

toute sa longueur. Né du collet de la dent, le cément forme en ce point une couche très mince, qui augmente en avançant vers le sommet de la racine où il acquiert sa plus grande épaisseur.

Sous une influence que je ne saurais déterminer, le cément est susceptible d'éprouver dans un point quelquefois extrêmement limité de la racine, une sorte de nécrose capable d'engendrer à son tour des abcès et des fistules. C'est ainsi qu'une jeune fille de vingt-quatre ans me fut adressée pour être traitée d'une fistule siégeant au niveau du collet de l'incisive latérale supérieure droite. La dent paraissait très saine et n'avait jamais occasionné de douleurs. *La fistule datait de cinq années* et avait résisté aux moyens ordinaires de traitement. Pensant que le point de départ pouvait être une maladie de la racine, je fis, séance tenante, l'ablation de la dent, et quelques jours après, il n'y avait plus trace de fistule, ce qui est la règle en pareil cas. Le sommet de la racine était noir et nécrosé dans l'étendue d'environ 2 à 3 millimètres.

Je tire de ce fait, et de beaucoup d'autres analogues, cette conclusion pratique fort importante :

*Toutes les fois qu'il existe un trajet fistuleux au voisinage des mâchoires, le chirurgien doit se préoccuper d'abord du système dentaire, qui est presque toujours le point de départ, alors même qu'on ne trouve pas de lésions sur la partie extra-alvéolaire des dents.*

Il est fréquent d'observer des fractures des dents. La solution de continuité peut siéger sur la couronne, au niveau du collet ou sur la racine. C'est dans ce dernier cas, alors que les fragments restent en contact dans l'alvéole, maintenus par le périoste alvéolo-dentaire, qu'on a pu observer de véritables consolidations. Le fait ne doit pas surprendre, puisque la racine est enveloppée par du tissu osseux.

Une dent complètement extraite de l'alvéole peut être réintégrée à sa place et redevenir solide, mais elle ne recouvrera pas sa sensibilité, puisque le filet dentaire a été arraché.

Magitot a, sous le nom de *greffe par restitution*, pratiqué la réimplantation des dents après en avoir réséqué le sommet atteint de périostite chronique ou de nécrose, comme dans le cas que je rappelais précédemment.

Un fait plus singulier est la transplantation des dents d'un sujet sur un autre sujet. L'opération a été plusieurs fois tentée, et Hunter l'a même signalée comme ayant donné lieu à la propagation de la syphilis.

J'ai eu connaissance d'une transplantation de deux incisives médianes, pratiquée jadis à Paris, dans des conditions assez mystérieuses. Mais on comprend toutes les difficultés d'exécution d'une semblable manœuvre : car il faut trouver des dents parfaitement identiques à celles qu'on enlève, et il y a de grandes chances pour que les dents transplantées déterminent des ostéo-périostites, des gingivites, etc., qu'elles jouent, en un mot, le rôle de corps étranger.

Certains sujets hémophiles présentent parfois, à la suite d'une avulsion de dent, une hémorragie fort difficile à maîtriser. Je rappellerai qu'un excellent moyen de parer à cet accident est de remplir l'alvéole avec un bouchon de cire ou de liège. Une fois, cependant, ces moyens échouèrent entre mes mains, et je ne pus obtenir une hémostase définitive qu'à l'aide du cautère actuel.