MISCELL
A 54
15

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

TÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1922-1923 N° 45

DES ACCIDENTS

LIÉS

A L'ÉVOLUTION TARDIVE ET A L'INCLUSION

DE

LA DENT DE SAGESSE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1923

PAR

Jean BILLARD

MEMBRES DU JURY { MM. DIEULAFÉ, *Président.*
NUX,
SOREL, } *Assesseurs*
LAPORTE,
M. GORSE, *Suppléant.*

TOULOUSE

IMPRIMERIE VIALELLE ET PERRY, RUE DU MAY, 1

TÉLÉPHONE 15,86

1923

R. BIBLIOTECA MEDICA ROMA

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1922-1923 N° 45

DES ACCIDENTS
LIÉS
A L'ÉVOLUTION TARDIVE ET A L'INCLUSION
DE
LA DENT DE SAGESSE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1923

PAR
Jean BILLARD

ROMA

MEMBRES DU JURY { MM. DIEULAFÉ, *Président.*
NUX,
SOREL,
LAPORTE, } *Assesseurs*
M. GORSE, *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE VIALELLE ET PERRY, RUE DU MAY, 1
TÉLÉPHONE 15.86
1923

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de TOULOUSE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM. ABELOUS.
ASSESSEUR	AUDEBERT.
PROFESSEURS HONORAIRES	FRÉBAULT. MOSSÉ. SAINT-ANGE

PROFESSEURS

Anatomie	MM. VALLOIS.
Anatomie générale et embryologie	N...
Physiologie	ABELOUS.
Anatomie pathologique	TAPIE.
Pathologie et thérapeutique générales	N....
Pathologie expérimentale	BARDIER.
Bactériologie	RISPAL.
Pathologie interne	BAYLAC.
Thérapeutique	DALOUS.
Hygiène	SERR. (ch. C.)
Médecine légale	SOREL (ch. C.)
Clinique médicale	MOREL. RÉMOND.
Clinique chirurgicale et gynécologique	MÉRIEL.
Clinique chirurgicale	DAMBRIN.
Clinique chirurgicale infantile	CAUBET.
Clinique obstétricale	AUDEBERT
Clinique des maladies des enfants	BÉZY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	AUDRY.
Clinique de neurologie et de psychiatrie	CESTAN.
Clinique ophtalmologique	FRENKEL.
Physique	MARIE.
Chimie	ALOY.
Botanique	GERBER.
Pharmacie	RIBAUT.
Hydrologie	LAFFORGUE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. DIEULAFÉ.
Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	AUDEBERT.
Obstétrique	GARIPUY,
Physique pharmaceutique	ESCANDE.
Pharmacologie	SOULA.
Chimie analytique et toxicologie	ALOY.
Cryptogamie et microbiologie	MARTIN (E.).
Zoologie médicale et parasitologie	FAURE.
Oto-rhino laryngologie	ESCAT.
Stomatologie	NUX.
Clinique des voies urinaires	MARTIN.
Pathologie externe	DUCUING.
Médecine opératoire	GORSE.
Matière médicale	MAURIN.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Anatomie	MM. DIEULAFÉ.
Histologie	FAURÉ, *chargé de fonctions.*
Physiologie	SOULA.
Pathologie interne et médecine légale	De VERBIZIER, *chargé de fonctions* SOREL. SERR. LAPORTE.
Dermatologie et syphiligraphie	NANTA.
Chirurgie	MARTIN. GORSE. DUCUING.
Accouchements	GARIPUY.
Chimie	FLORENCE. MOOG.
Physique	ESCANDE.
Pharmacie	MAURIN.
Secrétaire de la Faculté	CHAUDRON.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats
(Délibération en date du 12 mai 1891)

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE :

PIERRE FRAISSE

Pharmacien de 1re classe, mort au Champ d'honneur.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

(je dédie ce travail, bien faible témoignage de reconnaissance et d'amour filial.)

A MON FRÈRE

A MON ONCLE ET A MA TANTE :

M. ACHILLE FRAISSE

Pharmacien de 1re classe, hommage de reconnaissance et d'affection.

A TOUS MES PARENTS

A MON CAMARADE M. MAURICE DE SEVRAY

Chirurgien-Dentiste.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. le Professeur DIEULAFÉ

A MON JURY DE THÈSE

A TOUS MES MAITRES

MEIS ET AMICIS

INTRODUCTION

La rareté des accidents survenant chez des personnes ayant atteint ou dépassé l'âge adulte et attribuable à l'éruption de la Dent de Sagesse restée longtemps incluse et silencieuse, fait un devoir aux praticiens qui ont l'occasion d'observer des cas semblables, d'en signaler tous les détails cliniques.

En effet, il y a lieu, en réunissant les cas publiés à ceux observés, d'établir, un chapitre spécial des accidents tardifs de la Dent de Sagesse, accidents qui surviennent sur une dent incluse, ou sur une dent qui ne pourra évoluer que tardivement.

Ayant eu l'occasion d'observer moi-même un cas très intéressant dans la clientèle de mon camarade, M. le chirurgien-dentiste Maurice de Sevray, j'en ai référé à M. le Professeur Dieulafé, qui m'a communiqué trois observations tirées de sa pratique chirurgicale. Il m'a paru

que j'avais réuni des documents nouveaux me permettant de présenter une étude documentée sur les variétés tardives d'accidents, provoqués par la Dent de Sagesse.

Les accidents liés à l'évolution de la Dent de Sagesse chez l'adulte, étant connus de tous, et ayant été interprétés par de nombreux auteurs, je ne m'occuperai nullement de cette question dans mon travail, mon intention étant d'exposer la raison des accidents tardifs.

Pourquoi se produit-il des accidents tardifs?

Parce que la Dent de Sagesse, chez les races civilisées, est en décadence ; c'est un organe à l'état de regression, tendant à disparaitre et susceptible de fréquentes anomalies

Parce que la Dent de Sagesse destinée à prendre place sur une arcade dont la longueur est insuffisante pour la loger, provoquera des phénomènes d'irritation osseuse dans son mouvement ascentionnel sur le bord alvéolaire.

Parce que, à tout âge, des accidents infectieux, peuvent compliquer des anomalies de rétention et d'inclusion.

Pour restreindre mon travail. je le diviserai donc de la façon suivante :

a). *La place de la Dent de Sagesse dans la chronologie folliculaire ;*

b). *Eruption de la Dent de Sagesse. — Ses difficultés ;*

c). *Rétention ;*

d). *Accidents qui surviennent au cours de l'éruption.*

e). *Variétés d'accidents tardifs. — Observations ;*

f). *Diagnostic ;*

g). *Traitement ;*

Conclusions.

