

aperçoit au-dessous d'elles des bosselures d'un rouge très foncé; la même disposition existe à la face buccale de l'os. Sur les côtés, le mal paraît dépasser à droite la première dent molaire, et, à gauche, s'arrêter à ce niveau. Si on saisit deux points opposés de la mâchoire et qu'on les presse en sens contraire, comme on fait ordinairement pour s'assurer de la crépitation dans les cas de fracture, on sent une très légère mobilité que M. Dupuytren distingue parfaitement; mais un phénomène qui, joint à la couleur et à la forme de la tumeur, laisse peu de doute dans son esprit sur la nature du mal, c'est l'espèce de fluctuation que l'on peut produire en la pressant alternativement d'arrière en avant et d'avant en arrière. M. Dupuytren a observé que ce phénomène était très fréquent dans les dégénérescences connues sous le nom de *fungus hématode*. Il est très difficile de distinguer une fluctuation simulée de la vraie fluctuation, et les praticiens les plus habiles s'y sont trompés. Aussi M. Dupuytren, pour lever toute espèce de doute et acquérir une certitude mathématique, voulut avoir recours à ce moyen précieux dont il fait usage dans une foule de cas divers, la *ponction explorative*. Pratiquée à la partie postérieure de la tumeur, derrière les dents, elle ne donna issue qu'à du sang un peu moins rutilant que le sang artériel, mais moins noir que le sang veineux; il ne sortit pas une goutte de pus. Il devenait dès lors évident que le gonflement de l'os et des gencives n'était pas dû à un abcès profond, et l'on acquérait la certitude entière de l'existence d'un *fungus hématode*. L'opération, unique ressource en de tels cas, fut donc décidée. Elle offrait beaucoup de chances de succès, car il n'existait aucun engorgement glanduleux à la base de la mâchoire, non plus que dans les environs; la peau du menton était tout-à-fait saine, et la jeune fille, quoique un peu maigre et peu développée, paraissait ne présenter aucune affection interne.

L'opération fut pratiquée le 22 août. Nous n'en rapportons que les principales circonstances. La première petite molaire droite et la canine gauche furent préalablement arrachées. Après l'incision verticale sur la ligne médiane (les

parties molles extérieures étaient saines), le périoste est coupé avec le bistouri.

En exécutant la section de l'os à droite, M. Dupuytren s'aperçut que la scie pénétrait avec une grande facilité dans l'os, que le trait ne faisait aucun bruit, et que par conséquent l'instrument avait été porté en dedans des limites du mal. Il regretta vivement alors de n'avoir pas fait l'extraction de la deuxième dent molaire, et pratiqua dans ce point la section de l'os, afin de mettre la jeune malade à l'abri de toute récurrence. Après la section de l'os, la division des parties molles internes, la ligature des vaisseaux, l'application d'un cautère en forme de haricot sur un point d'où le sang s'écoulait en nappe, et le rapprochement des deux portions d'os, quatre points de suture entortillée réunirent exactement la plaie, et la malade fut transportée à son lit. Il est inutile de dire que toutes les parties qui avaient paru malades furent soigneusement enlevées. Aucun accident ne suivit l'opération; on retira les aiguilles le sixième jour: la réunion était exacte. La guérison fut prompte, car la jeune malade sortit de l'hôpital dans un état de santé parfait, le 10 septembre suivant, c'est-à-dire dix-neuf jours après l'opération.

L'examen de la pièce anatomique confirma de tous points le diagnostic. La tumeur, développée au milieu du tissu spongieux de l'os maxillaire, avait écarté en avant et en arrière la lame du tissu compacte qui le revêt. Elle avait séparé sur la ligne médiane et beaucoup écarté l'une de l'autre les deux portions latérales qui forment l'os. Du volume d'un petit œuf de poule, elle offrait un rouge lie de vin semblable au tissu de la rate, était gorgée de sang, et parcourue dans un grand nombre de directions par une multitude de brides fibreuses. Avant d'inciser la tumeur, on pouvait encore s'assurer de la sensation de cette fluctuation qu'on avait observée avant l'opération.

L'ablation de l'os étant opérée, il s'agit d'arrêter l'hémorrhagie et de procéder au pansement. Après avoir fait la ligature des vaisseaux que l'on peut saisir, s'il s'écoule encore du sang, ce qui arrive presque toujours, parce que plusieurs

