite, il va consulter un dentiste et, dans l'immense majorité des cas, l'extraction pratiquée à ce moment, arrêtera l'évolution de la phlegmasie, comme nous l'avons dit plus haut.

Quand un malade va consulter un chirurgien, soit à l'hôpital, soit en ville, c'est parce qu'il est gravement atteint, a une infection déjà généralisée et nous comprenons très bien que des chirurgiens habitués à voir des malades atteints de phlegmons ou d'abcès volumineux, suite d'accidents d'origine dentaire, pensent qu'il faut se préoccuper avant tout d'ouvrir le phlegmon ou l'abcès. La dent vient ensuite dans leur pensée, et nous le comprenons.

Nous sommes d'ailleurs bien persuadé, comme nous l'avons dit à ce moment, que si ces cinq chirurgiens éminents avaient été appelés en consultation auprès d'un malade donné, leur avis aurait été uniforme.

La discussion qui eut lieu montre nettement que la plupart des membres qui y assistaient étaient partisans de l'intervention précoce.

Nous considérons donc, nous appuyant en cela sur notre expérience, sur l'opinion de la plupart des confrères qui ont pris la parole sur ce sujet, sur l'opinion même de nos maîtres Terrier, Tillaux et Le Dentu, que cette question est jugée et

que, dans les cas où l'extraction est décidée, cette opération doit être faite immédiatement.

Nous allons voir quelques cas connus et publiés dans différents auteurs, qui appuient notre opinion.

A. Des accidents causés par infection grave des maxillaires, guéris par l'extraction

Porre, au Congrès international de 1887, a relaté onze cas de pyémie d'origine dentaire. Tous ces cas furent guéris par l'extraction judicieuse de la dent.

Baker cite un cas d'abcès métastatiques, formés dans différentes parties de l'organisme et qui guérirent par l'extraction de racines pathologiques.

Piétrzikowsky parle d'une ostéomyélite aiguë accompagnée de nécrose de la paroi externe de la branche montante. Cette ostéo-myélite fut jugulée par l'extraction.

Schmid rappelle une nécrose partielle de la moitié inférieure gauche du maxillaire, consécutive à une pulpite septique traumatique. La guérison ne fut complète qu'après l'expulsion de 70 séquestres.

Harrisson Allen cite le cas d'un jeune homme à qui l'on avait obturé les racines d'une dent de sagesse et qui eut, à la suite de l'otite suppurée, de la périostite du maxillaire. Le pus avait fusé entre les faisceaux du mylo-hyoidien. Il y avait en même temps tendance à la septicémie. L'extraction fut décidée et le malade vit tous les accidents disparaître.

Nous ne citerons pas d'observation personnelle à ce sujet, car nous pensons que tous les dentistes ont chacun une quantité d'observations de leur pratique dans lesquelles la guérison eut lieu après l'extraction précoce chez des malades atteints de fluxion phlegmoneuse et d'infection grave.

Tous ont vu également des accidents sérieux survenir chez des malades qui avaient trop attendu avant de consulter.

Nous tenons toutefois à citer l'observation suivante, due à l'obligeance de notre confrère et ami M. Choquet, et qui est

surtout intéressante par les expériences bactériologiques qui l'accompagnent.

2^o observation. — due à M. Choquet. — M. X. professeur à l'École Centrale vient me trouver pour lui terminer l'obturation d'une dent de sagesse inférieure gauche, qui a été traitée trois mois auparavant par un dentiste de province. Il existe à ce moment une obturation provisoire à la gutta. Le traitement de la chambre pulpaire ainsi que des canaux radiculaires a été très judicieusement fait. Il n'existe aucune odeur. Le malade devant revoir son dentiste quelques jours plus tard, je lui conseille de faire faire l'obturation définitive par celui-ci. Nouvelle obturation à la gutta. M. X. est un homme de haute taille, maigre, travaillant beaucoup et atteint de temps à autre d'accès de fièvres palustres contractées à l'étranger.

Huit jours après la nouvelle obturation à la gutta, le malade revient me trouver. J'ai peine à le reconnaître, tellement il est changé. Il a une fièvre atteignant 39°6, de la périodontite, de la périostite du maxillaire. Les ganglions sous-maxillaires sont fortement engorgés. Difficulté de la déglutition, les amygdales du côté correspondant étant hypertrophiées. De plus, insomnie complète, diarrhée profuse, vomissements, évanouissements par instants.

