

verture de la bouche, qu'elle maintenait écartée autant que le permet l'articulation de l'os maxillaire. Elle formait trois saillies, dont l'une sortait entre les arcades dentaires, tandis que les deux autres soulevaient, l'une la joue droite, et l'autre la joue gauche. La commissure droite, ouverte avec le doigt, pouvait seule servir à l'introduction des aliments. La respiration était difficile, le ptyalisme abondant, la mastication presque impossible, la parole à peine distincte. Cependant l'appétit n'avait rien perdu de sa vivacité; les ganglions cervicaux n'étaient pas engorgés, et la bonté de la constitution du sujet n'inspirait pas de crainte relativement à la fièvre lente qui ne le quittait presque pas.

Un purgatif ayant été administré le 28 novembre 1812, M. Dupuytren, assisté de MM. Breschet, Lebreton et de quelques autres chirurgiens, procéda deux jours après à l'opération. Il est bon de noter ici que le malade avait eu l'imprudence de boire dans la matinée un litre et demi de vin pour se donner des forces. Il fut assis et maintenu comme pour l'opération de la cataracte. Les artères labiales furent comprimées par un aide sur les branches de l'os maxillaire. Le chirurgien, placé au-devant du malade, saisit avec la main gauche la partie droite de la lèvre inférieure, tandis qu'un aide soutenait le côté gauche de l'organe afin de le tendre. Une incision divisa alors la partie moyenne de cette lèvre en s'étendant jusqu'à près de l'hyoïde. De là résultèrent deux lambeaux que l'on disséqua, les détachant à droite et à gauche de la tumeur qu'on laissait intacte; les artères labiales situées dans l'épaisseur des muscles furent aisément évitées, et les lambeaux, renversés en dehors où les aides les maintinrent, permirent de dégager l'os et de couper son périoste. La mâchoire étant alors assujettie, on en fit la section des deux côtés, à un pouce de ses angles, avec une scie à main.

Jusqu'à là, il s'était à peine écoulé quelques gouttes de sang; mais lorsqu'avec un couteau courbé sur le plat on divisa les muscles qui s'attachent soit à l'apophyse géni, soit à la ligne milo-hyoïdienne, les artères, devenues plus volumineuses par l'effet de la maladie, furent intéressées. Cepen-

dant l'hémorrhagie n'apparut pas avec autant de violence qu'on l'avait craint. Les doigts des aides, ceux mêmes du chirurgien, appliqués sur les branches des sous-mentales et des linguales, suspendirent l'effusion du sang, et le carcinome put être enfin emporté tout entier. Le malade alors se trouva mal. On lia le tronc de la sous-mentale; des cautères chauffés à blanc, promenés au fond de la plaie, la desséchèrent. Les forces circulatoires ayant repris leur énergie et aucun suintement n'ayant lieu, de la charpie fut mise au-devant de chaque moignon de l'os, et on rapprocha les lambeaux. Afin de faciliter l'écoulement du pus, une mèche fut placée dans la partie inférieure de la plaie, près de l'hyoïde; enfin on recouvrit les parties extérieures de charpie et de compresses, et l'appareil fut affermi par une mentonnière. A cet instant une hémorrhagie nouvelle se manifesta; il fallut dépanser le malade; une cautérisation plus difficile que la première fut exécutée, et après un nouveau pansément Lésier gagna lui-même son lit. Les parties enlevées pesaient une livre et demie. La mâchoire était exostosée, cariée, nécrosée et ramollie en plusieurs endroits. Le fungus qu'elle supportait et qui s'implantait profondément dans sa substance, était dur, fibreux, criant sous le scalpel. Il présentait plusieurs ulcérations au-dessous desquelles son tissu ramolli était devenu lardacé.

Les accidents qui suivirent une opération aussi grave furent modérés. Les portions d'appareil que la suppuration avait détachées ayant été levées le cinquième jour, on trouva la partie des lambeaux qu'on avait affrontée parfaitement réunie. La douleur et le gonflement n'étaient pas considérables. Un mélange abondant de salive et de pus s'écoula par l'angle inférieur de la division. La plaie acquit chaque jour un aspect plus favorable; le quinzième, les escarres se détachèrent, l'appétit du malade avait repris toute sa force, il n'existait aucun trouble dans l'économie. Des bourgeons cellulux et vasculaires du meilleur aspect recouvraient alors la division; la suppuration diminua; la fistule, établie à dessein, se ferma, et la plaie marcha rapidement vers la guérison. Le vingt-

