

de Mayor. Le malade sort le 30 mai. Consolidation complète avec un cal très-peu volumineux.

OBS. CCII. — *F. de la clavicule. Extrémité externe.* — Flamant (Léon), menuisier, âgé de cinquante-quatre ans. Entre le 5 juillet 1874. Tombé d'une voiture en marche sur le moignon de l'épaule. Douleur peu marquée. Un peu de gonflement de l'épaule gauche. Les mouvements de l'articulation scapulo-humérale sont très-dououreux. Bras rapproché du tronc, tête inclinée du côté malade. La fracture est transversale, sans déplacement, et située à 2 centimètres de l'articulation acromio-claviculaire. Mobilité et crépitation faciles à constater.

Coussin sous l'aisselle. Bras placé dans une écharpe de Mayor.

Le malade part pour Vincennes le 14 août. La fracture est consolidée depuis dix jours avec un cal assez volumineux.

OBS. CCIII. — *F. double de l'humérus.* — Noël (Jean), quarante-quatre ans, tabletier, entré le 2 avril 1875. Cet homme est tombé la veille d'une hauteur de quinze marches dans un escalier; il ne peut dire au juste de quelle façon le bras a touché l'arête des marches. A son entrée il présente une vaste ecchymose s'étendant de l'acromion à la partie externe du bras gauche. Mouvements spontanés du bras perdus. On sent nettement une première fracture située au-dessous du tiers moyen. Le fragment inférieur fait saillie en avant et en dehors; crépitation facile à provoquer à ce niveau. Sur le même membre, on trouve une douleur limitée immédiatement au-dessous de l'insertion du deltoïde; quoiqu'il n'y ait aucune saillie anormale à cet endroit, on y détermine une fracture dont la crépitation très-nette et parfaitement distincte de celle de la fracture inférieure dans les mouvements de rotation. A cause du gonflement, on immobilise le membre par des compresses graduées maintenues par trois attelles en bois, l'une antérieure, l'autre interne, l'autre externe,

Au bout de quatre jours, on place un appareil plâtré composé de deux longues atelles recouvrant le membre fracturé et l'épaule du même côté. Trente-cinq jours plus tard on l'enlève et on constate une consolidation parfaite sans déformation et sans position vicieuse du membre. Toutefois, le malade fait passer difficilement les mains derrière le dos, et met avec peine le bras dans la position horizontale.

OBS. CCIV. — *F. double de l'humérus gauche.* — Pepin (Apolloni), trente-neuf ans, garçon de restaurant, entré à l'hôpital le 10 mai 1875. Ce malade est tombé la veille dans un escalier de la hauteur d'un étage à peu près. Dans cette chute, le bras gauche a porté plusieurs fois contre l'arête des marches. A son entrée, malgré une tuméfaction considérable, on trouve une première fracture avec saillie du fragment inférieur en avant

et en dehors, siégeant à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur. Crépitation évidente au même niveau. Une seconde fracture à deux travers de doigt au-dessus de l'articulation du coude, sans déplacement, mais avec une crépitation nettement perceptible. Tous les mouvements du membre sont perdus, et il y a une crépitation manifeste au niveau des deux foyers des fractures. Le jour même de l'entrée du malade, on applique un premier appareil formé de compresses graduées, maintenues par des attelles. Après la disparition du gonflement, on applique un appareil plâtré, après avoir réduit sans difficulté la fracture supérieure. Le malade put quitter l'hôpital au bout de vingt-cinq jours. Les deux fractures étaient complètement consolidées; il ne restait plus qu'un peu de faiblesse et d'engourdissement du bras.

Peu de temps après l'entrée de ces malades à l'hôpital, nous eûmes l'occasion d'observer en ville deux cas tout à fait semblables.

Le docteur Blav..., tombé la veille dans un escalier de la hauteur de deux marches, s'était fait également une double fracture de l'humérus, l'une au niveau du col chirurgical, la seconde au-dessous de l'insertion du deltoïde. Les symptômes étaient exactement les mêmes que chez le premier malade, sauf l'ecchymose qui, dans ce second cas, était parfaitement localisée au point où siégeait la fracture supérieure. Le traitement et les suites de l'opération furent les mêmes que dans l'observation ci-dessus.

Le second cas analogue s'est présenté chez madame Bl., femme d'un confrère de province, dont nous ne croyons pas devoir ici rapporter l'observation. La double fracture avait été produite également par une chute dans un escalier. La guérison a été obtenue en cinquante jours. Nous rapportons maintenant plusieurs autres cas de fracture de l'humérus, dans lesquels des accidents analogues aux premiers ont produit des fractures simples siégeant à divers points de l'os.