Vu la gravité de l'état, je conseille au malade l'extraction de la dent, lui laissant entendre qu'il n'y a pas de temps à perdre, quoique les accidents généraux ne datent que de *douze heures* environ. Quoique très pusillanime, le malade se décide pour l'extraction. Celle-ci est faite sur le champ et de grands lavages antiseptiques tièdes sont faits dans l'alvéole. Le malade repart chez lui accompagné de son médecin. ami commun. A la suite de l'extraction il y eut une terrible crise de fièvre. La température monta à 40°4. Du délire s'ensuivit. Il y eut encore une ou deux évacuations diarrhéiques qui cessèrent au bout de six heures. Les phénomènes inflammatoires diminuèrent peu à peu d'intensité et au bout de 15 jours, tout était rentré dans l'ordre.

Le côté le plus intéressant de la question est le suivant:

aussitôt l'extraction faite, j'ai fendu la dent en deux, en la maintenant dans du papier ayant été stérilisé au four à flamber, et les morceaux obtenus furent plongés à l'instant même dans un tube de bouillon peptone que je plaçai à l'étuve. Il était à ce moment 5 heures du soir. A 8 heures, le bouillon était absolument trouble. Le lendemain matin, en ouvrant l'étuve pour examiner la culture, quel ne fut pas mon étonnement en trouvant mon tube de bouillon présentant une fermentation si énergique que le bouchon d'ouate avait sauté pendant la nuit sous la pression des gaz formés. Malgré cette condition défavorable, je pris deux souris blanches auxquelles j'injectai dans le pli interne de la cuisse, à l'une 2 gouttes, à l'autre 4 gouttes de ladite culture.

Les deux souris commencèrent à se mettre en boule un quart d'heure après l'inoculation. L'infection se produisait rapidement, d'une façon foudroyante, puisque les deux souris moururent toutes deux *quatre heures* après l'inoculation et à un quart d'heure d'intervalle. A l'autopsie, la rate, le foie, les poumons étaient absolument noirs. Le sang contenu dans les cavités cardiaques était de même couleur. Ayant fait un prélèvement de celui-ci, je pus reconnaître deux espèces de microbes, l'un en forme de coccus, l'autre en forme de bacille. Ces deux microbes ne prenaient pas le Gram.

Ensemencés dans divers milieux nutritifs, ils poussèrent assez difficilement. L'un ne liquéfiait pas la gélatine, l'autre au contraire la liquéfiait très rapidement.

Ils avaient tendance à pousser beaucoup plus énergiquement lorsqu'ils étaient ensemencés dans un milieu privé d'oxygène.

Ces deux espèces ont conservé leur virulence pendant trois passages successifs, puis, un jour, ils ont fini par ne plus pousser. Je regrette vivement de n'avoir pu les identifier; néanmoins, l'observation semble très intéressante et nous prouve que, dans ce cas, l'extraction était absolument indiquée. Qui sait, si nous avions attendu quelques heures de plus, si notre malade n'aurait pas eu le même sort que les souris que nous avons inoculées?

B. Des accidents consécutifs à une extraction tardive

Nous venons de citer quelques exemples d'accidents généraux graves guéris par suite de l'intervention du dentiste.

Voyons maintenant les cas de terminaison fatale pour avoir trop attendu.

Zakharevitch cite deux médecins très bien portants qui moururent, l'un le sixième, l'autre le dixième jour, après l'extraction de la seconde grosse molaire inférieure gauche.

D'après l'auteur, on doit ici incriminer les instruments employés comme facteurs de la terminaison fatale.

Baume parle d'un jeune homme mort de pyémie le lendemain d'une extraction. Le malade, dans ce cas, souffrait d'un abcès chronique de la gencive.

Delestre rapporte des cas de méningite à terminaison fatale ayant eu pour origine l'extraction de dents fortement cariées.

Von Mosetig Moorhof a noté quatre cas d'inflammation du maxillaire, accompagnée de phlébite suppurée, et terminés par la mort. La cause résidait dans deux racines gâtées que l'on avait laissées en place.

Von Metnitz cite le cas d'une malade de quarante-trois ans à laquelle on avait extrait huit jours avant quelques vilaines racines. Cette dame, qui était enceinte, mourut après une agonie terrible.

L'autopsie démontra qu'il s'agissait, dans ce cas, d'une méningite ayant eu pour point de départ les dents extraites trop tardivement.

Poncet a vu des cas d'ostéite suivis d'infection généralisée et se terminant par la mort. Les dents n'avaient pas été extraites.

Fripp rapporte un cas d'abcès du cerveau terminé par la mort. Une dent malade laissée dans le maxillaire en est la cause.

Coopmann. — Enfant de huit ans. — Décès pour ne pas avoir extrait une dent malade.

Marshall cite un cas de gangrène emphysémateuse occa-

sionnée par l'évolution d'une dent de sagesse inférieure gâtée au quatrième degré. Mort.

Nous arrêtons ici cette trop longue liste d'accidents à terminaison fatale pour faire quelques réflexions à ce sujet.