des artères de cette région se trouvent enfoncées dans la profondeur de la base de la langue, on y applique un caustère actuel en forme de haricot. Il n'est pas de cas où M. Dupuytren n'ait eu recours à ce moyen sûr et expéditif pour supprimer les écoulements en nappe qui ont lieu sur un ou plusieurs points. Quant au pansement, il consiste d'abord à rapprocher et à mettre en contact les deux fragments du maxillaire si la perte de substance n'est pas très considérable. On observe que ce rapprochement se fait spontanément dans beaucoup de cas, aussitôt que les fragments sont abandonnés à eux-mêmes. On affronte ensuite les bords de la solution de continuité de la lèvre et du menton, et on les maintient réunis par un nombre suffisant de points de suture entortillée. Cela fait, on place au-dessous de la langue quelques boulettes de charpie mollette et fine; un emplâtre de cérat fenêtré ou de la charpie, et quelques compresses, sont placés sur la plaie extérieure, et l'on termine l'appareil par l'application d'une bande ou du bandage unissant des lèvres. Afin de faciliter l'écoulement du pus par le point le plus déclive, M. Dupuytren met quelquefois une mèche dans l'angle inférieur de la plaie près de l'hyoïde.

Au bout de cinq ou six jours, on doit retirer les aiguilles; la plaie du menton est réunie. Plus tard, l'adhésion des fragments de l'os maxillaire se fait, soit médiatement, soit immédiatement, suivant l'étendue de la perte de substance, au moyen d'un cal véritablement osseux, d'une dureté, d'une consistance, et souvent d'un volume tels, que dans beaucoup de cas la saillie du menton est reproduite au point qu'il est presque impossible de soupçonner le vide qui existait avant l'opération, et que les malades peuvent faire usage des aliments les plus solides. M. Dupuytren en a vu qui pouvaient casser des noyaux aussi facilement que s'ils eussent toujours eu la mâchoire la mieux conformée.

Parmi les accidents qui résultent de cette opération, les uns sont immédiats et se manifestent aussitôt que la section de l'os est achevée; les autres, consécutifs, ne se développent qu'à une époque plus ou moins éloignée de l'opération.

Au nombre des premiers se trouve l'hémorrhagie primitive. Nous venons d'indiquer les moyens de l'arrêter; ajoutons qu'ils doivent être employés le plus promptement possible; car si elle est abondante, elle peut compromettre rapidement les jours du malade. Le plus dangereux des accidents immédiats consiste dans la rétraction de la langue, produite principalement par les muscles glosso-pharyngiens, qui entraînent la base de cet organe en arrière et en bas, et l'appliquent fortement contre le pharynx, de manière à empêcher l'air de pénétrer jusqu'à la glotte; l'action de ces muscles n'étant plus balancée par celle des génio-glosse, hypo-glosse et stylo-glosse, qui ont été soudainement coupés dans l'opération. La mort peut résulter instantanément de cette suspension de la respiration, et quelques chirurgiens allemands avaient été si vivement frappés de ce danger, qu'ils y trouvaient un motif pour rejeter cette opération. On ne peut disconvenir qu'il ne soit imminent, aussi M. Dupuytren ne manque-t-il jamais d'en prévenir ses auditeurs et de prendre des mesures pour l'éviter. Cependant il n'est pas aussi constant ni aussi fréquent qu'on pourrait le croire. Il n'est surtout à craindre que lorsqu'on enlève la presque totalité du corps de la mâchoire, et cependant plusieurs fois cette ablation a été pratiquée tant par M. Dupuytren lui-même, que par MM. Cloquet et Sanson, et par d'autres chirurgiens français et étrangers, sans qu'ils aient observé cet accident. Lorsque le mal siège plutôt à droite qu'à gauche, qu'il est plutôt à gauche qu'à droite, il est possible de laisser intacte la moitié opposée de l'organe, de n'enlever que celle qui est altérée, et alors la rétraction de la langue n'est point à redouter. Il existe d'ailleurs des moyens de prévenir ce grave accident. M. Dupuytren, au moment de détacher les parties molles adhérentes au fragment osseux qui a été isolé, prend le soin de fixer la langue en la faisant saisir par sa pointe, après l'avoir enveloppée d'un linge sec. Quelques instants après, l'organe a repris en quelque sorte son équilibre, et son renversement n'est plus à craindre. Dans une circonstance remarquable, le professeur Delpech

sut y remédier à l'aide d'un fil d'or passé à la base du filet de la langue et fixé dans la suture faite aux téguments. Mais ayant observé dans cet organe une force de rétraction insolite, qui aurait probablement résisté à tout autre moyen, il crut devoir l'assujettir avec une érigne à l'un des fragments de la mâchoire.

Dans un accident de ce genre, M. Lallemand fut obligé de pratiquer une incision au conduit aérien pour faire respirer son malade, qui était tombé sans connaissance.

