

fil. La malade ne tarde pas à se plaindre du bandage, qu'elle veut faire ôter; il survient de la fièvre; la face se gonfle et rougit; il y a de l'agitation, de l'impatience; la déglutition s'opère mal. Cédant à ces considérations, l'interne change le soir l'appareil; une escarre se détache sans accident. La nuit est assez bonne; cependant le sommeil est agité. — 28. La malade se trouve bien; la suppuration est abondante; une escarre existe dans le pansement; on ôte les fils des deux aiguilles qui manquent. La peau s'était écartée, surtout aux deux angles de la plaie; on place un autre fil à l'aiguille qui reste, et on réunit avec des petites bandelettes de taffetas d'Angleterre, en recommandant à la malade de ne plus parler ni de ne plus rire, comme elle l'a fait la veille. (Bouillons.) Pendant la journée, elle est bien tranquille, le soir les choses sont dans un état parfaitement satisfaisant. La suppuration est très peu considérable. (La nuit, sommeil tranquille.)

Le 29, M. Dupuytren ôte la dernière aiguille; une bandelette de taffetas d'Angleterre la remplace. Le pansement comprime la saillie du côté droit, qui déjà est moindre; on console la malade; on lui prodigue les encouragements. Pendant le jour, elle se plaint, mais ne demande pas qu'on la dépanse; du reste elle est bien et prend quelques cuillerées de riz. (Même tisane.) Le 30, même état, même pansement, mais il ne peut être supporté que jusqu'au soir. On s'aperçoit alors que la compression avait empêché le pus et la salive de s'écouler; ils s'étaient amassés sous la langue. La saillie diminue beaucoup latéralement; elle a gagné inférieurement. La nuit a été très bonne. Le 31, en examinant l'intérieur de la bouche, M. Dupuytren remarque que la portion d'os qui fait saillie est inégale, à nu, irrite la joue et la langue; il conçoit l'espoir de bientôt l'enlever avec des pinces incisives, ce qu'il aurait fait lors de l'opération, s'il n'avait été pressé par l'hémorragie. (Pansement.) (Eau de groseilles, de poulet, bouillons, demi-potage à la semoule.) Pendant la journée, la malade n'ose se plaindre du bandage, qui la gêne. La nuit, elle souffre davantage. L'interne relâche l'appareil; elle s'endort aussitôt d'un profond sommeil.

Le 1^{er} septembre, à la visite, la suppuration est peu abondante. M. Dupuytren ordonne de réunir ce qui reste de la plaie inférieurement.

Le 2 septembre, le bien continue; la malade reste assise sur un fauteuil pendant quelques heures. (Même pansement, même prescription, malgré le grand appétit.) Le 3, elle se promène un peu; un léger frisson l'oblige à se mettre au lit. Pendant la nuit, insomnie, agitation, soif vive, sécheresse de la gorge, déglutition moins facile. Le 4 septembre, à sept heures du matin, frisson violent, pâleur extrême, tremblement des lèvres. Quelques draps chauds, une boisson douce chaude, ramènent la chaleur; le pouls se relève, devient dur et fréquent. Elle se plaint du bandage: on l'enlève, et on trouve la langue tuméfiée, rouge au bord, et couverte au centre d'un enduit blanchâtre, dépassant l'arcade dentaire supérieure. La partie antérieure du col est gonflée, douloureuse, la déglutition très pénible, la respiration libre, mais courte et fréquente. Ces symptômes d'inflammation augmentent à onze heures; une saignée de trois palettes est pratiquée; en outre, on prescrit des pédiluves irritants, un lavement laxatif, du petit-lait et des groseilles.

Pendant la journée, même état; vers le soir, les symptômes persistent. Comme le sang est très couenneux, et que l'on craint que pendant la nuit les accidents n'augmentent on applique trente sangsues au-devant du col; elles saignent beaucoup, procurent du soulagement, et la malade repose un peu. Le 5, la fièvre est moins forte; cependant le gonflement de la langue est aussi grand. Une esquille, qui paraît cause de cette inflammation, se détache; elle a le volume et la forme d'un os unguis; seulement elle est encore plus inégale. La malade se sent la bouche plus libre. (Pédiluves, lavements laxatifs, orgeat, groseille.) La langue se nettoie pendant la journée; son volume diminue; la déglutition est plus facile. La nuit est calme. Le 6 septembre, la fièvre, le gonflement sont presque entièrement tombés; un petit abcès s'ouvre sous la langue; le

soir, la malade se trouve bien; elle demande à manger. (Bouillon coupé, même prescription.) La salive est toujours abondante et mêlée de pus.