septième jour, Lésier conduisit un de ses cabriolets; le trentième, deux petites portions d'os se détachèrent des extrémités du moignon, et quinze jours encore après la guérison était complète. On a vu alors, non sans étonnement, cet homme rendu à ses occupations ordinaires, ne présenter qu'à peine les traces de la perte de substance qu'il avait éprouvée, et pouvoir facilement parler, respirer et avaler. Les tissus revenus sur eux-mêmes se sont endurcis; les deux moignons rapprochés leur ont servi d'appui, et une sorte de menton, de création nouvelle, a fait presque entièrement disparaître la difformité. Aujourd'hui encore, vingt-sept ans après l'opération, Lésier continue à jouir de la meilleure santé. Son portrait, tel qu'il était avant l'opération, se trouve exposé au Muséum de l'École de Médecine de Paris (1).

Après avoir rappelé les circonstances de la maladie fâcheuse qui fournit à M. Dupuytren l'occasion de pratiquer une opération si importante par ses résultats, nous devons dire comment il a été conduit à l'imaginer; quelles sont les affections qui en indiquent la nécessité; en quoi consistent le procédé opératoire et les variétés qu'il présente suivant la région de la mâchoire qu'il s'agit d'amputer; quels sont les accidents consécutifs qui peuvent se développer. Nous résumerons ensuite très succinctement les nombreuses opérations pratiquées depuis, tant en France qu'à l'étranger.

Les plaies par armes à feu, accompagnées de fractures comminutives, ont dès long-temps prouvé que des portions considérables et même la presque totalité de la mâchoire inférieure peuvent être détruites, emportées par des projectiles, sans que la mort soit le résultat de ces affreuses mutilations. M. Larrey parle d'un militaire qui l'eut détruite presque en entier par un coup de feu et qui vit encore. Les observations qui se trouvent au commencement de cette leçon viennent confirmer ce que nous avançons. D'autres causes, telles qu'une carie, une nécrose de cet os, en ont

(1) Observation recueillie par M. Lisfranc.

souvent détruit une plus ou moins grande partie, et cependant les malades se sont rétablis sans qu'il résultât même de bien grandes difformités. Hippocrate en rapporte déjà un exemple. Un des plus remarquables est celui qu'observa Guernery, à Bicêtre: la mâchoire entière s'exfolia et se reproduisit ensuite au point de permettre la mastication. V. Wy parle d'un malade qui la perdit presque en totalité, et qui néanmoins survécut long-temps. Deux cas pareils sont consignés dans le journal de Desault. Une femme observée à Bourges par Rugger en avait perdu la moitié droite. M. Boyer rapporte dans la Bibliothèque de Planque qu'un malade l'eut emportée par une roue de moulin, et qu'il guérit. Cependant les observations de ce genre, qui démontrent la facilité avec laquelle les pertes de substance de cet organe guérissent en général sans être suivies d'accidents bien redoutables, étaient restées sans application, lorsqu'en 1812 M. Dupuytren en déduisit la possibilité d'amputer la mâchoire inférieure, opération qui est restée dans la pratique à titre de conquête chirurgicale. Nous verrons plus loin que depuis cette époque elle a été répétée un grand nombre de fois avec succès par le professeur lui-même, par d'autres habiles chirurgiens français, puis en Allemagne, en Angleterre et en Amérique.

Les affections diverses dont la nature, la marche et les progrès peuvent réclamer l'amputation de la mâchoire inférieure, sont le fungus hématode, le spina-ventosa, le cancer, qui des parties molles s'étend aux parties osseuses, et l'ostéosarcome qui se développe primitivement dans celles-ci. Cette dernière maladie est sans contredit celle pour laquelle on a été le plus souvent obligé jusqu'ici de pratiquer cette opération. Il ne nous paraît donc pas inutile de donner quelques détails sur son développement et ses symptômes dans cette région.