Nous ne citons pas, à dessein, les cas publiés dans ces derniers temps, qui sont connus de tous, cas de Panas, etc.

Nous ne citons pas non plus les cas relatés par Magitot (Art Dent. Dictionnaire Dechambre), auquel il est facile de se reporter.

Ainsi donc, nous pensons que, dans la plupart de ces cas les accidents graves, et même mortels, qui sont survenus, ont été causés par un trop grand retard apporté à l'intervention.

2° De l'opportunité de l'ouverture de l'abcès

On a vu dans le chapitre précédent que nous étions partisan de l'extractio*n* précoce, quand cette opération est décidée. Nous serons, au contraire, très réservé pour l'ouverture des abcès d'origine dentaire et nous pensons que leur ouverture précoce, avant que le pus soit collecté, doit être condamnée. En un mot, nous sommes partisan d'attendre, pour ouvrir un abcès, que celui-ci soit mûr, suivant l'expression consacrée.

Dans les débuts de notre pratique, nous pensions que l'ouverture précoce de la région où l'abcès était en voie de formation était rationnelle ; nous pensions, grâce à l'hémorragie, décongestionner les tissus phlogosés, grâce à l'ouverture, donner issue au pus, favoriser le retour à l'état normal, et, même en admettant que notre incision n'allât pas jusqu'à la collection purulente, encore éloignée, nous pensions préparer ainsi la voie à la migration du pus, en allant au-devant de lui.

L'expérience nous a démontré que cette méthode devait être rejetée, et nous avons constaté que le passage du pus dans une région où nous avons ouvert les vaisseaux sanguins et lymphatiques amenait parfois des accidents d'infection secondaire très graves.

Parmi les observations que nous avons sur ce sujet, nous en choisirons une qui nous paraît typique.

Observation : Une jeune fille de 20 ans, très bien portante, nous est adressée par un confrère, le D^r P... A la suite d'une obturation trop rapide d'une carie du quatrième degré d'incisive centrale supérieure droite, pratiquée sans avoir antiseptisé suffisamment cette dent, la malade vient nous trouver, avec une fluxion considérable au niveau de cette dent. L'obturation avait été pratiquée la veille. Dans le fond du cul-de-sac gingivo-labial la muqueuse est rouge, injectée et en plaçant un doigt à ce niveau et un doigt au niveau du pli cutané naso-génien, nous percevons assez loin la fluctuation. La dent ayant été désobturée, nous pensons devoir faire tous nos efforts pour conserver l'organe et avancer l'évolution de la phlegmasie et nous nous décidons à pratiquer une incision précoce.

Après avoir pris toutes les précautions antiseptiques désirables, nous faisons une première incision assez profonde, mais il ne s'écoule que du sang. Une deuxième incision plus profonde nous amène dans le foyer de l'abcès et le pus s'écoule. Nous lavons l'abcès et nous disons à la malade de revenir dans quelques jours pour soigner sa dent, quand les symptômes aigus auront disparu, ce que nous pensons ne pas devoir tarder.

2^e jour : La malade revient, elle n'a pas été soulagée ; bien au contraire, elle a souffert toute la nuit, la fluxion a augmenté, toute la région est œdématiée. L'incisive causale est allongée de 2 à 3 millimètres, absolument mobile, très douloureuse. En un mot, et sans plus de détails, état local et général graves. Nous nous décidons à l'extraction ; la dent vient sans effort. Grands lavages ; antiseptie soignée et continue par des injections répétées.

3^e jour : La malade revient ; tout va de plus en plus mal. L'incisive latérale et la canine sont aussi mobiles que l'était la veille l'incisive centrale. Ostéite suppurée de toute cette région ; le stylet introduit par l'alvéole de l'incisive centrale

passé au-delà de la racine de l'incisive latérale. Devant la gravité des symptômes généraux, et persuadé que les racines de ces deux dents allongées et très chancelantes baignent dans le pus, nous n'hésitons pas à pratiquer leur extraction. Cautérisation ignée. Curetage. Lavage au chlorure de Zn à 1/100. Nous faisons tout notre possible pour arrêter l'évolution de l'ostéite suppurée.

4^e jour : La malade a du délire ; la joue n'a pas dégonflé ; elle n'a ni dormi, ni mangé ; température très élevée, frissons. Nous ne voyons pas la malade qui n'a pu se lever.

5^e jour : Nous allons la voir. La nécrose marche à pas rapides. La première prémolaire, la deuxième, la première grosse molaire, la deuxième sont dans le même état que les dents précédentes. Le stylet touche des parties rugueuses, déjà mobiles. Extraction de ces quatre dents chancelantes, curetage des maxillaires. Toutes les dents enlevées étaient déjà dépourvues de ligament dans la moitié de leur hauteur, du côté du sommet de la racine.