CHAPITRE PREMIER

La place de la Dent de Sagesse dans la chronologie folliculaire.

L'origine embryonnaire exacte de la Dent de Sagesse est encore discutée, et les auteurs ne sont pas d'accord ; Legros et Magitot prétendent qu'elle dérive du pédicule de la deuxième grosse molaire, Pouchet et Chabry considèrent que c'est une dent de remplacement des autres molaires, Morgenstern la fait provenir directement d'un prolongement postérieur de la lame dentaire, comme la première molaire.

D'après les travaux de Legros, Magitot et Rœse, l'organe adamantin de la troisième grosse molaire apparaît pendant la troisième année, et le capuchon de dentine, après la douzième année. Son éruption est généralement fort tardive ; d'après Cruveilher, elle aurait lieu entre 18 et 30 ans ; d'après Sabotta entre 18 et 40 ans ; d'après Sappey entre 18 et 30 ans ; d'après Quain entre 17 et 25 ans ; d'après Magitot entre 19 et 25 ans ; d'après Debierre et Pravaz à 23 ans.

L'étude des procès alvéolaires et des maxillaires nous montre un accroissement des bords alvéolaires, en rapport avec les germes dentaires, mais il n'y a pas de parallélisme, d'adaptation entre le bord alvéolaire et le maxillaire. Pour le maxillaire supérieur les germes dentaires sont situés dans la tubérosité maxillaire et au maxillaire inférieur, dans la branche ascendante; ces germes évoluant vont provoquer un accroissement de longueur du bord alvéolaire.

D'après les travaux de M. le professeur Dieulafé, l'augmentation de longueur du maxillaire inférieur est notable; il y a un accroissement progressif de longueur du maxillaire, et c'est l'espace situé en arrière de la deuxième grosse molaire qui doit subir cet accroissement.

Les molaires viennent successivement prendre place sur le bord alvéolaire, à mesure qu'elles ont un espace suffisant. L'espace réservé à la Dent de Sagesse, au maxillaire supérieur, appartient au bord alvéolaire (Diastème post molaire positif). Au contraire, pour le maxillaire inférieur l'alvéole de la Dent de Sagesse n'est que rarement logé sur le bord alvéolaire (Diastème post molaire négatif).

« La constance de la valeur négative du diastème post molaire au maxillaire inférieur est un résultat de l'évolution phylogénétique. Dans les races européennes, en effet, la diminution de la

fonction du système masticateur a amené une régression progressive du maxillaire inférieur, régression d'autant plus marquée que les portions considérées prenaient une part plus active dans la mastication. Les dents, organes exclusivement passifs, ont été moins frappées que le corps du maxillaire, encore relativement actif. La branche horizontale ainsi plus diminuée que les dents, ne leur offre plus une place suffisante pour leur éruption et la troisième molaire est obligée d'empiéter sur la branche montante » (Dieulafé).

La portion squelettique du maxillaire inférieur diminuant très sensiblement avec l'évolution phylogénétique, la portion dentaire diminue beaucoup moins. « Lorsque le bord alvéolaire est petit par rapport au reste du maxillaire (Nègres, Néo-Calédoniens), la troisième molaire est séparée de la branche montante par un espace plus ou moins considérable, le diastème post molaire est positif; lorsqu'au contraire le bord alvéolaire est grand par rapport au reste du maxillaire (races européennes) le diastème post molaire est négatif, et la troisième molaire est obligée de se cacher derrière la branche montante (Pelletier) ». L'insuffisance de place a comme conséquence le retard dans l'évolution, la rétention de cette dent. C'est tout particulièrement dans les races civilisées, dans les races blanches que cette évolution tar-

dive a été constatée par Darwinn; elle est par contre très rare dans les races inférieures.

D'après ce que nous savons sur l'accroissement des maxillaires et des germes dentaires d'après les recherches faites sur les variations des maxillaires inférieurs, par M. le professeur Dieulafé, nous pourrions dire que la Dent de Sagesse n'arrive jamais à complètement se loger sur la branche horizontale du maxillaire inférieur, et cela par manque de place. Etant gênée dans son éruption, elle pourra rester de longues années incluse dans la branche montante, et elle provoquera alors des phénomènes d'inflammation que nous étudierons dans un autre chapitre.

Il semblerait que cette dent tend à disparaître dans les races civilisées, alors que chez les races inférieures la Dent de Sagesse ne subit aucune modification, ni aucune variation ; on est donc autorisé à conclure avec Tomes que si les races continuent à se modifier dans le même sens, la Dent de Sagesse viendra à disparaître totalement.

CHAPITRE II

Eruption de la Dent de Sagesse

La Dent de Sagesse, comme d'ailleurs toutes les grosses molaires n'ayant pas de dent temporaire la précédant, lui gardant sa place, elle doit, elle seule, par ses propres moyens, se frayer un passage. Son évolution s'effectuant généralement à un âge avancé, par rapport aux autres dents qui ont déjà pris leurs places, et pour ainsi dire leur commodités, elle doit effectuer sa percée par résorption osseuse, à travers un espace relativement étroit, limité en arrière par le coroné, et en avant par la deuxième grosse molaire ou dent de douze ans. Le maxillaire inférieur tendant à se développer de moins en moins dans les races civilisées, il semble que cet espace dans lequel doit venir se loger la Dent de Sagesse, se rétrécisse de plus en plus, ce qui explique le retard dans son évolution.

L'époque de l'éruption chez l'homme varie entre 18 et 25 ans. D'après Magitot, l'âge moyen serait 21 ans ; d'après Cornudet 22 ans, mais les

variations comme nous le verrons sont grandes.

L'éruption est marquée par l'augmentation de longueur du bord alvéolaire et, grâce à Capdepont, nous allons facilement suivre cet accroissement par la saillie considérable que fait en dedans l'extrémité de la ligne alvéolaire.

Capdepont s'exprime en ces termes : « Dans la partie antérieure du maxillaire, les dents incisives et canines, voire les prémolaires, semblent exactement implantées entre les deux tables du maxillaire. Jusque là, en effet, la courbe du maxillaire se confond avec la courbe de l'arcade alvéolaire. Mais à partir de ce point, le corps du maxillaire semble se porter en arrière et en dehors, tandis que l'arcade continue son trajet en arrière, et beaucoup moins en dehors. Il en résulte que les grosses molaires proéminent de plus en plus vers la table interne de l'os, si bien que la dernière se trouve développée presque complètement en dedans de la branche montante. Les trois grosses molaires déterminent donc sur cette table interne une saillie de plus en plus considérable à mesure que l'on se dirige vers le bord postérieur de la mandibule. Si vous voulez savoir si une Dent de Sagesse est en évolution, promenez la pulpe de votre doigt sur la face linguale de votre deuxième molaire et, plus bas, sur la table interne qui correspond à ses racines, et qui est soulevée à ce niveau, puis avancez plus loin,

immédiatement en arrière de la dent, dans la région de la troisième molaire. Trois cas peuvent alors se présenter :

1° La dent en pleine évolution déborde le niveau de l'os ; elle est intra-gingivale ;

2° La dent est encore intra-osseuse, mais elle atteint le niveau de l'os ;

3° La dent ne poussera pas ; il y a atrophie du follicule.