Quelquefois elle résulte de l'extension d'une affection cancéreuse de la lèvre à la gencive, et de celle-ci à l'os maxillaire inférieur. D'autres fois, elle est le résultat de la dégénération cancéreuse, d'un épulis qui a également envahi le tissu de l'os. Dans ces deux cas, l'affection de l'os, qui n'est

qu'une suite de celle des tissus voisins, est toujours moins avancée là que dans ces derniers. Mais si l'ostéosarcome est primitif, il reste long-temps borné à l'os, et il peut acquérir un volume considérable sans que les tissus de la lèvre et des joues en soient affectés. Il se présente alors sous deux formes principales : dans l'une, la maladie consiste en des fongosités cancéreuses, rouges et saignantes, qui s'élèvent de la substance de l'os, dans laquelle la maladie est souvent superficielle, c'est-à-dire qu'elle n'en affecte que le bord alvéolaire ou la surface, le corps n'en étant pas gonflé et sa base surtout étant restée saine. La seconde forme est celle dans laquelle la maladie commence par le centre de l'os, qui se *carnifie* et se gonfle dans toute son épaisseur. La plupart des tumeurs de ce genre acquièrent un volume considérable et tel, qu'il en résulte une difformité repoussante : les dents, ébranlées et déplacées, paraissent comme implantées çà et là dans la substance de l'os ; le rapprochement des mâchoires devient impossible ; la lèvre, distendue, amincie et étroitement appliquée contre la tumeur, est incapable de retenir la salive, qui s'écoule continuellement ; et cependant il est digne de remarque que ce n'est que très tard que ces tumeurs, ou du moins beaucoup d'entre elles, s'ulcèrent et passent à l'état cancéreux. Ce fait nous porte à penser, dit le professeur, que très souvent on traite pour des ostéosarcomes des maladies qui ne sont que des variétés du spina-ventosa. Nous sommes d'autant plus porté à adopter cette opinion, que souvent, en touchant la circonférence de la tumeur, on sent sous la membrane muqueuse une lame osseuse très mince qui produit un bruit analogue à celui du parchemin quand on l'enfoncé en pressant dessus. Au reste, comme le traitement est applicable à ces deux maladies, la distinction entre elles n'est importante que sous le rapport du pronostic, la récidive étant moins à craindre quand on a affaire à un spina-ventosa, que lorsqu'il s'agit d'un cancer.

OBS. XV. — *Ostéosarcome de la mâchoire inférieure.* — *Amputation.* — *Guérison.* — Delapierre (Élisabeth), âgée de quinze ans, entra à l'Hôtel-Dieu le 7 juillet. Douée d'un

tempérament sanguin, d'une assez bonne constitution, bien réglée depuis dix-huit mois, cette jeune fille avait toujours joui d'une santé parfaite, lorsqu'elle reconnut, il y a trois ans, les premiers symptômes de la maladie pour laquelle elle vint réclamer les secours de la chirurgie.

A cette époque, sans cause connue, une petite grosseur parut à la gencive de la première incisive droite inférieure, qui fut soulevée et déjetée graduellement en avant. Le développement de cette maladie ne fut accompagné d'aucune douleur. Un dentiste consulté arracha la dent à laquelle il attribuait la maladie ; cependant celle-ci continua à faire des progrès assez rapides ; elle gagna le menton, l'arcade alvéolaire, déformant la face, soulevant la peau, déjetant les dents, repoussant la base de la langue en arrière, et se prolongeant en haut. La malade assure n'y avoir jamais éprouvé d'autres douleurs que quelques légers élancements à des intervalles très éloignés ; sa santé ne fut pas un instant troublée ; elle ne ressentait que la gêne causée par la présence de cette tumeur dans la bouche. Tels furent les renseignements qu'elle donna lorsqu'elle fut admise à l'Hôtel-Dieu.

Un examen attentif fait reconnaître les dispositions suivantes : le menton offre une tumeur formée par le développement de l'os maxillaire inférieur, égale au volume du poing, portée un peu plus à droite qu'à gauche ; d'où tiraillement et déviation de la bouche de ce côté. Considérée de haut en bas, cette tumeur dépasse de quatre lignes les dents, et descend jusqu'à l'os hyoïde exclusivement ; d'avant en arrière, elle a plus d'un pouce de longueur, et refoule fortement la langue en arrière ; arrondie en avant et recouverte par la peau, qui est saine, elle se termine brusquement à gauche et va insensiblement en décroissant à droite ; en arrière, elle se prolonge beaucoup moins qu'en avant ; elle n'a pas même la hauteur du maxillaire ; au doigt, elle semble s'enfoncer dans la base de la langue ; en haut, elle ne dépasse l'arcade alvéolaire que dans l'intervalle des dents qu'elle a déjetées ; cette saillie est creusée d'une gouttière transversale qui correspond aux deux incisives, qui manquent ; elle est

recouverte par la membrane muqueuse de la bouche, qui paraît plus épaisse et parcourue d'un plus grand nombre de vaisseaux que dans l'état ordinaire. L'arcade alvéolaire du côté droit est privée de deux incisives; la canine est fortement déjetée, et se trouve au niveau et en dehors de la première petite molaire; elle est mobile, sans douleur. Du côté gauche, les deux incisives sont rejetées en arrière, de manière à former avec la canine un triangle; elles sont aussi mobiles. Les autres dents sont saines. En bas, le point le plus saillant se trouve au milieu; il diminue graduellement de chaque côté.