A partir de cette époque, les accidents aigus cessèrent ; tout rentra peu à peu dans l'ordre. La malade élimina une grande quantité de séquestres et elle en éliminait encore quatre mois après.

Nous avons souvent pensé qu'il s'était agi dans ce cas d'une infection produite par des microbes d'une extrême virulence, et peut-être cette évolution si rapide d'accidents graves amenant en cinq jours la perte de toutes les dents du maxillaire supérieur droit et la nécrose de tout le bord alvéolaire correspondant n'a-t-elle pas d'autre cause ? Peut-être l'incision précoce que nous avons faite n'est-elle pas la cause de cette marche brutale, et faut-il chercher toute la raison dans une espèce microbienne d'une virulence particulière ? Il n'y aurait dans ce cas, non une relation de cause à effet, mais une simple coïncidence.

Toujours est-il que dans l'immense majorité des cas, chez un sujet se présentant dans l'état où se trouvait notre malade le premier jour où elle vint nous consulter, il suffit,

en général, de guider l'évolution de l'abcès, et le plus souvent même cette marche se fait très normalement sans aucune intervention. Un jour ou deux après, le pus est superficiel. C'est un cas très fréquent et qui se termine en général très bien. Or, précisément dans ce cas particulier où nous avons cru devoir faire une incision précoce, de graves complications sont survenues.

Nous n'avons pu nous empêcher de faire ce rapprochement.

Mais, nous objectera-t-on : si vous n'êtes pas partisan de cette incision précoce, en vous basant sur ce fait que les vaisseaux sanguins et lymphatiques ouverts par cette incision peuvent servir de véhicule aux agents infectieux, vous devriez de même être réservé au sujet de l'extraction, puisque, dans ce cas, il y a également plaie, d'où possibilité d'infection.

Nous pensons que les deux opérations ne sont pas comparables, et que les bons résultats produits par l'extraction précoce tiennent surtout à ce que le centre d'infection, c'est-à-dire la pointe de la racine, est supprimé par le fait même de l'opération.

Nous avons, dans plusieurs autres cas, constaté de même que l'incision précoce ne donnait pas les résultats que l'on pouvait espérer.

Aussi conseillerons-nous, pour résumer ce chapitre : l'extraction précoce, l'ouverture de l'abcès tardive, c'est-à-dire quand le pus est bien collecté et qu'il est superficiel.

SEPTIÈME CHAPITRE

De l'intervention en elle-même

Nous avons vu à la fin du deuxième chapitre que les interventions pouvaient être diverses. Nous allons les passer en revue ; elles peuvent se résumer à quatre :

1^o Chercher à amener la résolution de la fluxion.

2^o Guider l'évolution de l'abcès.

3^o Extraire la dent.

4^o Ouvrir l'abcès.

Nous voulons examiner les moyens qu'emploiera le praticien pour arriver aux deux premiers buts et les observations qui peuvent avoir trait au manuel opératoire des opérations de l'extraction et de l'incision de l'abcès, vu des conditions particulières.

1^o *Chercher à amener la résolution de la fluxion*

Inutile de répéter que ce traitement est à conseiller seulement au moment de la fluxion œdémateuse (1^{re} phase).

Comme traitement local, on fera sur la gencive des scarifications, afin d'amener une émission sanguine suffisante pour décongestionner la région.

Les divers révulsifs employés dans ce but, pointes de feu, applications iodées, sont également indiqués si l'état général du malade s'oppose à l'intervention sanglante.

Comme traitement dentaire, on pratiquera la désobturation de la dent s'il s'agit d'une dent bouchée, sa trépanation avec un forêt s'il s'agit d'une dent morte, mais non cariée.

S'il s'agit d'une dent atteinte de carie perforante, non obturée, on la curetera le plus doucement possible, on enlèvera les débris d'aliments et la majeure partie des couches de dentine altérée, et on fera des injections peu fortement poussées.

Dans tous les cas, lorsqu'on sera arrivé dans la chambre pulpaire, on s'efforcera doucement, lentement, de débarrasser les canaux radiculaires de leur contenu, et on évitera soigneu-

sement de refouler avec une grosse sonde à canaux ou avec une mèche volumineuse les produits septiques au niveau de l'extrémité apicale, ce qui activerait la marche de la phlegmasie.

La cavité dentaire sera garnie d'un tampon d'ouate hydrophile, non serrée, qui sera renouvelé à tous les repas, et qui est simplement destiné à empêcher les aliments de pénétrer dans la dent.

Comme traitement général, on peut conseiller un dérivatif intestinal et des bains de pieds sinapisés.

S'abstenir de sortir, surtout si l'air est froid ou vif.