Le 7, le bandage est appliqué; il gêne beaucoup. (Vermicelle.) L'époque des règles étant arrivée, M. Dupuytren ordonne plusieurs bains de pieds et des lavements. Le 8, la malade est très bien. Le soir, la trouvant dans le même état, les règles n'étant pas venues, le chirurgien de garde fait mettre des sangsues à la vulve. Le 9, le mal de tête et le gonflement de la langue sont presque dissipés. On applique le bandage, mais très peu serré. La plaie est entièrement réunie. Les 10, 11 et 12, la malade continue d'aller bien; elle a bon appétit, bon sommeil; il n'y a plus de trace de suppuration; la salive ne s'écoule plus en dehors; chaque jour la saillie du côté droit s'affaisse sous la compression, qui est mieux supportée. En septembre, Delapierre sort parfaitement bien guérie.

Vers la fin des mois d'octobre et de novembre, dans le courant de décembre, elle est revenue à l'Hôtel-Dieu. Sa figure n'offre d'autre difformité qu'une cicatrice au milieu du menton. Celui-ci est un peu plissé, parce qu'il n'est plus soutenu par l'os maxillaire, et qu'il n'est formé que par la peau. Les deux parties d'os recouvertes par la muqueuse de la bouche, rapprochées l'une de l'autre, ne sont pas soudées ensemble, de sorte que l'on peut facilement les faire mouvoir l'une sur l'autre. Mais déjà cette femme peut prendre des aliments quelque peu solides. La prononciation est assez distincte; elle le serait davantage si elle voulait parler plus haut; mais elle est d'une timidité si grande, qu'elle s'exprime toujours à demi-voix. D'ailleurs l'état de sa santé est excellent; les fonctions s'exécutent bien; les règles ont reparu; elle a repris de l'embonpoint et des couleurs (1).

OBS. XVI. — *Cancer de la mâchoire inférieure et de la lèvre correspondante. — Amputation. — Guérison.* — Perrault (Pierre), âgé de vingt ans, cultivateur, d'une constitu-

(1) Observation recueillie par M. Jolly.

tion vigoureuse, entra à l'Hôtel-Dieu le 6 avril 1823. Il portait au corps de la mâchoire inférieure un cancer qui, sans cause connue, avait commencé sept ans auparavant par une excroissance de nature fongueuse sur le bord alvéolaire, et qui, loin de diminuer sous l'influence de divers caustiques, comme eau forte, etc., avait fait chaque jour de nouveaux progrès, déterminé la chute de plusieurs dents, et envahi la plus grande partie des parties molles qui constituent la lèvre inférieure. Voici dans quel état il se trouvait lors de son arrivée à l'hôpital: la bouche étant fermée, rien d'apparent ne se voit à l'extérieur de la face qu'un tubercule cancéreux, ulcéré, occupant la commissure gauche des lèvres, du volume d'une petite noix, fendillé en divers sens, à bords renversés, d'une couleur rouge pâle. Si l'on ouvre la bouche et qu'on abaisse la lèvre inférieure, l'aspect est tout différent; on aperçoit: 1^o petit ulcère à fond grisâtre et à bords renversés, répondant à la deuxième petite molaire droite; 2^o des tubercules semés çà et là dans l'épaisseur de la lèvre, faisant principalement saillie sur la muqueuse, se prolongeant jusqu'au-dessus de la commissure gauche dans l'épaisseur de la joue elle-même; toutes les dents incisives inférieures manquent, et à leur place se trouve un tissu d'un rouge violacé ramolli; celles qui restent sont vacillantes jusques et y compris la première grosse molaire du côté droit, et la deuxième du côté gauche; un tissu semblable au précédent les supporte et les recouvre en grande partie (les dents de sagesse n'existent pas encore); en même temps douleurs lancinantes qui depuis plusieurs mois privent le malade de sommeil; mais d'un autre côté tempérament fort et robuste; nulle autre indisposition apparente. Le corps de la mâchoire a évidemment perdu plusieurs lignes de sa hauteur. Le malade est présenté à l'Académie royale de médecine. Après un examen assez superficiel, comme il en convient lui-même, M. Dupuytren annonce qu'il entreprendra bientôt l'opération, et promet une guérison certaine, d'après un exemple récent de succès complet chez une petite malade affectée de la même maladie, mais chez qui le cancer avait