OBS. CCV. — *F. simple du col chirurgical de l'humérus gauche.* — Person (Nicolas), soixante-quatre ans, entré le 5 août 1874. Ce malade a fait hier une chute dans un escalier, et le moignon de l'épaule a porté sur les marches. Gonflement considérable du moignon de l'épaule et descen-

dant jusqu'à la partie moyenne du bras. Large ecchymose, longue de 5 centimètres, et occupant la partie supérieure de la face externe de l'humérus. Crépitation facile à percevoir, lorsque la main gauche étant appliquée sur le moignon de l'épaule, on imprime avec la main droite de légers mouvements de rotation au bras droit. Douleurs locales très-vives. Gonflement persistant pendant cinq à six jours; au bout de ce temps l'avant-bras est fléchi à angle droit sur le bras, et immobilisé dans cette position au moyen d'un appareil silicaté. Le malade sort guéri au bout de quarante-cinq jours.

Obs. CCVI. — *F. simple de l'humérus gauche.* — Boudaud (Étienne), cinquante-quatre ans, couvreur, entré le 10 mai 1875. Est tombé hier d'une échelle d'une hauteur de 3 mètres environ. Tuméfaction occupant toute la partie moyenne du bras gauche. Saillie du fragment inférieur en dedans, de telle sorte que les deux fragments forment un angle ouvert en dedans. Déformation très-appreciable. Crépitation facilement obtenue. Mouvements volontaires impossibles. Douleurs excessives pendant les mouvements imprimés au membre. Même traitement que chez le malade précédent. Celui-ci est très-indocile, et fait des mouvements qui déplacent ses appareils. On est obligé de lui en appliquer deux nouveaux. Il quitte sur sa demande le service au bout de trente et un jours avec un appareil silicaté. Au niveau du foyer de la fracture se trouve un col volumineux, auquel on ne remédie pas, dans la crainte de produire une pseudarthrose.

Obs. CCVII. — *F. simple de l'humérus droit.* — Coullecaux (Henri), entré le 22 mai 1874. A fait hier une chute sur le coude. La fracture siège un peu au-dessous de l'insertion supérieure du brachial antérieur. Gonflement considérable au même niveau; pas de déplacement; mais crépitation facile à percevoir. Douleur limitée au même point. Immobilisation maintenue au moyen d'un appareil plâtré. L'avant-bras replié à angle aigu sur le bras. Guérison au bout de trente-cinq jours.

Obs. CCVIII. — *F. simple de l'humérus.* — Mauperthuis (Gilbert), vingt-neuf ans, boulanger, entré le 7 janvier 1874. Est tombé hier de sa hauteur sur le coude. Gonflement remontant jusqu'à cinq travers de doigt au-dessus de l'articulation du coude. Anneau ecchymotique d'une largeur de 2 centimètres au même niveau. Pas de déplacement, mais crépitation très-nette et douleur limitée au même point. Compresses imbibées d'eau blanche. Avant-bras replié à angle droit sur le bras; celui-ci appliqué contre le thorax, et immobilisé dans cette position par un appareil plâtré. Le malade quitte le service guéri au bout de cinquante-deux jours.

Obs. CCIX. — *F. simple de l'humérus gauche.* — Collet (Augustin), soixante-neuf ans, chiffonnier, entré le 26 mai 1865. Le matin, le malade

est tombé de sa hauteur, et dans sa chute, la partie supérieure du bras a porté contre le bord d'un trottoir. A son entrée, ce malade présente une tuméfaction considérable de tout le moignon de l'épaule. Au même niveau, on voit sur la face externe du bras une large ecchymose. Les deux fragments semblent former un angle très-obtus à sommet postérieur. Les mouvements que l'on imprime au bras se communiquent au fragment supérieur. En mesurant la longueur des deux bras, depuis la saillie de l'acromien jusqu'à l'épicondyle, on trouve un raccourcissement d'un demi-centimètre pour le bras gauche. Douleur limitée au point où siège l'ecchymose. Mouvements volontaires possibles, mais très-dououreux. On diagnostique une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus avec pénétration des fragments. Pendant deux jours, on applique des compresses résolutives, puis l'avant-bras est fléchi à angle aigu sur le bras; celui-ci est appliqué contre le thorax, et on immobilise le membre dans cette position avec un appareil plâtré. Le malade quitta le service au bout de vingt jours. On l'a revu depuis; la consolidation était complète, et il avait recouvré les mouvements du bras.