2° Guider l'évolution de l'abcès

Avant tout, jamais de cataplasmes, jamais de compresses humides, même aseptiques ou antiseptiques, appliquées sur la peau, à moins qu'on n'ait bien l'intention de faire ouvrir l'abcès au dehors, -- ce qui est le cas le plus rare et que nous ne supposons pas.

Sur la peau, nous conseillons une couche de teinture d'iode et nous insistons pour que cette teinture d'iode soit celle du codex, qu'elle soit fraîche, pour éviter les accidents qui pourraient résulter de l'emploi d'un flacon ancien, dont l'alcool se serait évaporé. Nous avons vu, dans un cas analogue, toute la peau de la joue soulevée comme par un vésicatoire, ce qui pourrait laisser des cicatrices ou une pigmentation particulière chez certains sujets.

Nous conseillons au malade, si possible, de garder la chambre, de se tenir au chaud, et s'il est obligé de sortir, nous lui conseillons de porter un bandeau peu serré avec une lamelle d'ouate hydrophile sur la région tuméfiée.

Comme traitement intra-buccal, nous conseillons des lavages fréquents toutes les demi-heures, avec une solution chloralée au 1/100, en alternant avec une solution d'eau de guimauve et de pavot boriquée.

Pendant longtemps, on a conseillé l'application permanente d'une figue bouillie dans du lait que le malade devait

placer, très chaude, dans le cul-de-sac gingivo-labial ou gingivo-génien formé par le vestibule de la bouche à l'endroit précis où l'on voulait attirer la collection purulente. Cette figue devait être remplacée toutes les demi-heures. Nous conseillons plus simplement aujourd'hui de remplacer la figue par des tampons d'ouate hydrophile de la grosseur d'une noix, trempés dans une solution boriquée *chaude*, placés comme il a été dit plus haut et renouvelés également toutes les demi-heures. On pourra employer l'eau de guimauve et de pavot boriquée conseillée au malade pour lavages de la bouche.

Naturellement nous interdisons la teinture d'iode appliquée sur la gencive qui, à ce moment, produirait un effet contraire.

Cette thérapeutique donnera des résultats favorables, même dans des cas où l'abcès est déjà presque collecté et menace de s'ouvrir à la peau, si elle est faite avec soin.

3° Extraire la dent

Nous ne décrirons pas les moyens d'anesthésie à employer pour rendre indolore une extraction faite au moment d'une fluxion ou d'une abcès. Ceci nous entraînerait trop loin et nous avons d'ailleurs traité cette question dans une autre communication cette année.

Nous n'insisterons pas non plus sur la nécessité qu'il y a à désinfecter le champ opératoire, c'est-à-dire la bouche, avant et après l'opération. On fera un nettoyage consciencieux des dents et des parties molles ; ce dernier sera effectué au moyen de tampons d'ouate hydrophile montés sur des pinces ou des excavateurs. Ensuite grands lavages avec solution antiseptique, permanganate de potasse par exemple.

Après l'opération, lavages et injections tièdes antiseptiques dans l'alvéole.

Laisser saigner. Conseiller des lavages antiseptiques pendant deux ou trois jours et des injections alvéolaires que le malade fera lui-même faire revenir pour constater le résultat de l'intervention et faire par soi-même une antisepsie

rigoureuse jusqu'à ce que la guérison de la plaie soit bien assurée.

Naturellement, on n'opérera qu'avec des instruments aseptiques et nous avons l'habitude de faire également aseptiser immédiatement après l'opération les instruments qui nous ont servi, pour plus de sûreté, en cas d'inattention d'un aide.

L'extraction en elle-même sera comme dans un autre cas. Il est nécessaire qu'elle soit complète, car le centre d'infection, nous l'avons vu, est constitué par l'apex de la racine. C'est dans ce cas que l'opérateur devra apporter toute son attention et son habileté pour ne faire sur cette mâchoire si endolorie et si sensible que les efforts strictement nécessaires pour extraire la dent.

Dans les cas d'abcès, la dent ou les racines sont mobiles; si l'abcès est volumineux, et d'ailleurs, dans tous les cas, il faudra pousser le moins possible la dent vers le fond de l'alvéole; on a vu en effet des dents s'enfoncer dans un abcès volumineux et de plus la pression est très douloureuse. On n'enfoncera que de la quantité nécessaire pour assurer une bonne prise. Nous ne voulons pas, à dessein, entrer dans des considérations plus détaillées à ce sujet, ce chapitre présentant, comme on le conçoit, une série de développements qui seraient en dehors du sujet.

4° Ouvrir l'abcès

On aura soin d'envelopper son bistouri avec de l'ouate hydrophile ou de toute autre façon pour ne le laisser dépasser que de la longueur nécessaire à l'opération. Cette incision doit être faite d'un coup, nettement, d'une main ferme, sans tâtonner. La réfrigération donne une anesthésie très suffisante.