envahi une moindre partie de l'os, et nullement intéressé les parties molles. Pendant les premiers jours, régime ordinaire; plus tard, cautère au bras gauche; déjà l'exutoire est en pleine suppuration; et le malade, plein de courage, de force et de confiance, averti et s'embarrassant peu de la difformité qui devra en résulter, demande instamment l'opération. Il est encouragé d'un autre côté par l'exemple de la petite malade qu'il a sous les yeux, et qu'on a soin de lui montrer souvent. M. Dupuytren examine cette fois sérieusement le mal pour en connaître les justes limites; l'étendue du désordre, le soin qu'il prend de le mesurer sur une mâchoire désarticulée, semblent le rendre et le rendent en effet indécis pendant quelque temps. Après de mûres réflexions, il se décide enfin à débarrasser ce jeune et vigoureux garçon d'un mal qui doit nécessairement le faire périr, et le 7 mai l'opération est pratiquée.

Le malade est placé sur une chaise, M. Dupuytren en face de lui. Les divers temps de l'opération se succèdent de la manière suivante: 1° Incision circulaire commençant sur la lèvre supérieure à gauche et se prolongeant en haut sur la joue dans l'étendue d'un pouce, pour circonscrire l'ulcère placé à la commissure; elle est terminée sur la partie moyenne et la plus saillante du menton. 2° Incision commençant à la commissure droite, prolongée moins en haut et en dehors, et venant se terminer à la première. Tout ce qu'il y a de parties molles malades se trouve ainsi séparé et bientôt détaché de l'os. Plusieurs vaisseaux sont ouverts; un nombre de doigts suffisant se rend aussitôt maître du sang. 3° Extraction des dents; on ne laisse que la dernière grosse molaire de chaque côté. 4° Incision sur la ligne médiane commençant à la réunion des deux premières, et finissant vers l'os hyoïde; on dissèque ensuite les lèvres de cette incision pour mettre à nu toute la portion d'os malade. 5° Section de l'os de haut en bas au-devant de la dernière molaire gauche; *idem* à droite; on culbute ensuite la portion d'os qui ne tient plus qu'aux parties molles situées en arrière. L'opération est alors suspendue pour lier les vaisseaux qui pourraient

fournir du sang; rien ne s'écoule. Pendant ces divers temps d'une opération laborieuse et difficile, le courage du malade ne se dément pas un seul instant, malgré la chaleur du lieu et les douleurs. S'il arrive parfois qu'il pâlisce, un peu d'eau froide promenée sur les tempes ou quelques gouttes d'eau-de-vie à l'intérieur lui rendent bientôt toutes ses forces. 6° Section des parties molles tenant à la face concave de la mâchoire, à l'aide d'un bistouri droit boutonné promené rapidement derrière elle. Les artères linguales sont ouvertes et liées aussitôt; on comprend dans la même ligature les glandes sublinguales, parce qu'elles présentent un gonflement suspect. A droite, la section de l'os offre une surface nette et saine; le mal paraît avoir été complètement circonscrit et enlevé en cet endroit. A gauche, elle n'a pas précisément le même aspect; les parties molles qui l'enveloppent sont ramollies; on excise avec le bistouri et les tenailles incisives tout ce qui paraît malade. M. Dupuytren, après avoir terminé l'opération, regrette beaucoup de n'avoir pas fait sauter la dernière dent molaire de ce côté et la portion d'os qui la supporte; non pas que cette partie doive nécessairement amener une récurrence, mais parce que, si celle-ci a lieu, elle prendra naissance en cet endroit. L'opération achevée: plaie large, profonde et hideuse; nul écoulement de sang; sorte d'étonnement de la part du malade. M. Dupuytren conçoit la possibilité de rapprocher les parties, malgré la grande irrégularité qu'elles présentent. Quatre aiguilles sont placées, et des fils sont croisés par dessus en nombre suffisant. Il résulte de cette réunion un menton très saillant et pointu, une bouche étroite, très irrégulière, la lèvre supérieure étant fortement relevée et froncée, et l'inférieure formée par les côtés de la plaie ramenés sur la ligne médiane, et séparés supérieurement dans l'étendue d'un pouce par un angle dont la base, d'un demi-pouce à peu près, fait partie de l'ouverture buccale, et dont le sommet répond à la première aiguille; les joues sont aplaties, tirillées en bas et en avant, et en quelque sorte étranglées, d'où la saillie plus grande en apparence des pommettes. Les deux ligatures jetées sur les

artères linguales sont placées dans l'angle inférieur de la plaie. Nul autre pansement. La portion d'os enlevée présente quatre pouces moins quelques lignes d'étendue d'une de ses extrémités à l'autre; un demi-pouce tout au plus sépare ses deux bords; le supérieur est mou, fongueux, ramolli jusqu'à trois à quatre lignes de profondeur; le corps de l'os ressemble assez bien à ces mâchoires de vieillards depuis long-temps édentées.