Cette exploration de la table interne est en général facile.

Nous avons déjà vu les rapports immédiats que présente cette dent, voyons maintenant ses rapports muqueux, et enfin ses rapports beaucoup plus intéressants avec le canal dentaire.

La muqueuse qui borde la Dent de Sagesse est adhérente au périoste, sauf sur sa face antérieure ; elle s'étend jusqu'au ligament pterygo-maxillaire, où en se réfléchissant elle forme le fond du sinus buccal.

Ses rapports avec le canal dentaire sont excessivement étroits, car elle en est excessivement rapprochée, et n'en est séparée que par une très mince cloison osseuse durant une partie de son évolution. Pour le maxillaire supérieur, cette dent n'est pas très éloignée du sinus maxillaire supérieur.

Il y a lieu aussi de signaler les rapports que

présente la Dent de Sagesse avec un petit canal, bifurcation du canal dentaire inférieur : je veux dire le canal mandibulaire de Robinson.

Adain, dans ses théories sur les accidents de la Dent de Sagesse, a fait jouer à ce canal mandibulaire un rôle prépondérant, aussi est-il intéressant d'en dire quelques mots.

Ce canal, contenant une artère, une veine et un nerf, prend naissance sur le canal dentaire inférieur, tout près de son origine, et se termine tout simplement dans l'alvéole de la dent. Il s'atrophie d'ailleurs très rapidement ; il peut même ne pas exister et, d'autre fois aussi, peut persister.

Il est des cas, peu nombreux d'ailleurs, et tendant à augmenter, où la Dent de Sagesse n'apparaît tout simplemet pas du tout ; il est à remarquer que cette absence se note plus fréquemment au maxillaire inférieur. Ces cas se retrouvent surtout dans les races civilisées, alors que la troisième grosse molaire ne fait presque jamais défaut dans les races inférieures.

Par suite de l'exiguité du maxillaire, la dent présente souvent des anomalies de forme ; si la place manque, la dent restera en arrière de la branche montante ou bien percera au dehors, oblique ou renversée, ou bien même demeurera incluse ; d'autres fois elle s'engagera entre les racines de

la dent de douze ans, ou butera contre son collet, pour se relever plus tard.

Par suite de cette insuffisance de place au niveau du bord alvéolaire, l'éruption de cette dent s'accompagnera très souvent d'accidents plus ou moins graves. Des phénomènes pathologiques peuvent aussi se développer sur place, sans que la dent soit en évolution ; nous ne les énumérerons pas, car ce serait sortir de ce cadre restreint.

CHAPITRE III

Inclusion. — Rétention

Les dents à évolution tardive pendant une longue période sont des dents en rétention, et cette rétention peut être totale, dans le cas où toute la dent reste incluse dans le maxillaire, ou partielle dans le cas où une partie seule de la couronne perfore la muqueuse. La dent incluse est généralement une dent en ectopie, dont l'éruption est gênée par sa direction vicieuse, sa forme anormale, ou par un défaut de place au niveau de l'arcade dentaire. Parmi toutes les dents, la Dent de Sagesse est la plus fréquemment incluse : l'insuffisance d'espace au niveau du bord alvéolaire, les anomalies de forme, de direction, de grosseur, peuvent expliquer cette fréquence. Les accidents provoqués par l'inclusion peuvent présenter une certaine gravité ; il importe donc de les connaître et d'en faire le diagnostic le plus rapidement possible. La déviation de la Dent de Sagesse est fréquemment une cause d'inclusion (se rapporter pour cela au cha-

pitre des observations). A l'état normal, la troisième molaire, incluse dans sa cavité osseuse, est dirigée obliquement en avant; il arrive fréquemment de la voir horizontale, couchée sur le maxillaire, d'autres fois, elle est déviée en dedans, irritant et ulcérant la langue ; d'autres fois, elle est renversée, la couronne regardant en bas, on l'a même vue faire éruption dans la région sous-maxillaire. L'éruption de cette dent incluse peut se faire à tous les âges ou ne pas se faire du tout, et alors la dent demeurera généralement incluse dans la branche montante. Les accidents causés par l'évolution de cette dent demeurée longtemps incluse pouvant se produire à un âge fort avancé (comme nous le verrons dans le chapitre des observations), il est indispensable de ne pas les méconnaître.

L'évolution de cette dent demeurée longtemps incluse, comprimée dans l'épaisseur du maxillaire, provoque fatalement des phénomènes d'irritation du côté de l'os, d'où ostéite, pouvant être suivie de nécrose si le pus, au lieu de s'infiltrer vers la muqueuse ou la peau, demeure au contact de l'os. Il a même été signalé des cas de mort à la suite de nécrose totale du maxillaire. Les fistules, les adénites sous-maxillaires, même les phlegmons à distance, sont souvent la conséquence de cette ostéite, due elle-même à l'évolution d'une Dent de Sagesse incluse.

CHAPITRE IV

Accidents de la Dent de Sagesse

Formes Cliniques

Les accidents au cours de l'évolution de la Dent de Sagesse sont assez fréquents, aussi est-il très difficile d'établir une moyenne. D'après Magitot, élève et chef de clinique de David, sur 100 personnes, âgées de 18 à 30 ans, 75 présentent des accidents plus ou moins bénins. Si nous nous en rapportons au contraire à Cornudet, nous constaterons que ce pourcentage est peut-être un peu exagéré. Celui-ci, après avoir soigneusement examiné 988 personnes des deux sexes, est arrivé à la proportion de 7,37 pour cent; il est très important cependant de souligner que ce pourcentage ne porte que sur des accidents présentant une certaine gravité. Les gens exerçant une profession libérale sont beaucoup plus souvent atteints que les ouvriers, et les femmes beaucoup plus que les hommes : 12,56 pour cent pour les femmes exerçant une profession libérale, 10,90 pour cent pour les

hommes ; 9,15 pour cent chez la femme, 5,10 pour cent chez l'homme n'exerçant pas une profession intellectuelle.

Les accidents sont beaucoup moins fréquents au maxillaire supérieur et, d'après Heydenreich, ils n'existeraient qu'une fois sur dix ou vingt. D'après Pelletier, Reclus, les accidents sont plus fréquents au maxillaire inférieur gauche, à cause de son développement moins prononcé.