La consistance de la tumeur n'est pas partout la même: en avant, très dure et très résistante, elle l'est moins sur les côtés; là, en pressant avec le doigt, on éprouve une sensation remarquable et semblable à celle que donne une surface convexe et ronde de fer-blanc qui, déprimée, se relève d'elle-même par un mouvement élastique brusque. Cette sensation est aussi appréciable à la partie supérieure et moyenné, mais moins qu'en dehors. Le point déprimé semble se relever moins promptement. Presque toute la surface de la tumeur est insensible à la pression; quelques parties sont cependant douloureuses; mais aucune n'est le siège d'élançements. Les fonctions de la bouche et des organes qu'elle contient sont gênées; la voix est mal articulée, la prononciation difficile; la mastication n'est possible que sous les molaires; la déglutition est libre.

Tel est l'état de la malade, qui désire ardemment être opérée; sa santé générale est excellente. La difficulté d'une opération qui ne peut être exactement calculée d'avance, pendant laquelle de nombreux et assez gros vaisseaux doivent être divisés sans pouvoir être liés à mesure ni après; le renversement de la langue en arrière après la section de ses muscles; l'introduction de l'air dans des veines placées près du cœur; des symptômes nerveux; tels sont les accidents primitifs que l'on a à redouter, outre ceux qui peuvent survenir consécutivement.

Cependant l'amputation est résolue après un mûr examen.

On la retarde plusieurs jours, d'abord pour faire le portrait de la malade; puis à l'époque des règles; celles-ci ayant manqué, on y supplée par quelques applications de sangsues, par des bains de pieds, des lavements et des bains de siège.

Pendant le temps qui s'était écoulé depuis l'entrée de Delapierre jusqu'au jour de l'opération (quarante jours), la tumeur avait fait des progrès sensibles; elle était examinée soigneusement chaque jour. Enfin, le 22 août, tout étant bien disposé, l'opération est pratiquée de la manière suivante: la malade est assise sur une chaise, la tête fixée sur la poitrine d'un aide, dont les doigts compriment les artères faciales à leur passage sur la face externe de l'os maxillaire; M. Dupuytren, placé en avant, arrache les dents là où doit porter la section de l'os, c'est-à-dire la canine gauche et la seconde petite molaire droite. Après que les gencives ont cessé de saigner, une incision est faite, divisant la peau du milieu du bord libre de la lèvre inférieure jusqu'à l'os hyoïde; cette portion de peau est détachée de dessus la tumeur, de chaque côté, avec le bistouri courbe et le bistouri boutoné. Cette dissection douloureuse achevée, la malade, qui a souffert avec le plus grand courage, demande qu'on suspende l'opération quelques instants, pendant lesquels elle crache le sang qui s'était accumulé dans la bouche; aucun gros vaisseau n'avait été lésé. Tandis que des aides maintiennent renversés les lambeaux, ce qui permet de voir facilement la tumeur à découvert, une scie bien montée est portée près la petite molaire gauche, et en quelques traits l'os est coupé; une douleur plus vive avertit de la division du nerf dentaire inférieur. On procède aussitôt à la section du côté opposé; celle-ci est faite après l'avulsion de la deuxième petite molaire, et presque aussi facilement que du côté opposé; seulement la mâchoire étant moins bien fixée, la scie trouve une mobilité qui nuit un peu à son action. Cette partie de l'opération très douloureuse est supportée avec le même courage.