Quant aux accidents consécutifs, on remarque parmi eux, 1^o l'hémorrhagie secondaire : elle se manifeste ordinairement peu de temps après le pansement. Elle est survenue presque immédiatement après chez le conducteur de cabriolet dont nous avons parlé. Un malade auquel le professeur Lallemand enleva une grande partie du corps de la mâchoire, le 27 mai 1822, ayant éprouvé une telle gêne de la respiration qu'il fut obligé d'arracher son bandage, une hémorrhagie abondante se déclara. La plaie fut mise à nu pour chercher et lier les vaisseaux ; on retira les aiguilles. Ces tentatives furent infructueuses, la compression était impraticable. On eut donc recours à l'application réitérée du fer rouge sur toute la surface saignante. Le sang, qui, après la cautérisation, continuait à jaillir, s'arrêta lorsqu'on eut appliqué de l'agaric pendant quelques minutes. 2^o Les inflammations violentes : on les combat avec plus ou moins de succès par les moyens antiphlogistiques les plus énergiques. 3^o L'angine œdémateuse, ou cette infiltration séreuse des bords de la glotte qu'on est convenu de nommer ainsi : accident des plus insidieux et des plus dangereux qui puissent arriver dans cette opération, et contre lequel il ne reste trop souvent d'autre ressource que la laryngotomie. 4^o La difficulté de la déglutition est aussi un des inconvénients que le malade peut éprouver à la suite de cette opération, et que l'anatomie explique très bien. En effet, les muscles génio-glosses sont attachés par leur pointe aux apophyses géniennes ; leurs fibres vont, en divergeant ou en formant une espèce d'éventail, se terminer à toute l'étendue de la face inférieure de la

langue ; leur fonction principale consiste à porter la base de cet organe en avant, lors de la déglutition, en même temps qu'ils élèvent le larynx en le tirant dans le même sens. Après l'opération, ces muscles n'ayant plus de point fixe, leurs mouvements peuvent être empêchés. De là la possibilité d'une très grande difficulté dans la respiration. Cette circonstance a fait craindre à plusieurs chirurgiens qu'en pratiquant l'amputation de la mâchoire inférieure on n'échangeât une maladie, à la vérité mortelle, contre une infirmité qui peut soudainement être portée jusqu'à l'asphyxie. Ces craintes sont assurément exagérées, car, pendant la cicatrisation de la plaie, les extrémités divisées des muscles génio-glossé et génio-hyoïdien se collent à la face interne ou postérieure du nouveau menton ; ils acquièrent ainsi un nouveau point fixe, et l'infirmité disparaît. D'ailleurs les succès nombreux et permanents obtenus par M. Dupuytren et par ses imitateurs répondent victorieusement à toutes les objections, à toutes les théories.

Telles sont les considérations principales que l'amputation d'une partie plus ou moins considérable du corps de la mâchoire inférieure a fournies à M. Dupuytren en différentes circonstances ; il a pratiqué déjà dix-huit ou vingt fois cette opération. Un seul malade fut affecté consécutivement d'inflammation grave à la base de la langue et d'angine œdémateuse : il succomba. Chez deux autres sujets, le cancer, après avoir paru radicalement guéri pendant plusieurs années, repullula, et fit de nouveaux et funestes progrès. Chez un quatrième, la tumeur n'ayant pas été entièrement enlevée, la maladie se reproduisit rapidement, et au bout de six mois il alla succomber dans un autre hôpital. Mais chez tous les autres l'amputation a été couronnée du succès le plus complet et d'une entière guérison. Chez quelques uns d'entre eux, l'amputation a été faite immédiatement au-devant de la dernière grosse molaire de chaque côté. Tel était le cas d'un homme qui fut présenté, il y a quelques années, à l'Académie royale de médecine, avant l'opération et après la guérison. Chez tous, les deux bouts de la mâ-

choire se sont rapprochés et réunis, par une sorte de cal fort solide.

Jusqu'ici il n'a été question que de l'ablation du corps de la mâchoire par suite d'affections de cette partie de l'os. Mais l'on conçoit que les mêmes maladies se développant fréquemment sur d'autres points, les chirurgiens ont dû chercher à les attaquer par le même moyen. Aussi, enhardis par les succès dont nous venons de parler, ils ne se sont plus contentés de faire l'ablation du menton entre l'ouverture antérieure des canaux dentaires inférieurs : ils ont osé maintes fois scier l'os jusqu'au près de ses branches, et ils l'ont fait avec succès. Par suite de semblables résultats, ils ont été portés à croire qu'ils pourraient enlever, après l'avoir désarticulée, une des moitiés entières de la mâchoire, et déjà cette opération hardie a été exécutée trois fois par M. Mott, de Philadelphie; trois fois en 1825 par M. Cusack, chirurgien de l'un des hôpitaux de Dublin; une fois par M. Gensoul, de Lyon, en 1826; une ou deux fois par M. Græfe, de Berlin; et une fois, en 1829, par M. Lisfranc : en tout, dix désarticulations connues d'une moitié de la mâchoire, pratiquées avec des succès variés. Il y a plus : M. Walther (*Archives gén. de méd.*, t. XIV) et ensuite M. Græfe (*Journ. hebdom.*, t. IV) ont porté la hardiesse jusqu'à enlever la totalité de l'os maxillaire en le désarticulant des deux côtés. M. Walther avait fait préalablement la ligature des deux carotides primitives.