Obs. CCX. — *F. par arrachement de l'épitrôchlée droite.* — Decrette (François), trente-cinq ans, mécanicien entré à l'hôpital le 8 avril 1875. Est tombé la veille sur le coude, le corps porté en avant, l'avant-bras fléchi sur le bras. A son entrée, il est dans l'état suivant: Membre dans la demi-flexion. Gonflement à quatre travers de doigt au-dessus du pli du coude. Ecchymose localisée vers le sommet de l'épitrôchlée. Épitrôchlée mobile, séparée du reste de l'os par une petite dépression. Crépitation facile à percevoir. Douleur très-vive au niveau de l'ecchymose. Mouvements de flexion et d'extension très-pénibles. Pronation et supination possibles, mais très-dououreuses. Le membre fut placé dans la demi-flexion, l'épitrôchlée rapprochée du corps de l'os, le tout maintenu en place par un appareil plâtré. Le malade quitta le service au bout de six jours avec son appareil, mais il revint, et l'on put constater que la consolidation était complète le vingt-deuxième jour, époque où l'on enleva l'appareil.

Obs. CCXI. — *F. simultanée des deux radius.* — Humbert (François), quatorze ans, sans profession, entré le 8 mars 1875 pour une fracture des deux radius.

En faisant des exercices sur un trapèze, cet enfant a été projeté en avant d'une hauteur de 2 mètres environ. Il est tombé sur la paume des mains, et après l'accident on l'a immédiatement transporté à l'hôpital.

Pas de déformation à droite. A gauche, au contraire, déformation considérable. Douleur au niveau du poignet droit, exagérée notablement par la pression à environ un travers de doigt au-dessus du sommet de

l'apophyse styloïde. Dépression au même niveau. Avant-bras cylindroïde mais n'ayant pas la déformation en dos de fourchette.

Du côté gauche, cette déformation est telle que de prime abord on pense à une luxation du poignet en arrière.

De ce côté les sommets des apophyses styloïdes du radius et du cubitus sont sur le même plan. Vers la face palmaire du poignet, on constate une saillie considérable produite probablement par le fragment supérieur; cependant le bord antérieur de cette surface est assez lisse, autant qu'on peut en juger avec le degré de tension de la peau et des parties molles.

Le poignet est à peu près complètement arrondi. Vers la face dorsale on ne trouve rien qui ressemble à une surface articulaire des os du carpe. Rien du côté du cubitus.

En raison de la rareté des luxations du poignet, de l'élévation de l'apophyse styloïde du radius et la grande facilité de la réduction, on diagnostique une fracture de l'extrémité inférieure du radius, peut-être un décollement épiphysaire.

Après réduction on applique un appareil de contention se composant de deux attelles et de deux compresses graduées. A l'extrémité inférieure de l'attelle palmaire une bande roulée, placée dans la main, est fixée à l'aide de diachylon.

Cette bande est destinée à combler la paume de la main et à faire basculer le poignet vers la face palmaire. L'attelle dorsale ne dépasse pas les os du carpe, et la compresse graduée est doublée au niveau des saillies dorsale et palmaire suivant la méthode de Nélaton.

Vingt et un jours après l'accident, l'appareil est enlevé. On constate alors que la réduction est parfaite. Il est impossible de distinguer à simple vue, et même après examen, l'existence d'une fracture antérieure des radius. Le malade ne souffre pas et remue le poignet comme avant l'accident.

Appareil analogue pour l'autre bras. On l'enleva en même temps, et l'on put constater également une consolidation complète.

Obs. CCXII. — *F. verticale de l'os iliaque droit.* — Pascal (François), dix-neuf ans, entré le 25 avril 1874. Est tombé de la hauteur d'un deuxième étage, et dans sa chute, le côté droit du bassin a porté contre l'arête d'un trottoir.

Il se plaint de vives douleurs dans la hanche et la cuisse droite. Une large ecchymose occupe toute la hanche, s'étend jusque dans la région fessière et le tiers supérieur de la cuisse du même côté. Les mouvements de la cuisse sont douloureux, mais le membre a conservé sa position normale. Il n'y a ni raccourcissement, ni abduction, ni rotation de la pointe du pied. Au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure existe un point plus douloureux que partout ailleurs, si l'on saisit l'os des îles avec une main

placée de chaque côté de ce point et si on lui imprime des mouvements, on détermine une mobilité anormale accompagnée de crépitation. La fracture est verticale sans déplacement, et ne détermine aucun désordre fonctionnel du côté des organes pelviens donnant à penser qu'un d'eux ait pu être lésé.