Ce qui restait à faire était le plus difficile et le plus dangereux. A peine la malade a-t-elle demandé que l'on reprenne

l'opération (elle pouvait encore parler, en ayant la précaution de tenir les lèvres rapprochées), que l'os est tout-à-fait détaché aux points sciés avec un ciseau, de manière à laisser passer en arrière par cet intervalle un bistouri boutonné, avec lequel M. Dupuytren commence à détacher les muscles qui de la langue vont à l'os maxillaire. Cette section parvenue à moitié, il jaillit beaucoup de sang; la langue se porte en arrière, le sang s'agglomère dans cette partie. On recommande à la malade de porter en avant la langue; M. Breschet la saisit avec un linge et la dirige en haut et en avant, ce qui facilite beaucoup la dissection de la tumeur, qui est séparée en quelques coups de bistouri. Aussitôt le sang s'élance avec abondance de plusieurs sources; on y applique les doigts pour modérer l'hémorrhagie; mais la malade fait signe qu'elle respire difficilement. On présente un cautère nummulaire, que M. Dupuytren promène sur toute la surface de la plaie, et le sang est immédiatement et définitivement arrêté. Pendant ce dernier temps de l'opération, le courage de la malade ne se démentit pas un instant. M. Dupuytren lui adresse souvent des questions pour s'assurer de son état physique et moral, et occuper un peu son attention. Le sang arrêté, on remarque que, du côté droit, la section de l'os n'a pas été au-delà du mal, et qu'elle a porté sur la coque osseuse dont une partie reste et présente une moitié d'ovoïde remplie par une matière gélatineuse qui est vidée facilement; de sorte que la portion d'os amincie est laissée, parce que l'on pense que cette coque reviendra facilement sur elle-même par la suite.

*Anatomie pathologique.* — Le tumeur enlevée représente une moitié d'ovoïde. Placée comme dans sa situation naturelle, la face antérieure convexe correspond au menton et à la face antérieure de l'os maxillaire; supérieurement, elle est formée par la membrane muqueuse de la bouche et des gencives, inférieurement par des fibres du muscle paucier; sous ce plan charnu, on trouve la coque osseuse dont nous parlerons plus bas.

La face postérieure à peu près plane, mais inclinée à droite, est formée par la face postérieure du corps de l'os;

au milieu est la lame osseuse assez épaisse où s'inséraient le génio-glosse, le génio-hyoïdien, dont une portion se voit encore. En dehors et à droite, la lame osseuse est à nu, l'intérieur de la poche est rempli par une matière gélatineuse pour la couleur et la consistance. Supérieurement existe la saillie déjà décrite avec les dents incisives gauches, canines, petites molaires, la première du côté gauche et les deux droites. Cette tumeur est partout environnée, excepté là où la section a été faite, d'une coque osseuse, mince et transparente, élastique dans quelques points, dure et résistante dans d'autres, réduite en membrane, et d'une assez petite étendue. Cette coque paraît envoyer des prolongements dans son intérieur de manière à y former plusieurs autres cavités communiquant ensemble. La racine des dents est en contact avec la matière gélatineuse.

M. Dupuytren procède au pansement de cette large et profonde plaie. Il commence par réunir la lèvre au moyen d'aiguilles à suture; une première est placée près du bord libre; une seconde, puis une troisième, sont mises de haut en bas et fixées avec des fils, de manière que dans l'angle inférieur de la plaie reste une ouverture pour l'écoulement de la salive, du pus et des mucosités. Un linge enduit de cérat et fenêtré, des gâteaux de charpie fine, des compresses languettes et une bande achèvent le pansement; puis la malade est portée à son lit, où elle est placée la tête fort élevée et soutenue par des oreillers.

M. Jolly, interne, est placé auprès d'elle avec ordre ne la pas quitter d'un seul instant. M. Dupuytren lui recommande d'avoir continuellement des cautères chauffés à blanc, de cautériser si le sang paraît, et d'ôter même les aiguilles, s'il est nécessaire, mais d'un côté seulement, afin qu'on puisse les replacer ensuite; il doit être attentif à tout ce qui peut survenir, et s'assurer si du sang n'est pas avalé, etc.

Peu à peu le spasme se dissipe; la chaleur se répand uniformément; le pouls se relève. Pendant quelques heures, le sang mêlé à la salive s'accumule dans l'arrière-bouche, et ne peut ni être avalé ni rejeté, il en résulte beaucoup de

gène ; au moyen d'une éponge fine placée au bout d'un petit bâton, l'interne fait cesser cet obstacle, et la tisane est assez facilement introduite à l'aide d'un biberon. (Infusion de tilleul édulcorée.) Jusqu'au soir la malade est assez bien, M. Dupuytren la trouve avec peu de fièvre, une chaleur modérée, ne se plaignant pas de la plaie ni du bandage, qui est pénétré de salive, de mucosités, et de la tisane qui passe en grande partie par l'angle inférieur de la plaie.