On aura soin de ne pas couper, en retirant l'instrument, la lèvre du malade, surtout si celui-ci est indocile et fait des mouvements intempestifs. On aura soin naturellement de se rappeler ses principaux rapports anatomiques; on pensera

en opérant dans la bouche, au voisinage du canal palatin antérieur, à l'émergence du nerf mentonnier, aux rapports de l'isthme du gosier, s'il s'agit d'un abcès du fond de la bouche.

Si l'ouverture est à la peau, on incisera nettement, assez largement pour que la cicatrice soit linéaire et franche et ne prête pas à confusion avec une cicatrice d'abcès froid de la région cervicale. On pensera au voisinage et à la direction de l'artère faciale, de la veine faciale, du canal de Sténon, des filets du nerf facial, de l'artère transverse de la face, etc.

D'ailleurs nous avons décidé de n'ouvrir que lorsque le pus est à fleur de peau; par conséquent, il y a peu de chance pour léser ces divers vaisseaux ou organes.

Quand un abcès sera ouvert, soit spontanément, soit par suite de l'extraction de la dent, soit par incision chirurgicale, on aura toujours soin, après l'avoir vidé, de le laver avec une solution antiseptique, surtout quand il s'agit du maxillaire inférieur.

Quand un malade n'a eu aucun symptôme net d'abcès du sinus, et que, la dent étant extraite, nous trouvons au fond de l'alvéole une cavité intra-osseuse se dirigeant du côté du sinus, nous ne faisons plus jamais de lavages *profonds*.

Etant donnée la situation de l'abcès, la guérison est la règle, sans injections, et, par contre, nous avons vu souvent, en faisant des injections dans le fond de ces alvéoles, surtout lorsqu'il s'agit de premières grosses molaires, l'extrémité de notre seringue ou de notre poire à lavages pénétrer dans le sinus maxillaire, ce dont nous avons la preuve parce que nos lavages ressortaient par le nez.

Or, si, jusque là, le sinus avait été respecté, si même une membrane extrêmement mince persistait encore, ce lavage profond avait eu pour effet de perforer cette dernière barrière et de mettre en communication le sinus avec le fond de l'alvéole infecté. Malgré toute l'asepsie possible de la seringue même, cet instrument s'était infecté en passant dans l'alvéole et la cavité de l'abcès.

Ces perforations ont été suivies d'inflammations du sinus, dans certains cas. Celles-ci étaient d'ailleurs peu graves, puisque toutes ont guéri facilement, mais nous pensons que dans ce cas il n'est pas indiqué de faire des lavages dans cette région; nous voulons, bien entendu, parler de lavages intra-alvéolaires profonds, qui peuvent amener parfois des complications et que nous croyons inutiles puisque le pus a une tendance à s'écouler normalement.

HUITIÈME CHAPITRE

Abcès ou fluxion d'origine non dentaire

Nous avons enfin à parler de cas qui se présentent encore assez fréquemment dans la pratique, c'est-à-dire des cas d'abcès ou de fluxion ayant pour origine une cause autre que les dents.

Un malade se présente dans notre cabinet, se plaignant vivement d'une, ou la plupart du temps, de deux dents le faisant violemment souffrir. Les dents lui semblent plus longues que les voisines; elles sont mobiles; la gencive qui les sertit est boursouflée, congestionnée, brûlante. Elle semble décollée de la dent qu'elle ne sertit plus comme à l'état normal. Le malade n'a pas dormi de la nuit, ressentant un battement continuel dans la partie malade. Il a quelquefois de la difficulté à ouvrir la bouche, à avaler même. Il y a souvent de l'adénite sous-maxillaire. Qu'allons-nous faire? Allons-nous, nous contentant de ce que nous dit le malade, le débarrasser de sa ou de ses dents? Non.

Examinons-le bien et surtout interrogeons-le bien attentivement. La gencive est boursouflée comme nous le disions tout à l'heure, mais elle possède un aspect particulier *différent absolument* de celui que l'on remarque dans les cas d'abcès d'origine dentaire.

Ce boursoufflement est beaucoup plus diffus, beaucoup plus étendu. La portion la plus enflammée ne se trouve pas localisée vers la partie apicale, mais, au contraire près du collet de la dent. La languette de gencive, existant à l'état normal entre deux dents saines, a disparu.

Demandons à notre malade s'il a souffert antérieurement de sa dent, combien il y a de temps qu'il a commencé à en souffrir, et enfin demandons-lui si 24 ou 48 heures avant il n'a

pas mangé de poisson, s'il a l'habitude de se servir de cure-dents, si la brosse à dents dont il se sert, n'est pas trop dure ou trop vieille, si les crins ne se détachent pas.