Repos et immobilisation.

Le malade sort guéri le 30 mai.

Obs. CCXIII. — *F. du fémur droit. Commotion cérébrale. Contusions nombreuses. Mort rapide.* — Manson (Alfred), vingt-cinq ans, cantonnier, entré le 22 mars 1875. S'est jeté volontairement d'une fenêtre du deuxième étage dans la rue, huit heures environ avant qu'on ne l'apporte à l'hôpital, et depuis lors n'a pas recouvré sa connaissance. A son entrée, il est dans le coma. Intelligence absolument perdue; paupières supérieures abaissées. Pupilles dilatées et ne réagissant pas sous l'influence de la lumière. Il n'y aurait eu, ni au moment, ni depuis l'accident, aucun écoulement de sang par les oreilles, la bouche ou les narines. Pas d'écchymose sous-conjonctivale.

Grosse bosse sanguine sans plaie des téguments à droite de la protubérance externe. P. = 50. Fracture du fémur droit vers le milieu avec léger déplacement du fragment supérieur en dedans. Contusions sur les régions scapulaire et fessière. — (Application d'un sachet de glace sur la tête.) Mort dans la nuit. (L'autopsie n'ayant pu être faite, on ne put constater s'il avait succombé à une simple commotion cérébrale ou à une fracture concomitante de la base du crâne.)

Obs. CCXIV. — *F. de la rotule sans déplacement.* — Humbert (Gustave), vingt-quatre ans, garçon boucher, entré le 11 février 1874. Pendant la nuit, en descendant de voiture, il a glissé sur le marche-pied et malgré les efforts qu'il a faits pour se retenir, il est tombé et n'a pu se relever. Quand on le releva, il ne put marcher.

A son entrée, ce malade présente un gonflement considérable de tout le genou droit avec épanchement. On constate une fracture transversale de la rotule. Les deux segments sont maintenus en place par de nombreuses brides fibreuses, très-sensibles au toucher, mais qui n'empêchent pas la crépitation quand on déplace les fragments dans le sens transversal. La jambe est placée dans une gouttière avec des compresses résolutives pendant trois jours.

16 février. On place le membre sur un double plan incliné, et on rapproche les fragments à l'aide de petits coussinets en caoutchouc que l'on fixe à un appareil plâtré à l'aide de lanières élastiques.

Mais le malade, dont l'état mental est assez mauvais pour avoir néces-

sié son entrée à Bicêtre depuis quelques mois, est loin d'être docile. Il remue continuellement la jambe.

Enfin, le 6 mars, il sort sur sa demande : les fragments sont très-rapprochés, et il peut marcher sans difficulté.

Obs. CCXV. — *F. du tibia compliquée de plaie. Arthrite suppurée du genou. Infection purulente. Mort.* — Bonnet (Émilie), trente-sept ans, entrée le 27 avril 1874. Elle a reçu deux jours auparavant un coup de pied de cheval au-dessous du genou, à trois travers de doigt au-dessous de l'articulation. Le coup a tracé un sillon profond en forme de fer à cheval, intéressant les parties molles, et allant jusqu'au tibia qui a été fracturé en cet endroit et dépouillé de son périoste. On avait fait en ville une réunion immédiate. Comme toutes les parties molles qui environnent la plaie sont rouges, tuméfiées et douloureuses, on enlève les sutures, afin de pouvoir, autant que la chose est possible, combattre les accidents inflammatoires. On trouve alors une fêlure de la partie antérieure du tibia, paraissant s'étendre assez loin sur le corps de l'os. Cataplasmes; élévation du membre.

1^{er} mai. On constate une arthrite aiguë de l'articulation fémoro-tibiale.

4. Épanchement considérable avec tumeur assez volumineuse sur le côté externe de l'articulation. Gargouillement et emphysème. On se décide à faire passer un drain dans l'articulation, allant du côté interne vers le côté externe, en passant sous la rotule. Il s'écoule du pus et du sang. La veille, la malade avait eu un frisson ayant duré cinq minutes; T. 39,4.

8. T. 50,4. Anorexie complète. La plaie est blafarde, et il s'écoule par le drain un pus sanieux de mauvaise odeur.

9. T. 40,2,

10. T. 40,4. Même état; un peu de délire pendant la nuit. Le pus a fusé vers la partie interne de la cuisse jusqu'au niveau de l'anneau du troisième adducteur.