Le malade est reporté à son lit : boissons antispasmodiques, angoisses et douleurs vives dans la journée; agitation, suintement sanguinolent assez abondant; fièvre, pas de sommeil pendant la nuit. Le lendemain, même état, joues distendues par du sang amassé derrière elles; déglutition et respiration gênées. (Compresses imbibées de liqueur résolutive placées sur les côtés de la face et fréquemment renouvelées.) Le malade s'en trouve fort bien; nuit bonne; plusieurs heures de sommeil. Les jours suivants, nul accident. Le 19, apyrexie complète, suppuration de bonne nature; gonflement des joues beaucoup moindre; douleurs presque nulles. (Tisane adoucissante, lait.) Le 13, on retire l'aiguille inférieure et on coupe une portion du fil. L'échancrure faite à la lèvre supérieure du côté gauche paraît s'être agrandie; on y place une aiguille; en même temps bandelettes de diachylon sur la partie inférieure de la plaie. (Mêmes boissons; on fait prendre quelques farines délayées dans les bouillons.) Sommeil bon; respiration et déglutition faciles. Le 15, les autres aiguilles sont retirées; la supérieure est tombée d'elle-même dans la nuit par suite de la section des chairs; on enlève aussi les fils; le tout est remplacé par des bandelettes agglutinatives échancrées dans leur milieu pour ramener les chairs en avant, et soutenir la moitié inférieure de la plaie complètement réunie. Il y a à l'endroit correspondant au menton une saillie isolée du volume d'une petite noix, formée par l'excédant des parties molles qui furent conservées en cet endroit. (On augmente les aliments; cessation des compresses.)

Le 16 au matin, on retire l'aiguille placée dans la commissure, parce qu'elle coupe les chairs, et à sa place, petite

bandelette de diachylon; chute des ligatures avec lesquelles on avait embrassé les artères et les glandes sublinguales. État général excellent. Le 19, plaie de la commissure presque complètement réunie; bords latéraux de la lèvre inférieure presque tout-à-fait cicatrisés; angles supérieurs affaissés; partie inférieure relevée; ouverture buccale triangulaire en forme de cœur, ayant sa base en haut; voix plus forte; paroles commençant à pouvoir être entendues. Toutes les fonctions du malade se font très bien; bonne disposition au moral; tubercule saillant au menton; le malade, qui s'en croit défiguré, demande à M. Dupuytren si son enlèvement est possible. Il y a écoulement habituel et involontaire de la salive.

Le 25, bandage de J.-L. Petit, appliqué de manière à ramener fortement les joues en avant et à soulever le menton, pour compléter la lèvre inférieure autant que possible. Le 3 juin, on le supprime; on n'a presque rien obtenu, sinon un léger affaissement du tubercule qui surmonte le menton; mais en même temps boursoufflement très grand de la muqueuse qui recouvre les joues, surtout à gauche, au niveau de l'espace inter-maxillaire, et deux jours après de la membrane gengivale de la partie moyenne du rebord alvéolaire supérieur. L'aspect rouge et vermeil de ce gonflement, sa mollesse, sa diminution rapide après la suppression du bandage, et ensuite son état stationnaire, dissipent les craintes qu'il a fait naître, et le font attribuer à la compression qu'on avait exercée. Du reste, état général on ne peut plus satisfaisant. (Soupes et viande hachée à discrétion.) Le 8 juin, observation d'un phénomène remarquable: à l'endroit où existait le menton, portion dure, comme cartilagineuse ou osseuse, formée aux dépens des muscles situés sous la langue, et qui semblent s'encroûter de phosphate calcaire pour remplacer la partie de mâchoire enlevée; les deux petits moignons de cet os se recouvrent de bourgeons cellulux et vasculaires, et paraissent se réunir à cette portion indiquée; écoulement de la salive toujours le même. M. Dupuytren recommande au malade d'aspirer à chaque instant ce liquide, afin d'apprendre à le retenir,

Le 20 juin, petit abcès sur le côté gauche du menton; le 24, on l'ouvre: suppuration de bonne nature; l'ouverture reste fistuleuse. Le 25, autre petit abcès sur le côté droit, et même résultat. M. Dupuytren pense que ces fistules sont probablement entretenues par quelques petites portions d'os mortes. Quand on comprime les parties molles, le malade y ressent des douleurs vives et piquantes, semblables à celles que produirait une épingle enfoncée dans les chairs.