L'âge critique, est tout naturellement l'âge pendant lequel se produit l'éruption, c'est-a-dire entre 18 et 25 ans ; après 30 ans, le nombre des cas diminue notablement et, après cet âge, on trouve des cas isolés dans la littérature médicale. Il est cependant très instructif de remarquer que l'on trouve, depuis de nombreuses années, des éruptions de la troisième molaire à un âge assez avancé, et, dans mes observations, je citerai quelques cas assez intéressants à ce sujet-là. Toirac a vu des accidents sur un homme de 45 ans ; Jourdain sur une femme de 50 ans et un homme de 60 ; M. Géo Beltrami, chez un homme de 76 ans, a pu constater l'éruption vicieuse de ses quatre Dents de Sagesse ; Richet chez un homme de 66 ans et M. le docteur Nux chez un sujet de 82 ans.

Les accidents causés par l'éruption de la troisième molaire sont demeurés longtemps ignorés ou négligés par les médecins. Urbain Hémard,

en 1581, le premier, en fait mention dans la littérature médicale. Après lui, Hunter, Jourdain, Toirac, etc.

On a généralement l'habitude, depuis Heydenreich, de grouper les accidents en trois grandes catégories : accidents muqueux, osseux et nerveux. C'est là certainement une classification qui simplifie les faits, qui les fait mieux ressortir, mais qui n'est pas toujours exacte, aussi je ne m'étendrai pas longuement sur ce chapitre, quitte à y revenir plus tard, dans la discussion du sujet.

Accidents muqueux. — Ce sont les plus bénins, les plus courants, ceux que l'on voit très fréquemment en clientèle : la gencive est rougeâtre, œdématiée ; elle forme un bourrelet qui parfois recouvre une partie de la couronne, rendant la mastication très douloureuse. Par la suite, cette muqueuse gingivale se déchire, s'écrase, se déchiquette, permettant la pénétration de toutes sortes de corps étrangers dans ces anfractuosités. Il se forme ainsi un clapier où pullulent les micro-organismes ; de cette inflammation intense, commence à sourdre une gouttelette de pus et, ainsi, l'infection peut se propager aux parties avoisinantes : à la muqueuse buccale, au tissu cellulaire de la joue avec fusées purulentes, aux amygdales, aux

piliers du voile, à l'amygdale palatine, aux ganglions sous-maxillaires, à la région cervicale ; un certain nombre d'adénites sous-maxillaires sont liées à l'évolution de la Dent de Sagesse, d'après Chevassu.

Accidents osseux. — Ils méritent de retenir notre attention plus particulièrement, car ils peuvent être la cause d'interventions fort importantes, et peuvent entraîner de véritables mutilations de la face.

En raison de l'infection, qui gagne de la muqueuse vers le maxillaire, il se produit souvent une inflammation de l'articulation alvéolo-dentaire. L'arthrite alvéolaire serait, pour Magitot, le véritable accident de Sagesse. L'inflammation pouvant s'étendre de l'alvéole au tissu osseux, il peut en résulter des ostéites plus ou moins graves. Le pus qui se forme, causant de l'ostéo-périostite, peut se résorber automatiquement, ou s'infiltrer vers la muqueuse, vers la peau, provoquant des fistules, soit au contraire provoquer des nécroses du maxillaire.

Moty fait jouer un grand rôle au canal dentaire dans la propagation des phlegmons d'origine dentaire (le canal dentaire commence sur la face interne du maxillaire inférieur, et aboutit au trou mentonnier. Il renferme l'artère, la veine et le nerf dentaire inférieur). L'inflammation pouvant

arriver à gagner le canal, il se produit rapidement de l'ostéite, avec destruction de l'artère, veine et nerf, chute des dents, et nécrose du maxillaire. D'après Vincent, il faut tenir grand compte de l'anesthésie de la zone d'innervation du nerf dentaire inférieur, chez un sujet ayant des accidents de la Dent de Sagesse, il faut trépaner aussitôt pour éviter les accidents de nécrose. Les accidents causés par l'ostéo-périostite peuvent être des adénites sous-maxillaires, des phlegmons pharyngiens (Moty), des abcès du Médiastin, des abcès de la base du crâne, des infections, de l'articulation temporo-maxillaire.

Accidents nerveux. — Les lésions causées par l'inflammation ou la destruction de divers organes s'accompagnent généralement d'atteintes nerveuses plus ou moins marquées. On constate d'habitude des névralgies, des douleurs dans la région orbiculaire, s'il s'agit du maxillaire supérieur, s'irradiant dans tout le maxillaire, s'il s'agit du bas. Les névralgies se rencontrent dans tous les cas bénins, mais il arrive dans certains cas que ces névralgies s'accompagnent de contracture des muscles masticateurs. Parfois même, mais cela dans des cas beaucoup plus graves, on se trouve en présence de véritables névrites, s'accompagnant de troubles trophiques et de troubles de la sensibilité.

Le Trismus ou constriction des mâchoires, accompagne généralement les accidents d'une gravité moyenne ; elle serait due à des contractions réflexes, ou à des lésions inflammatoires de l'articulation temporo-maxillaire, ce qui peut provoquer des ankyloses du maxillaire.

Les lésions nerveuses peuvent même se compliquer de névralgies intéressant le trijumeau du côté de l'œil, de l'oreille ; on a même signalé de la photophobie, des bourdonnements d'oreille, de la chorée, des convulsions, jusqu'à de la paralysie faciale.

CHAPITRE V

Variétés d'Accidents tardifs.

Les accidents liés à l'éruption tardive de la Dent de Sagesse, peuvent être rapprochés des accidents de la Dent de Sagesse chez l'adulte.

Nous retrouvons une forme muqueuse ou légère, une forme osseuse, s'accompagnant parfois de phénomènes nerveux, et une forme grave s'accompagnant d'ostéite, avec douleurs atroces s'irradiant dans toute l'arcade dentaire. La forme osseuse est la forme la plus fréquente, et dans ce cas, on se trouve, le plus souvent, en présence d'une dent incluse dans la branche montante, loin du bord alvéolaire. Les symptômes, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, sont identiques à ceux de la Dent de Sagesse de l'adulte; seul, le cas de rétention est très difficile à dépister, et c'est alors qu'il faut avoir recours à la radiographie. Les complications provenant de l'éruption de cette troisième grosse molaire, se produisant à un âge assez avancé de la vie,

ne sont pas assez connues des praticiens, les observations devraient être publiées régulièrement, et ainsi une moyenne pourrait être établie.