Presque toujours, en posant ces questions, vous obtiendrez des réponses venant confirmer votre opinion et vous permettant de poser un diagnostic précis.

Nous nous trouverons 99 fois sur 100 en présence d'un abcès ou d'une fluxion occasionnés par un corps étranger, cause initiale de tous les accidents que nous venons de signaler.

Voyons rapidement quels sont les corps étrangers pouvant agir comme facteurs :

Ce sont, par ordre de fréquence :

- 1° Les arêtes de poisson ;
- 2° Les crins de brosses à dents ;
- 3° Les barbes de cure-dents ou les cure-dents métalliques ;
- 4° Les pépins de fruits, tels que groseilles, framboises, fraises, figues, etc.
- 5° Les croûtes de pain.

Nous n'avons pas à étudier séparément chacun de ces cas. Vous vous rendez compte de la manière dont ils agissent ; il peut, aussi, exister une articulation défectueuse. Vous connaissez tous ces articulations dans lesquelles, lorsque le malade ferme la bouche, les dents du maxillaire supérieur cachent entièrement celles du maxillaire inférieur.

Les personnes atteintes de cette articulation défectueuse, sont sujettes assez fréquemment à des ulcérations de la muqueuse de la voûte palatine par suite du frottement continu des dents du maxillaire intérieur contre cette muqueuse. Il y a quelquefois usure du talon des incisives supérieures, puis déchaussement de la muqueuse qui les sertit à cet endroit, usure du ligament, et pour peu que les molaires viennent à manquer, il n'en faut pas davantage, tout l'effort de la mastication se produisant sur ces dents, pour que, le malade venant à couper de la croûte de pain, il en fasse pénétrer quelques bribes entre la dent et l'alvéole où elles occasionnent les accidents que produisent les corps que nous avons signalés.

Considérons maintenant la gravité que peut avoir la position d'un corps étranger placé dans la gencive. Pour ce qui concerne les arêtes et les crins de brosse à dents, le pronostic sera plutôt bénin à la mâchoire supérieure.

Supposons qu'une arête de poisson vienne à se placer entre deux dents fortement serrées. Il y aura irritation, congestion, allongement de la dent, formation de pus, mais ce pus, par suite de l'effet de la pesanteur tendra toujours à descendre. Il ne se collectera pas. Au contraire, avons-nous affaire à une dent du maxillaire inférieur, les phénomènes seront plus graves et d'autant plus que le corps étranger sera fiché horizontalement entre deux dents ou bien sera implanté parallèlement à l'axe de la dent. Quelquefois même les arêtes et les crins de brosse peuvent se glisser entre l'alvéole et le ligament et pénétrer très profondément. Le pus se collecte très rapidement, décolle le ligament, gagne les lymphatiques et peut occasionner les mêmes adénites que produisent les décompositions putrides de la pulpe. Dans ce cas, 70 à 80 fois sur 100 l'extraction de la dent est nécessaire.

Le cadre forcément restreint de ce rapport nous a obligé souvent à nous arrêter dans le développement de divers chapitres, en particulier dans le dernier, que nous n'avons pas développé ici, puisqu'il s'agissait d'abcès ou de fluxion d'origine non dentaire.

Conclusions

I. L'intervention *complète* est variable suivant les degrés de la phlegmasie.

Dans la première phase, *fluxion œdémateuse simple*, elle consiste à tenter la résolution de la fluxion et à pratiquer l'extraction.

Dans la deuxième phase, *fluxion phlegmoneuse*, elle consiste à pratiquer l'extraction et à guider l'évolution de l'abcès pour l'amener à s'ouvrir dans la bouche.

Dans la troisième phase, *abcès*, elle consiste à pratiquer l'extraction et à ouvrir l'abcès.

II. Dans la première période, le praticien tentera d'amener la résolution de la fluxion.

Dans la seconde période, l'intervention dépend de l'intensité des phénomènes inflammatoires; l'extraction suffira presque toujours pour arrêter la marche de la phlegmasie. Il sera toujours indiqué, que l'extraction soit faite ou non, de guider l'évolution de l'abcès par une thérapeutique appropriée.

Dans la troisième période, on se souviendra que le mal est limité; si l'abcès proémine dans la bouche, on l'incisera.

Sauf le cas où l'abcès marche vers la peau, et dans lequel l'extraction s'impose, l'extraction est discutable et guidée par les symptômes locaux et généraux.

III. Dans les trois périodes, l'extraction est indiquée lorsque la dent est condamnée.

IV. La tuberculose, la syphilis, le cancer, les fièvres éruptives, l'actinomycose, la scrofule, l'ostéo-myélite commandent l'intervention complète.