A mesure que la nuit s'avance, la fièvre augmente ; un mal de tête de plus en plus intense se déclare ; la malade se plaint beaucoup du pansement. On coupe les bandes qui pressent trop la gorge ; la douleur persiste ; alors on change tout l'appareil, qui contient beaucoup de sérosité, de salive, et un peu de sang. Voyant que les extrémités des aiguilles irritent la peau qu'elles pressent, M. Jolly place dessous des petits plumasseaux de charpie. Elle est soulagée pour quelques instants. Vers minuit, la fièvre et la céphalalgie étant extrêmes et n'ayant pas cédé à un pédiluve sinapisé, il pratique une saignée qui procure une syncope incomplète, mais prolongée. Bientôt le pouls perd sa dureté ; le mal de tête cesse aussitôt. Cependant la soif augmente ; mais la malade avale bien mieux, elle se sert elle-même du biberon.

Le lendemain, 23, la fièvre continue ; la chaleur est insupportable ; la gorge devient douloureuse, la déglutition moins facile ; le mal de tête reparaît ; l'appareil retient beaucoup de mucosités ; les symptômes augmentent ; un peu de gonflement se manifeste au col ; la déglutition est bruyante, très difficile. (On applique vingt sangsues de chaque côté du col ; elles saignent beaucoup, un cataplasme est placé sur les piqûres.) Jusqu'au soir, même état ; alors un peu de rémission. Pendant la nuit, les symptômes d'inflammation augmentent ; fièvre plus forte ; céphalalgie intense ; déglutition plus gênée ; toux revenant par quintes. (Pédiluve, lavement, cataplasme au col.)

24. Jusqu'ici la malade ne s'est plainte qu'en montrant la gorge et la tête. Vers quatre heures du matin, la langue se

tuméfie rapidement ; les parties voisines se gonflent bientôt aussi ; le biberon ne peut plus être introduit. Alors, pour calmer la soif, qui est très intense, on essaie d'abord de faire passer des boissons avec une sonde de gomme élastique, que la malade ne peut supporter ; on fait ensuite, au moyen d'une petite seringue, des injections de tisane dans le pharynx, de telle façon qu'en en injectant peu à la fois, très peu de liquide se trouve perdu. Bientôt la malade peut elle-même exécuter cette manœuvre. (Pansement.) Pendant la journée, il y a un peu de mieux, quoique la langue, très gonflée, dépasse l'arcade alvéolaire supérieure, et repousse en avant la lèvre inférieure, qui est déjà réunie. (Pédiluve, lavements, tilleul.) Le soir, M. Dupuytren trouve la malade en assez bon état.

Vers dix heures, exacerbation, chaleur insupportable, pouls très fréquent (cent vingt pulsations par minute). (Pansement.) L'écoulement de salive est aussi abondant ; il y a un peu de suppuration. On aperçoit beaucoup de gonflement au côté droit, qui est très douloureux. La malade se trouvant soulagée, tâche de dormir, mais sans y réussir ; on mêle un peu de sirop diacode à la tisane. Vers minuit, elle s'endort d'un sommeil tranquille ; au bout de deux heures, elle se réveille et dit qu'elle est mieux ; elle boit beaucoup et plus facilement. Le gonflement va en diminuant. — 25. Pendant la journée, la fièvre continue ; la malade est fatiguée par la chaleur atmosphérique (24° Réaumur). (Même prescription.) La nuit est calme ; il y a du sommeil. — 26. A la visite, M. Dupuytren la trouve très bien, panse la plaie, qui est en suppuration. L'aiguille du milieu est ôtée. Pendant la journée, fièvre peu vive, soif modérée (Bouillon de poulet.) Le soir, la suppuration est abondante ; la salive lui donne une odeur acide. Durant la nuit, le sommeil n'est interrompu que pour boire. — 27. La fièvre est tombée ; le gonflement de la langue et des parties voisines est presque entièrement dissipé ; la déglutition est très facile. M. Dupuytren pansé de manière à corriger la saillie formée par la coque osseuse : dans ce but, il place d'épais plumasseaux sur la joue droite, et comprime avec une bande, après avoir ôté l'aiguille supérieure, en laissant cependant les