Pour mieux faire ressortir les diverses variétés d'accidents tardifs, je prendrai comme exemples, les observations que j'ai pu recueillir et je les diviserai en trois groupes :

1° *Accidents muqueux, forme légère ;*

2° *Accidents osseux à forme moyenne ;*

3° *Accidents osseux à forme grave ;*

Parmi ces accidents muqueux, je citerai tout d'abord le cas que j'ai pu observer moi-même chez mon camarade Maurice de Sevray, chirurgien-dentiste. Il s'agit d'un Monsieur, âgé de 48 ans, qui est subitement atteint, un matin de décembre, d'une violente douleur névralgique se localisant au niveau de l'angle de la mâchoire droite, avec gonflement de la joue, température et léger trismus. A l'examen, nous apercevons, en arrière de la deuxième grosse molaire une tuméfaction rougeâtre, fongueuse, œdématiée, s'étendant jusqu'à la moitié inférieure de la branche montante du maxillaire. Rien du côté des amygdales, du pharynx, du plancher de la bouche, pas de carie des deux grosses molaires; il s'agit certainement de l'éruption de la Dent de Sagesse. Les bains de bouche très chauds et fréquents, des gargarismes répétés n'amenant pas le repos,

il fallut intervenir, car le moindre contact devenait trés douloureux, la déglutition pénible, et la contracture permettait difficilement l'examen de la bouche. Une incision de la gencive et des cautérisations répétées accompagnées de lavages antiseptiques, firent rapidement cesser tous ces symptômes, et la dent évolua d'une façon normale.

Le second exemple, bénin puisqu'il n'entraîne aucune complication, est dû à l'obligeance de M. le professeur Beltrami. Il s'agit d'un homme de 76 ans, dont l'éruption des quatre Dents de Sagesse se produit simultanément, entraînant simplement des douleurs névralgiques et une fluxion assez forte.

Dans le troisième cas, communiqué par M. le docteur Nux, nous nous trouvons en présence d'un vieillard de 82 ans, porteur d'un appareil en vulcanite, qui est subitement pris de violentes névralgies, s'accompagnant d'un léger œdème envahissant la région palpébrale. Ces phénomènes disparurent bien vite grâce à des lavages antiseptiques, et une Dent de Sagesse apparût, à la grande stupéfaction du patient qui, depuis de longues années, était édenté.

Les accidents osseux à forme moyenne sont les plus fréquents parmi les personnes agées ; ils méritent tout particulièrement d'être signalés à l'attention des praticiens, car ils risquent fort

d'entraîner des complications extrêmement graves. Le diagnostic est assez souvent difficile à faire, car les malades se présentent avec du trismus, une fluxion plus ou moins volumineuse et des douleurs excessivement vives, rendant l'exploration buccale à peu près impossible. La radiographie dans ces cas ne pourra que rendre les plus grands services : elle seule pourra nous guider et, de même que dans les cas graves, nous nous trouverons très souvent en présence d'une dent incluse dans l'épaisseur du maxillaire.

Dans l'observation de M. le professeur Dieulafé, nous avons à faire à un vieillard de 70 ans atteint de trismus et d'une tuméfaction prononcée de la joue ne permettant aucun examen. Grâce à un cliché radiographique, M. le professeur Dieulafé a pu constater la présence d'une Dent de Sagesse incluse dans la branche montante non loin du bord alvéolaire. Une trépanation du maxillaire a permis l'extraction de la dent et tous les phénomènes ont disparu.

J'ai eu, moi-même, l'occasion d'examiner, en compagnie de mon camarade M. de Sevray, un monsieur âgé de 50 ans, qui s'est présenté à nous avec des douleurs intolérables s'irradiant dans tout le maxillaire, un trismus prononcé, un œdème volumineux et de la gêne dans la déglutition. L'examen étant très difficile en raison de ce trismus nous conseillons une radiographie qui

nous montre une Dent de Sagesse incluse dans la branche montante. Une trépanation du maxillaire, sous anesthésie locale, nous permet l'extraction et, en peu de jours, tous ces symptômes disparurent. Les accidents osseux à forme grave sont moins fréquents, soit qu'ils demeurent parfois ignorés, soit qu'ils ne soient pas signalés. Ils existent cependant de même qu'à l'âge adulte, et il est probable que si l'on faisait un usage plus fréquent de la radiographie on observerait beaucoup plus souvent des cas d'ostéite du maxillaire, dus à une Dent de Sagesse incluse.

Dans une de ses nombreuses observations, M. le professeur Dieulafé cite le cas d'une femme âgée de 55 ans, qui lui est envoyée par un stomatologiste, pour une inflammation chronique du maxillaire ; cette inflammation péri-maxillaire à répétition n'étant jamais arrivée à suppuration. La radiographie faite aussitôt, permet d'apercevoir une Dent de Sagesse incluse dans la branche montante. L'extraction est pénible et délicate par suite du voisinage du canal dentaire. L'opération exécutée par la voie buccale permet à la malade de s'alimenter ; le trismus et la gêne fonctionnelle disparaissent assez rapidement et la malade peut reprendre, peu de temps après, ses occupations journalières.

OBSERVATION PREMIÈRE

M. de Sevray-Billard

M. M..., 48 ans, se présente à nous avec une fluxion au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure droite, accompagnée de vives douleurs spontanées, s'irradiant vers l'oreille et la face temporale, température et léger trismus. A l'examen, assez pénible en raison d'un léger état de contracture, on aperçoit en arrière de la dent de 12 ans une gencive tuméfiée, fongueuse, saignante et très douloureuse. Rien du côté des amygdales, du pharynx, ni du plancher buccal; ces divers symptômes nous font aussitôt penser à l'éruption tardive d'une Dent de Sagesse. Des bains de bouche très chauds, de grands lavages antiseptiques n'amènent ni le calme, ni le sommeil et le trismus va s'accentuant. Une incision de la gencive et des cautérisations au galvanocautère permettent de découvrir une Dent de Sagesse encapuchonnée et baignant dans le pus. Cette petite intervention amène une détente, la température diminue, les phénomènes douloureux disparaissent, le trismus cesse et le malade peut reprendre ses occupations peu de jours après.

OBSERVATION II

Due à l'obligeance de M. le docteur Nux

M. X. ., 82 ans, vieillard robuste, se présente avec de vives douleurs; du côté gauche, un œdème considérable de la joue. L'examen de la cavité buccale est facilité par l'absence de trismus et de dents, cet homme étant por-

teur d'un appareil complet en vulcanite. La gencive est irritée, œdématiée du côté droit, et il existe un point douloureux très localisé correspondant à une Dent de Sagesse non encore évoluée ; des bains antiseptiques, accompagnés de cautérisations répétées, font céder tous les phénomènes et, peu de jours après, une Dent de Sagesse fit son éruption, à la grande stupéfaction de ce vieillard, édenté depuis de longues années.