V. Le diabète sucré, l'albuminurie, l'érysipèle, l'hémophilie, l'épilepsie, contre-indiquent l'intervention complète.

VI. La fièvre typhoïde, le typhus, les affections cardiaques et nerveuses, donnent des indications variables.

VII. La grossesse, la lactation et la menstruation donnent des indications variables.

VIII. Le choix de l'intervention dépend du siège de la dent, de son état, de la longueur de ses racines, de ses rapports anatomiques, etc.

IX. Le choix de l'intervention dépend de considérations esthétiques, physiologiques et du milieu social.

X. L'extraction, quand elle est décidée, sera faite immédiatement. L'ouverture de l'abcès ne sera faite que lorsque le pus sera superficiel.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Chapitre I^{er}	
Exposé de la question.....	5
Chapitre II	
De l'intervention suivant le degré de la phlegmasie :	
1 ^o Fluxion œdémateuse..	8
2 ^o Fluxion phlegmoneuse.....	10
3 ^o Abscès.....	14
Chapitre III	
Du choix de l'intervention suivant l'état général :	
1 ^o Etats pathologiques indiquant l'intervention : Tuberculose, Syphilis, Cancer, Fièvres éruptives, Affections diverses.....	29
2 ^o Etats pathologiques contre-indiquant l'intervention : Diabète sucré, Albuminurie, Érysipèle, Hémophilie, Épilepsie.....	29-30
3 ^o Etats pathologiques donnant des indications variables : Fièvre typhoïde, Typhus, Lymphadénie, Leucémie, Scorbut.	30
4 ^o Etats physiologiques divers. Conduite à tenir : Grossesse, Lactation, Menstruation.....	31
Chapitre IV	
Du choix de l'intervention suivant l'état local :	
1 ^o Marche de la phlegmasie suivant le maxillaire.....	34
2 ^o Des dents en particulier.....	35
3 ^o De la longueur des racines.....	38
4 ^o De diverses considérations locales.....	39
Chapitre V	
De la variété de l'intervention suivant diverses considérations :	
1 ^o Considérations basées sur l'esthétique.....	42
2 ^o De la variété de l'intervention suivant le milieu social....	43

Chapitre VI

De l'opportunité de l'époque de l'intervention :	
1° De l'opportunité de l'extraction	46
A. — Accidents graves causés par infection des maxillaires, guéris par l'extraction.....	48
B. — Accidents consécutifs à une extraction tardive.....	51
2° De l'opportunité de l'ouverture de l'abcès.....	52

Chapitre VII

De l'intervention en elle-même :	
1° Chercher à amener la résolution de la fluxion ,	56
2° Guider l'évolution de l'abcès.....	57
3° Extraire la dent.....	58
4° Ouvrir l'abcès.....	59

Chapitre VIII

Abcès ou fluxion d'origine non dentaire. — Corps étrangers implantés dans la gencive.....	62
CONCLUSIONS.....	65
TABLE DES MATIÈRES.....	67

**Biblioteka Główna
WUM**



DU MÊME AUTEUR

- Influence de la menstruation sur les accidents d'origine dentaire.** (*Odontologie*, 1892.)
- Sur un cas de nécrose partielle du maxillaire inférieur, d'origine dentaire.** (*Odontologie*, 1892.)
- Du bromure d'éthyle comme anesthésique général.** (*Odontologie*, 1893.)
- Des moyens de résistance de la dent contre la carie.** En collaboration avec le D^r L. Frey. (*Gazette des Hôpitaux*, 1893.)
- Sur l'organisation de l'enseignement dentaire en France.** Rapport. (*Odontologie*, 1893.)
- Des meilleurs moyens d'anesthésie à employer en art dentaire.** (Th. Paris, 1893.)
- Historique de l'anesthésie.** (*Odontologie*, 1894.)
- Cours d'anesthésie pour les candidats au diplôme de chirurgien dentiste.** (1894.)
- De l'anesthésie locale par le froid.** (Communication au Congrès de Rome, 1894.)
- Rapport sur le XI^e Congrès international des Sciences médicales tenu à Rome,** Section d'Odontologie, 1894.
- Rapport au Congrès de Bordeaux 1895.**
- Un cas de transplantation.** (*Odontologie*, 1895.)
- De l'or de Trey.** En collaboration avec M. Toulcuse. (*Odontologie*, 1896.)
- Congrès dentaire de Nancy.** En collaboration avec M. Choquet, 1896.
- Manuel du chirurgien-dentiste. Anatomie et physiologie de la bouche et des dents.** (Baillièrè, 1896.)
- Magitot. Notice biographique.** (*Odontologie*, 1897.)
- Communication au Congrès de Moscou 1897.**
- Étude critique des meilleurs procédés d'anesthésie pour la chirurgie dentaire.**