Le 13 août, M. Dupuytren sonde les ouvertures, et le stylet fait entendre dans chacun un petit bruit fort distinct; petites portions d'os nécrosés retirées à l'aide d'une pince à pansement. Les jours suivants, les ouvertures se ferment, et le malade sort de l'hôpital, les premiers jours de septembre 1823, sans présenter de traces de répullulation (1).

Quelles que soient les variétés cancéreuses de l'os maxillaire inférieur, dont nous avons précédemment établi les caractères, aucune d'elles ne peut être détruite sans une opération chirurgicale. Mais on conçoit que cette opération ne saurait être la même dans tous les cas. Si, par exemple, la maladie est limitée au bord alvéolaire, il faudra, après avoir enlevé les fongosités, retrancher ce bord, soit avec un couteau lenticulaire, soit avec des tenailles incisives ou une forte lime. Si elle affecte la superficie de l'os, on devra en ruginer la surface, après avoir extirpé les parties molles; et dans les deux cas, pour peu que l'aspect du tissu osseux présente quelque chose de suspect, on appliquera le fer rouge sur la surface dénudée, afin d'enlever complètement le mal. Mais lorsque l'affection attaque toute l'épaisseur de l'os, une opération plus grave devient nécessaire: c'est alors qu'il ne reste d'autres ressources que d'amputer toute la portion d'os malade. Voyons donc en quoi consiste le procédé opératoire de M. Dupuytren, déjà décrit dans le Manuel de médecine opératoire de M. le docteur Malgaigne.

Le malade étant assis en face du jour, les jambes étendues sur un tabouret, afin qu'il ne puisse prendre de point

(1) Observation recueillie par M. Dusol.

d'appui sur le sol, un aide placé derrière lui embrasse la tête avec les deux mains et la tient appliquée contre sa poitrine; il peut, en cas de besoin, comprimer les artères maxillaires externes sur la base de la mâchoire. Cet aide se tient debout, à demi fendu pour que la station soit plus solide.

Le chirurgien, placé au-devant du malade et à droite, saisit avec la main gauche la partie droite de la lèvre inférieure, tandis qu'un aide en tient la partie gauche pour la tendre et l'éloigner de la supérieure. Au moyen d'un bistouri convexe, il divise de haut en bas, sur la ligne médiane, toute l'épaisseur de cette lèvre, d'abord jusqu'à la base de la mâchoire; puis, après s'être assuré avec l'indicateur gauche de la saillie de l'os hyoïde, il prolonge jusque là son incision, qui ne doit plus diviser que la peau et le tissu cellulaire. De là résultent deux lambeaux que l'on dissèque de chaque côté jusqu'aux limites du mal, en rasant l'os pour éviter les artères labiales. Ces lambeaux sont renversés en dehors et confiés à des aides; on incise le périoste sur l'os, dans les points où la scie doit porter; et ce n'est qu'après avoir bien reconnu les limites de la résection qu'on arrache de chaque côté la dent correspondante pour faciliter l'action de la scie. A ce moment, l'opérateur, armé d'une scie à main très fine, ou d'une scie à crête de coq, passe derrière le sujet. Dans cette position, la section de l'os est plus facile; tandis que si l'on demeure en avant, l'extrémité de la scie entre dans la bouche et heurte contre la voûte palatine, ce qui double la difficulté de l'opération. On garantit d'ailleurs le nez et la lèvre supérieure avec une lame de plomb, une feuille de carton ou une compresse épaisse. La portion d'os malade étant sciée, le chirurgien se reporte en avant, la saisit de la main gauche, plonge un bistouri droit de bas en haut, derrière l'os, et incise les chairs qui s'y attachent, en rasant l'os de gauche à droite, tandis qu'un aide écarte la langue, soit avec une spatule, soit avec le pavillon d'une sonde cannelée. L'opération est faite; on lie les vaisseaux; on rapproche les os et les lambeaux de la peau, qu'on réunit par suture, en laissant toutefois à l'angle infé-

rieur un espace suffisant pour y placer une petite mèche de charpie, et favoriser au besoin l'écoulement de la suppuration.