OBSERVATION III

M. DE SEVRAY-BILLARD

Homme de 30 ans, bon état général, vient nous consulter pour des phénomènes douloureux non localisés, s'irradiant dans tout le maxillaire inférieur droit. Il existe déjà un trismus assez considérable, rendant toute alimentation à peu près impossible et de la gêne dans la déglutition. Il se forme un œdème avec empâtement de toute la région droite jusqu'à l'œil. En raison de ces divers symptômes rendant tout examen à peu près impossible, nous conseillons une radiographie qui nous montre admirablement une Dent de Sagesse incluse dans la branche montante du maxillaire inférieur droit. Une incision libératrice de la gencive nous permet d'apercevoir la saillie d'une cuspide et, après une légère trépanation, nous pûmes saisir et extraire avec le davier une belle Dent de Sagesse, absolument saine et normale. De grands lavages antiseptiques, répétés plusieurs fois par jour, pendant trois semaines, permirent au patient de s'alimenter et la guérison fut rapide.

OBSERVATION IV

Due à l'obligeance de M. le professeur BELTRAMI

M. X..., professeur, retraité, âgé de 76 ans, n'ayant jamais eu de maladie grave dans sa vie, autre qu'une fièvre typhoïde à 25 ans, marié, père de dix enfants, dont sept vivants, en parfaite santé, et trois morts du croup, avant la découverte de Roux, a eu une denture régulière et parfaite, qu'il a perdue entre 60 et 65 ans de pyorrhée alvéolaire. Il est porteur d'un appareil de prothèse du haut et du bas. En juillet 1921, il fut pris de violentes douleurs névralgiques, qu'il localisait au niveau de l'angle de la mâchoire droite, s'irradiant dans l'oreille et la tempe. Une fluxion assez forte se manifesta. Il fut voir un dentiste, qui aperçut une tuméfaction de la gencive et extraya une dent, au grand étonnement du malade. Mais la douleur ne cessant pas, le malade s'en fut, sur les conseils de son dentiste, consulter un médecin qui me l'adressa. J'annonçai alors à ce vieillard que trois autres dents étaient en évolution dans sa bouche et, devant son manque de confiance, je l'envoyai radiographier. La radio montra très manifestement les trois dents restantes. J'ai extrait la Dent de Sagesse supérieure droite et la Dent de Sagesse inférieure gauche. La Dent de Sagesse supérieure gauche étant à peine apparue et ne lui causant aucune douleur a été conservée.

OBSERVATION V

Due à l'obligeance de M. le professeur DIEULAFÉ

Femme, âgée de 49 ans, prise brusquement de douleurs dentaires intolérables, accompagnées d'accidents inflammatoires dans le maxillaire inférieur droit. Elle est dans un état de grande anxiété, avec fièvre et trismus, la déglutition est très douloureuse, et ne peut s'alimenter qu'avec des liquides, d'où il en résulte une grande faiblesse et un moral très affaibli. Sa profession d'artiste lyrique l'obligeant à figurer dans un programme très proche, elle a hâte d'en terminer et, après avoir consulté un stomatologiste, elle vient consulter M. le professeur Dieulafé, qui l'opère d'urgence sans avoir, au préalable, fait faire d'examen radiographique.

Par l'arcade dentaire, dont l'exploration est impossible, on n'obtient aucune indication précise, on aperçoit simplement une collection énorme soulevant la région massétérine et descendant jusqu'au rebord du maxillaire inférieur. En se guidant sur la collection purulente, une grande incision est faite parallèlement au bord inférieur du maxillaire, incision qui nous amène sur un foyer purulent remontant le long de la branche montante du maxillaire. La paroi osseuse, très friable, cède aux premiers coups de curette et la trépanation osseuse nous amène rapidement sur une dent, à peu de distance du bord alvéolaire. C'est une grosse molaire, à racine unique, absolument informe et correspondant bien à une Dent de Sagesse incluse. De grands lavages et un drainage par voie interne firent rapidement cesser les symptômes douloureux et la guérison fut relativement rapide.

OBSERVATION VI

Due à l'obligeance de M. le professeur DIEULAFÉ

Homme de 70 ans, robuste, jouissant d'une santé excellente, n'étant atteint d'aucune infirmité, a présenté subitement et sans aucune raison apparente un léger trismus, accompagné de violentes douleurs s'irradiant dans le maxillaire inférieur gauche. Peu de temps après, on peut apercevoir une légère tuméfaction dans la région massétérine gauche. L'examen du système dentaire est à peu près impossible à pratiquer en raison du trismus ; aussi son fils, qui est docteur en médecine, décide de faire radiographier la région présentant cette tuméfaction. La radiographie a montré la présence d'une grosse molaire incluse dans la branche montante du maxillaire gauche. Le malade n'a jamais remarqué l'éruption de la Dent de Sagesse correspondante. Le diagnostic ainsi établi, le malade est amené à ma consultation ; l'opération s'impose, en présence des signes évidents d'une inclusion dentaire provoquant des accidents inflammatoires. La position de la dent, à une assez grande distance de l'arcade alvéolaire, fait choisir la voie superficielle. Une incision est menée tout le long du bord inférieur du maxillaire, le masséter est récliné et une trépanation à la gouge, effectuée dans la région indiquée par la radiographie, permet l'extraction d'une Dent de Sagesse incluse dans la branche montante. Le tissu osseux atteint d'ostéite est largement curetté et la guérison est obtenue après une quinzaine de jours de pansements et de lavages.

OBSERVATION VII

Due à l'obligeance de M. le professeur DIEULAFÉ

Femme de 55 ans, présente depuis quelque temps une tuméfaction dure dans la région massétérine, avec des recrudescences et des accalmies. La persistance de cette saillie et son gonflement sous l'influence du froid amènent la malade chez un dentiste qui, après examen, l'envoie à ma consultation.

Après examen radiographique, il est aisé de constater l'existence d'une Dent de Sagesse incluse dans la branche montante, à peu de distance du bord alvéolaire. La tuméfaction correspond bien à la région de la dent incluse, dent dont l'extraction s'impose. La topographie de la dent fait choisir la voie buccale pour l'intervention. Une trépanation pratiquée en arrière de la deuxième grosse molaire, non loin du bord alvéolaire, permet l'extraction d'une Dent de Sagesse incluse dans la branche montante. Par irritation du nerf dentaire, sous l'influence des manœuvres chirurgicales, il se produit un léger trismus qui dure une quinzaine de jours. La plaie osseuse se referme très rapidement, le drainage par voie buccale se fait admirablement et la malade rentre dans son foyer complètement guérie. Revue plusieurs fois depuis cette intervention, elle est en parfait état et n'a jamais plus souffert.