Incision de la peau au niveau du vaste interne, débridement et passage d'un drain qui vient rejoindre l'orifice de sortie du premier. On ne remarquait rien du côté externe, ni en arrière, grâce à la résistance des aponévroses de ces régions.

Rhum; sulfate de quinine, 1 gramme. Les frissons reviennent régulièrement.

12. P. = 120. — T. 50°.

13. P. = 156. — T. 40°,6. État général de plus en plus mauvais. La malade ne répond plus aux questions. Face hippocratique; langue fuligineuse. Mort dans la soirée.

A l'autopsie, on trouva de nombreux abcès métastatiques dans le foie.

Obs. CCXVI. — *F. compliquée de plaie, des deux os de la jambe. Large décollement de la peau au voisinage de la fracture. Érysipèle. Mort.* — Dendiger (Georges), trente ans, entré le 13 novembre 1873. Le matin même une pièce de vin a heurté violemment sa jambe gauche, et a fracturé les deux os à cinq travers de doigt au-dessous de l'articulation fémoro-tibiale. Au niveau du foyer de la fracture, on voit une plaie assez profonde et de la largeur d'une pièce de 2 francs. Avec le doigt, on trouve au fond de cette plaie une pointe osseuse, probablement l'extrémité d'un fragment. En arrière, à la surface de la saillie du mollet, se voit une seconde plaie n'intéressant que la peau et le tissu sous-cutané; elle est à peu près de même diamètre que la première. On pratique l'occlusion de ces deux plaies au moyen d'un morceau de baudruche collodionnée.

La jambe est placée dans une gouttière en fil métallique, garnie dans toute sa longueur de coussinets d'ouate enveloppés dans du taffetas gommé. On peut ainsi faire des lavages sans soulever le membre, et sans souiller les pièces du pansement.

Pendant six jours, peu de douleurs, appétit et sommeil. Le pouls reste à 86.

19 septembre. Œdème autour de la plaie; la peau devient rouge. Frisson de cinq minutes le soir.

20. Second frisson plus long que celui de la veille. Langue saburrale. Inappétence et insomnie. P = 90.

21. On enlève la baudruche, et on trouve que la plaie est obturée par un caillot dur et résistant. Large décollement de la peau sur toute la partie antérieure et externe de la jambe.

22. Frisson, inappétence. Sulfate de quinine, 1 gramme; rhum, 250 grammes.

23. On passe un tube à drainage entre les deux plaies. Il s'écoule du pus mélangé à du sang. Cataplasmes.

24. Pas de frisson. P = 96.

Même état jusqu'au 1^{er} décembre.

Ce jour-là, céphalalgie, anorexie complète. Ipéca. Le lendemain, la rougeur s'étend à presque toute la jambe.

3. Rougeur très-vive de toute la jambe avec œdème, suppuration abondante. On transporte le malade dans une salle d'isolement.

4. Un peu de délire. Céphalalgie extrêmement violente. P = 100.

6. Mort à quatre heures du matin. L'autopsie n'a pu être faite.

B — MALADIES INFLAMMATOIRES.

Obs. CCXVI. — *Nécrose d'une partie de la paroi externe du sinus maxillaire droit, consécutive à une carie dentaire. Suppuration du*

PÉAN.

sinus. Fistule dans le vestibule de bouche. — Extraction des sequestres et lavages de la cavité de l'abcès. — Guérison. — Langrene (Louis), boucher, trente-six ans, entré le 22 avril 1874. Homme robuste et bien constitué. Il n'a jamais eu que la petite vérole à vingt-quatre ans. Depuis, aucune maladie, aucun accident syphilitique.