Si l'incision longitudinale ne suffisait pas à raison de l'étendue du mal, on la ferait cruciale, en longeant la base de l'os maxillaire.

Quand on n'enlève qu'une petite largeur de l'os, on peut le scier perpendiculairement; mais quand l'ablation est très étendue, pour rapprocher les fragments il est bon que la section soit plus ou moins oblique, selon l'épaisseur. Alors on commence par tracer la voie par quatre ou cinq petits coups de scie perpendiculaires, puis on incline l'instrument de manière à avoir l'obliquité désirée. Dans tous les cas, on obtient un point d'appui fort solide en appliquant la mâchoire inférieure contre l'autre, au moins dans le premier temps de la section.

Les artères sous-mentales, labiale, linguales, donnent en général peu de sang; on applique dessus les doigts d'un aide, ou on les lie à mesure qu'on les coupe; mais quelquefois développées par la maladie, leur section amène une hémorrhagie trop abondante: on y oppose le cautère actuel; il faut prendre garde de le faire agir sur l'os; si l'artère dentaire donnait, on l'obturerait avec un petit bouchon de cire molle.

Les premiers temps de l'opération, tels que nous venons de les présenter, ne conviennent que dans les cas où la maladie s'est développée dans l'os maxillaire lui-même, ou du côté de sa concavité et de la bouche, et que les parties molles extérieures sont saines, comme dans l'exemple offert par Lesier; mais si le cancer a débuté par celles-ci, et n'a atteint l'os qu'après avoir envahi la lèvre et le menton, il faut cerner d'abord le mal par deux incisions, commencées à la lèvre inférieure de chaque côté, et réunies en bas à angle aigu près de l'hyoïde, comprenant ainsi dans une espèce de V tout ce qui est frappé de dégénération. Les deux lambeaux latéraux étant écartés, on continue l'opération comme dans le premier cas.

Il est des personnes, dit M. Dupuytren, qui ont adopté l'usage de diviser complètement les attaches de la langue et les autres tissus qui sont fixés à la face interne de l'os avant de procéder à la section de celui-ci. C'est une manière de procéder que rien ne justifie, qui peut avoir de graves inconvénients, et qu'il faut entièrement rejeter. En effet, elle entraîne toujours des longueurs inutiles; et si, par cette division, quelques vaisseaux importants sont ouverts, l'hémorrhagie peut être fort abondante et devenir très nuisible au malade avant qu'on ait eu le temps de l'arrêter. Pour éviter de lacérer avec la scie les chairs attachées à la surface interne de l'os, il suffit de faire agir l'instrument avec plus de lenteur lorsqu'on arrive vers la fin de la section. D'un autre côté, cette lésion est bien moins redoutable qu'on ne l'a prétendu; il est impossible d'éviter la déchirure du nerf dentaire inférieur, et cependant cette déchirure ne produit pas d'accidents. Enfin il est rare que les tissus adjacents ne participent pas à la maladie; peu importe donc qu'ils soient touchés par la scie, puisqu'il faudra les emporter.

Voici une observation d'amputation de la mâchoire pratiquée pour un fungus hématode développé dans l'épaisseur de l'os; ce fait offre un certain degré d'intérêt, à raison des difficultés de diagnostic que l'on a rencontrées.

Obs. XVII.—*Fungus hématode développé dans l'os maxillaire inférieur.*—*Diagnostic difficile.*—*Amputation.*—*Guérisson.*—Une jeune fille de quatorze ans, très peu développée, et qui paraissait n'en avoir que dix, entra à l'Hôtel-Dieu le 1^{er} août 1829; elle portait une tumeur située derrière la lèvre inférieure, qu'elle projetait fortement en avant, en formant une saillie au-devant et au-dessous de la langue. Elle ne datait que de six mois, et n'avait jamais causé de vives douleurs.

En faisant ouvrir la bouche et en renversant en dehors la lèvre inférieure, on voit d'abord les dents incisives et canines portées les unes et les autres en arrière, déchaussées, ébranlées et vacillantes, comme si elles étaient enfoncées dans de la cire molle. Les gencives sont soulevées, et on