CHAPITRE VI

Diagnostic

Les accidents liés à l'évolution tardive de la Dent de Sagesse, bien que connus de tous les praticiens, sont la cause fréquente d'erreurs de diagnostic, en raison de l'âge avancé du malade et aussi de l'inclusion fréquente de la Dent de Sagesse. La radiographie est d'un précieux concours dans ces cas ; elle seule pourra guider le chirurgien et éviter au malade une opération, grosse de conséquences dans certains cas.

Les accidents de la Dent de Sagesse sont parfois confondus avec des ostéomyelites, des ostéites, des adéno-phlegmons, des adénites, des amygdalites, des stomatites, des glossites. L'examen de la cavité buccale étant difficile à pratiquer en raison de la contracture et de la douleur, il faut toujours songer, à tous les âges, à la possibilité de l'éruption d'une Dent de Sagesse, et l'intensité des douleurs, leur siège, l'ulcération de la muqueuse, le bourrelet gingival, le trismus

plus ou moins prononcé, tous ces symptômes doivent faire penser à l'éruption de la troisième grosse molaire.

Il en est de même pour les adénites ; l'exploration de la cavité buccale est absolument indispensable, et l'absence de la Dent de Sagesse, non encore évoluée, doit faire songer à une adénite d'origine dentaire.

Grâce aux travaux de MM. Dieulafé, Escat et Gilbert, le diagnostic entre les adéno-phlegmons et les abcès latéro-pharyngiens d'origine dentaire et d'origine amygdalienne peut être rapidement établi. Dans le cas d'abcès d'origine dentaire, le trismus est constant et rapide, la dysphagie est douloureuse mais non absolue, les douleurs spontanées ont leur maximum d'intensité au niveau de la face interne de la branche montante. Dans le cas d'abcès d'origine amygdalienne, la dysphagie est absolue, le trismus est tardif mais inconstant, la douleur spontanée à son maximum au niveau de l'isthme du pharynx, le maximum de la douleur provoquée siège sur le voile. La localisation de ces différents abcès a été admirablement montrée par M. le professeur Dieulafé : la région pterygo-maxillaire étant décomposée en espace maxillo-pterygoïdien et espace pharyngo-pterygoïdien, au premier de ces espaces correspondent les suppurations d'o-

rigine osseuse ou dentaire; au second celles qui proviennent de l'amygdale ou du pharynx.

Les ostéomyélites, les kystes des os peuvent être confondus avec des accidents osseux de la Dent de Sagesse : la constatation d'une Dent de Sagesse incluse, grâce à la radiographie, évitera ces erreurs de diagnostic. L'examen radiographique seul permet d'affirmer l'existence d'une dent incluse que l'examen clinique ne permet que de soupçonner, et en nous montrant la cause du mal il nous permet d'y remédier.

En règle générale, dans tous les accidents de la Dent de Sagesse, il faut exiger du patient une radio de la région, radio qui montrera la forme de la dent, sa position, son état, le nombre et la forme de ses racines, ses rapports avec les organes voisins et, muni de ces précieux renseignements, le praticien pourra modifier sa technique opératoire selon les cas.

CHAPITRE VII

Traitement.

Un diagnostic précis et rapide est indispensable dans le traitement des accidents consécutifs à l'éruption tardive de la Dent de Sagesse, car il faut s'adresser le plus rapidement à la lésion causale et intervenir pour éviter les terribles complications qui peuvent parfois se terminer par la mort. « Tout accident, si léger soit-il, doit être traité dès son début; toute Dent de Sagesse qui n'a pas de place pour évoluer, doit être extraite (Brocq et Monier) ». Cependant, dans les cas légers et bénins, on peut essayer les grands lavages antiseptiques de la cavité buccale qui soulageront le malade, les cautérisations de la gencive et des lambeaux muqueux formant de véritables clapiers. On a beaucoup conseillé le nitrate d'argent, l'acide chromique, l'acide nitrique, sulfurique, l'iode, les petites incisions au bistouri. Pour ma part, le meilleur remède dans les accidents muqueux bénins, c'est la cautérisation au thermocautère, et mieux encore au galvanocautère, de façon à détruire complètement

ces foyers d'infection causés par les lambeaux de gencives et à dégager la couronne.

Lorsque ces divers traitements ne donnent pas de résultat, lorsque des complications sont à craindre du côté de l'articulation alvéolo-dentaire, ou du côté du maxillaire, il faut recourir immédiatement et sans hésitation au seul traitement logique, au seul traitement radical : l'extraction de la dent.

Divers procédés sont employés pour l'anesthésie : les anesthésiques locaux sont généralement employés à cause de leur emploi simple, rapide et proportionné au genre d'opération. La méthode de choix est l'anesthésie régionale du nerf dentaire inférieur au niveau de l'épine de Spix, avec une solution de novocaïne, surrénine, mais la simple injection alvéolaire de novocaïne, adrénaline ou surrénine, est encore la plus usitée.

Beaucoup d'auteurs, et Bourdet en 1757 le premier, conseillait l'extraction de la dent de 12 ans, même saine, comme moyen d'éviter les accidents de la Dent de Sagesse. Cette théorie très combattue n'a que peu de défenseurs et beaucoup de contradicteurs. La dent de 12 ans étant la plus volumineuse, son extraction cause une diminution de la surface triturante et son avulsion n'est, d'ailleurs, toujours pas très aisée. La Dent de Sagesse, au contraire, comme le dit Mantegazza, naît la dernière, périt la première,

se carie souvent, fait souvent défaut. Son utilité est par conséquent très contestable, son évolution est incertaine et sa qualité est toujours mauvaise. A moins de nécessité absolue cette solution doit être écartée et la dent de 12 ans doit être respectée.

La pratique habituellement suivie, c'est l'extraction au davier, à la langue de carpe et à l'élévateur, extraction généralement pénible, en raison des anomalies de forme et de position, aussi est-il nécessaire de prendre les plus grandes précautions pour ne pas écraser la partie linguale de l'alvéole en raison de sa proximité avec le nerf et l'artère dentaire inférieure. Du côté jugal, au contraire, il n'y a rien à redouter puisqu'il n'y a aucun organe, c'est donc de ce côté qu'il faut se faire du jour.

Si la dent, au contraire, est incluse, il faut momentanément abandonner davier et langue de carpe et avoir recours à la gouge et à la fraise qui permettront une destruction rapide de la paroi osseuse qui recouvre la couronne. Celle-ci dénudée, il est prudent de détruire une partie de la paroi alvéolaire externe pour arriver sur les racines afin de la mobiliser et de l'extraire sans trop de dégâts.