Il y a quatorze ans, à la suite d'un mal de dents, il a vu survenir un gonflement de la joue qui n'a plus disparu. Presque tous les ans, pendant l'hiver, il se forme dans la gencive un abcès précédé de douleurs de dents insupportables. Ces abcès (ne se formant que pendant la saison froide) s'ouvriraient seuls et laissaient sortir du pus mélangé à du sang. Jusqu'au moment de l'ouverture, il pouvait à peine ouvrir la bouche et était forcé de manger avec une petite cuiller. Les abcès se sont toujours formés sur le côté droit du maxillaire supérieur; jamais du côté gauche. Depuis quatre ans, il n'avait plus rien vu, si ce n'est le 27 décembre 1873. Il s'est réveillé subitement au milieu de la nuit et a senti que du pus s'écoulait dans sa bouche. Il est resté sans traitement jusqu'à son entrée à l'hôpital, bien que fortement incommodé par l'odeur de la suppuration. Au moment de son entrée on trouve que le côté droit de la face offre une déformation qui correspond très-exactement au sinus maxillaire. Il y a sur la paroi antérieure de ce sinus une tumeur bien circonscrite qui la recouvre entièrement depuis plus d'un an. Ce malade est déjà venu dans le service pour une affection semblable du maxillaire supérieur, siégeant du même côté, et, à cette époque on avait trouvé une tumeur située sur la branche montante du maxillaire supérieur droit. A ce moment la première grosse molaire était en pleine carie, les racines, excessivement profondes, venaient se rendre dans une cavité kystique aboutissant à la face externe de l'os. On fit l'extraction de cette dent pour permettre au pus de sortir et l'on conseilla au malade de revenir à la consultation afin de suivre les progrès de l'affection et de pratiquer, si besoin était, une incision longitudinale. Le malade se contentait d'appuyer sur la tumeur qui se vidait et repaissait ensuite. Il importe aujourd'hui de savoir dans quel état se trouve la tumeur qui lors de la première opération semblait indépendante du sinus et qui paraît actuellement communiquer avec sa cavité.

25 avril. On incise largement la fibro-muqueuse pour voir l'état de l'os. Il est nécessaire de faire une incision assez longue sachant que le pus sort au niveau de la deuxième incisive et que la tumeur fait saillie vers les grosses molaires qui ont été précédemment enlevées. En passant entre l'os et le périoste, il n'y a pas d'artère importante dont on ait à se préoccuper.

On arrive ainsi sur la partie nécrosée du sinus avec lequel la tumeur s'est mise en communication. On extrait les lamelles nécrosées, et on maintient largement ouverte la cavité du sinus. On espère tarir promptement la suppuration.

27. Le malade ne se ressent aucunement des suites de l'opération. Il a passé une très-bonne journée hier, et n'a pas eu de fièvre, n'a pas perdu le sommeil; mange de bon appétit.

29. État général tout à fait satisfaisant; la suppuration se maintient abondante. On a introduit une mèche dans la cavité, et on fait des injections d'eau alcoolisée.

6 mai. La suppuration a diminué d'une manière appréciable.

15. La suppuration est insignifiante.

18. Le malade quitte le service, mais revient à la consultation jusqu'à sa guérison complète. (A partir du 15 juin, il cesse de revenir à la consultation, la suppuration étant tarie.)

Obs. CCXVII. — *Ostéite du maxillaire supérieur droit. Résection de la portion d'os malade. Guérison.* — Ancourt (Victor), vingt-six ans, doreur, entré le 24 juillet 1874, n'a jamais eu de manifestations strumeuses ou syphilitiques. Ce malade présente du côté droit de la face une saillie s'étendant en haut vers la paroi inférieure de l'orbite, en bas vers l'aile du nez et la lèvre supérieure qu'elle tend à abaisser, comprenant ainsi toute la joue du côté droit. C'est une tumeur du sinus maxillaire. Dans la narine correspondante existe une saillie arrondie, ainsi que dans l'intérieur de la bouche, sur la ligne médiane de la voûte palatine. Les parois inférieure et interne étant les moins résistantes sont les plus déformées. La paroi buccale offre moins de résistance que les autres à la pression. C'est en cet endroit que s'est ouvert spontanément, il y a trois jours, l'abcès dont le pus suinte continuellement dans la bouche. On trouve de ce côté, à la mâchoire supérieure, quelques racines de dents qui ont occasionné au malade des douleurs et des fluxions fréquentes.

Le début de l'affection remonte à trois ans. Le malade éprouvait dès cette époque une sensation de pesanteur. Dans son développement la tumeur a été de temps en temps le siège d'élançements douloureux. Ces douleurs sont devenues paroxystiques; elles privent le malade de tout repos pendant la nuit.

La résistance des parois et le volume de la tumeur font penser à une inflammation des parois osseuses ou de la fibro-muqueuse du sinus. C'est pourquoi on se décide à réséquer la partie inférieure du maxillaire.

25 juillet. Le malade étant endormi, nous pratiquons une incision verticale, partant de la racine du nez et descendant jusque sur la lèvre qui est sectionnée, en suivant le dos du nez. Les téguments de la joue sont décollés, au niveau du sillon vestibulaire de la joue; puis à l'aide d'un davier nous extirpons une incisive, et à l'aide de la forte cisaille que nous avons fait construire dans ce but, nous faisons en deux fois la section de la portion malade du maxillaire.