

Celle des molaires est cubique et offre une sorte de plateau horizontal recouvert de tubercules, sur lesquels sont broyés les aliments. Les petites molaires présentent deux tubercules (bicuspidées); les grosses molaires en présentent ordinairement quatre, quelquefois seulement trois, rarement cinq (multicuspidées).

La couronne des dents doit présenter normalement une surface lisse et régulière. Toutefois, « on observe fréquemment à la surface de la couronne des dents permanentes, et plus rarement des dents temporaires, une certaine altération du tissu, de nature congénitale, et consistant soit dans des échancrures du bord libre, soit dans des sillons annulaires plus ou moins nombreux et plus ou moins profonds, toujours symétriques aux dents homologues d'une même mâchoire et qu'on est convenu de désigner sous le nom générique d'*érosions* » (Magitot, *Études cliniques sur l'érosion des dents*, 1881).

L'érosion dentaire a donné lieu (Société de chirurgie, 1883) à une importante discussion. Parrot, reprenant l'idée émise en 1863 par Hutchinson, et dont j'ai parlé plus haut à propos de la kératite interstitielle, a soutenu l'opinion que l'érosion dentaire était un signe constant de syphilis héréditaire. Magitot s'éleva énergiquement contre cette conclusion. Pour lui, et son opinion paraît assez vraisemblable, la cause de l'érosion est l'éclampsie infantile, qui produit constamment une perturbation dans la nutrition du follicule dentaire, si bien que le niveau, le nombre et l'étendue de la lésion de la couronne correspondent à l'époque, à la durée et à l'intensité des crises éclamptiques. Pour Parrot, le rachitisme est toujours également une manifestation de la syphilis héréditaire. Nous ne saurions accepter les opinions de Parrot : elles ont, vu leur extrême gravité, besoin d'une évidence telle qu'aucune objection ne leur puisse être adressée, ce qui n'est pas le cas.

La racine des incisives est unique et aplatie de dehors en dedans.

La racine des canines est également unique; elle est plus volumineuse, plus longue et plus arrondie que celle des incisives (dent œillère).

La racine des petites molaires est généralement bifide. Souvent la bifidité est incomplète et ne laisse d'autres traces qu'un sillon vertical assez profond.

Les grosses molaires présentent toujours plusieurs racines; leur nombre varie de deux à cinq; il atteint très rarement ce dernier chiffre. Elles convergent parfois l'une vers l'autre à leur extrémité: d'autres fois, elles divergent, ce qui devient un obstacle à l'avulsion de la dent et entraîne toujours un petit éclat de la mâchoire.

On peut trouver des tumeurs développées au niveau et dans l'intervalle de ces racines. Magitot y a rencontré des tumeurs fibreuses, fibro-plastiques, des tumeurs épithéliales, des sarcomes à myéloplaxes.

Mode de fixation des dents.

La dent entre à frottement dans l'alvéole, ce qui constitue déjà pour elle un mode de fixation, mais son principal moyen d'union est le *périoste alvéolo-dentaire*. Le périoste représente un feuillet membraneux, simple, continu au collet de la dent avec le feuillet fibreux qui double la gencive et pénètre dans l'alvéole entre la racine et la paroi alvéolaire. Il tapisse toute la surface de la racine et,