En définitive, la brèche doit toujours être faite du côté jugal alors que la paroi linguale doit toujours être respectée.

CONCLUSION

L'inclusion de la Dent de Sagesse, parfois indéfinie, peut, en certaines circonstances, déclencher toute une série d'accidents plus ou moins graves, pouvant survenir après l'âge adulte ou dans la vieillesse.

Ils peuvent revêtir les diverses formes cliniques des accidents de la Dent de Sagesse chez l'adulte : forme muqueuse, osseuse, nerveuse, accidents de gravité variable, pouvant même se terminer par la mort.

L'insuffisance de place, plus accentuée au maxillaire inférieur qu'au maxillaire supérieur, a pour conséquence l'inclusion fréquente de la Dent de Sagesse, ce qui explique la fréquence des accidents tardifs.

Le diagnostic, évident dans certains cas, devient problématique dans les cas d'inclusion, mais il est franchement facilité par la radiographie qui est d'un si précieux secours pour le stomatolo-

giste. En principe, dans tous les cas d'accidents de la Dent de Sagesse, il faut exiger une radio de la région, de façon à voir la forme, l'orientation de la dent et ses rapports avec les organes voisins. La radiographie évitera fréquemment au praticien des erreurs grossières de diagnostic.

En principe, toute Dent de Sagesse qui n'a pas de place pour évoluer doit être extraite, et cela le plus rapidement possible. Dans les formes graves, seulement, un traitement chirurgical s'impose : extraction par évidemment osseux, trépanation du maxillaire par voie buccale et plus rarement par voie externe.

Vu : *Le Président de la thèse,*

DIEULAFÉ

Vu : *Le Doyen,*

ABELOUS

Vu et permis d'imprimer ;

Toulouse, le 25 Juin 1923.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,

DRESCH

BIBLIOGRAPHIE

ADAIN. — Sur le canal mandibulaire et les accidents de la dent de sagesse (Thèse Paris 1899).

ALBARRAN. — Troisième dentition (*Bulletin de la société d'anatomie* 1897).

ARNULPLY. — Anomalie de la dent de sagesse (Thèse Paris 1876).

AUDY. — Accidents causés par l'éruption des dents permanentes autres que la dent de sagesse (Thèse Paris 1901).

BAUMEL et DEFRIGÉ. — Les accidents de la première et deuxième dentition (*Montpellier médical* 1894).

BELTRANI. — Sur quelques accidents dus à l'évolution de la dent de sagesse (*Marseille médical* 1902).

— Eruption vicieuse des quatre dents de sagesse chez un vieillard de 76 ans (*Marseille médical* 1922).

BROCQ et MENIER. — Sur le traitement chirurgical des accidents initiaux de la dent de sagesse inférieure et l'extraction de cette dent incluse (*Presse médicale*, octobre 1922).

CAZENAVE. — De l'avulsion laborieuse de la dent de sagesse. Procédé pour y remédier (*Semaine dentaire*, avril 1923).

CALMELS. — Nécrose du maxillaire inférieur consécutive à l'éruption de la dent de sagesse (Thèse Paris 1875).

CAPDEPONT. — Pathogénie des accidents de la dent de sagesse (*Revue de Stomatologie*, 1901).

— Id. id. 1910).

— Recherche méthodique d'une dent de sagesse en évolution ou incluse (*Revue de Stomatologie*, 1902).

CAUMARTIN. — Accidents provoqués par l'éruption de la dent de sagesse (*Echo du Nord*, 1901).

CHEVASSU. — De quelques accidents causés par l'éruption ou la déviation de la dent de sagesse (Thèse Paris 1873).

COMOY. — Déviations de la dent de sagesse et leurs accidents (Thèse Paris 1876).

CORNUDET. — Dent de sagesse (Thèse Paris 1886).

DELACOUR. — Accidents de l'éruption de la dent de sagesse (*Journal des Sciences médicales* de Lille, 1892).

DIEULAFÉ. — Sur la topographie de l'espace ptérygo-maxillaire (*Bulletin médical* 1908, page 781).

DIEULAFÉ et HERPIN. — Développement de l'os maxillaire supérieur (*Journal d'anatomie* 1908, page 239); *Revue de Chirurgie* 1907) ; (*Traité de Stomatologie*, t. II, 1910).

— Id. Les accidents de la dent de sagesse (*Revue de Chirurgie*, 1907).

— Id. Anatomie de la bouche et des dents (*Traité de Stomatologie*, 1909).

DUNNOGIER. — Accidents liés à l'évolution de la dent de sagesse (*Journ. de Médecine de Bordeaux* 1893).

GALIPPE. — Dents de sagesse et accidents infectieux (*Journal des connaissances médicales*, 1892).

HEYDENREICH. — Des accidents provoqués par l'éruption de la dent de sagesse (Thèse d'agrégation, Paris 1878).

LAUNOIS et BRANCA. — Troisième dentition chez l'homme (*Journal d'Anatomie* 1895).

LASFARGUES. — Contribution à l'étude des accidents de la dent de sagesse (Thèse Toulouse 1911).

LEVÈQUE. — Eruption des dents. Mécanisme. Accidents (Thèse Paris 1881).

LASSUDRE. — Sur un cas d'accident grave de la dent de sagesse (*Revue de Stomatologie*, 1904).

MAGITOT. — Traité des anomalies du système dentaire (Paris 1877).

MEUNIER. — Accidents de la dentition (Thèse Toulouse 1896).

MANTEGAZZA — Sur l'atonie et l'absence des dents de sagesse (*Bulletin de la Société d'Anthropologie*, 1878).

MOTY. - Accidents causés par les dents de sagesse (*Revue de Chirurgie*, 1901).

NOGUÉ. — Accidents de la dent de sagesse (*Archives de Stomatologie*, 1912).

PELLETIER. — Etude sur la phylogenèse du maxillaire inférieur (*Bulletin de la Société d'Anthropologie*. 1902).

RECLUS. — Des accidents consécutifs à l'éruption vicieuse de la dent de sagesse (*Gazette des Hôpitaux*, Paris 1906).

REDIER. — Accidents de l'éruption de la dent de sagesse (*Journal des Sociétés médicales* de Lille, 1895).

ROCHER. — Extraction par voie externe d'une dent de sagesse incluse dans l'angle de la mâchoire (*Tablettes odontologiques*, janvier 1923).

ROY. — Influence de l'extraction de la première grosse molaire sur l'évolution de la dent de sagesse (Thèse Paris 1903).

SAUVEZ. — Les accidents de la dent de sagesse (*Journal des Praticiens*, 1910).

TRANIER. — Radiographie dentaire (Thèse Montpellier 1921).

R. BIBLIOTECA MEDICA ROMA