Quoi qu'il en soit, il est évident que les différents sièges et les progrès de la maladie doivent apporter une foule de nuances dans la manière de pratiquer l'opération; elles ont toutes été rattachées aux cinq procédés suivants : 1^o ablation de la partie moyenne du corps de l'os; 2^o ablation de toute sa portion horizontale (ces deux procédés ont été introduits dans la pratique par M. Dupuytren, et nous en avons donné la description); 3^o ablation de l'une des moitiés de sa portion horizontale; 4^o désarticulation d'une moitié de l'os maxillaire; 5^o amputation dans les deux articulations et ablation complète de l'os tout entier. Nous renvoyons, pour les pro-

cédés opératoires suivis dans les trois dernières opérations, aux ouvrages qui en ont donné la description.

AMPUTATION DE LA MACHOIRE SUPÉRIEURE.

Les succès obtenus par M. Dupuytren dans l'amputation de la mâchoire inférieure le conduisirent bientôt à tenter cette opération sur la mâchoire supérieure. L'on ne peut lui refuser la priorité à cet égard, puisqu'en 1818 il la pratiqua sur le vivant, et que plus tard il la simula sur le cadavre, l'état avancé de l'affection ne lui ayant pas permis de l'exécuter pendant la vie. Ces premières tentatives ne furent pas perdues pour la science, car bientôt MM. Gensoul, Blandin et Velpeau osèrent aller plus loin et firent plusieurs fois et avec succès l'ablation complète de l'os maxillaire supérieur. Pour être juste, nous devons dire qu'à MM. Velpeau et Gensoul appartient l'honneur d'avoir rangé cette grave amputation parmi les opérations praticables et réglées.

On verra dans l'observation suivante que M. Dupuytren put emporter avec la voûte palatine du côté gauche, la moitié de la cloison et toute la partie du maxillaire droit située au-dessous du plancher de l'orbite.

Obs. XVIII. — *Carcinome de la paroi inférieure des fosses nasales, de toutes les parties molles du nez, d'une partie de la lèvre supérieure et de l'apophyse palatine des os maxillaires supérieurs. — Amputation. — Erysipèle. — Mort. — Autopsie.* — Vastel (Michel-Raphaël), âgé de soixante-huit ans, cordonnier, entre à l'Hôtel-Dieu, le 23 avril 1818, dans l'état suivant : le lobe du nez, ses cartilages et la peau qui les recouvre sont gonflés, épaissis, durs, d'un rouge terne, surtout à gauche. Le lobe du nez est garni de croûtes à son extrémité; il retombe sur la lèvre supérieure; les deux tiers antérieurs de la cloison cartilagineuse des fosses nasales sont détruits. De tout le plancher de ces fosses s'élèvent des fongosités grisâtres, inégales, dures, ne fournissant jamais de sang; la portion du bord alvéolaire supérieur comprise entre les deux canines est épaissie, ra-

mollie, et laisse vaciller très fortement les deux incisives moyennes. L'incisive droite latérale est un peu moins ébranlée; la latérale gauche est tombée depuis long-temps. De la face antérieure de cette portion du bord alvéolaire naît une tumeur arrondie du volume d'une petite noix à base large, dure, inégale, non douloureuse, recouverte en arrière par la membrane muqueuse de la bouche, en avant par la peau dégénérée de la partie moyenne de la lèvre supérieure. Une fongosité dépendante de cette tumeur est à nu immédiatement au-dessous de la narine gauche, et se continue avec les fongosités des fosses nasales.

Derrière le bord alvéolaire, à l'orifice commun des deux conduits palatins antérieurs, existe une tumeur du volume et de la forme d'une aveline, d'une dureté moindre que celle des os, indolente, si ce n'est pendant la mastication. Le reste de la voûte palatine et la portion des bords alvéolaires qui se trouve au-delà des canines paraissent conserver leur forme et leur dureté ordinaires. Les douleurs se bornent à de légers picotements intermittents et très supportables.

Circonstances commémoratives. — Il y a six ans ce malade arracha les poils qui garnissaient l'ouverture antérieure de la fosse nasale gauche à la partie interne; il s'y forma une croûte qu'il enleva ensuite plusieurs fois par jour; au bout de trois ans, l'arrachement de la croûte devenant impossible à cause de la douleur qu'il occasionnait, le malade s'en abstint. A cette même époque il remarqua que le point sur lequel elle se formait prenait de l'élévation; cette saillie augmenta chaque jour; la surface était inégale. Le gonflement et l'endurcissement des parties molles du nez commencèrent.

Un chirurgien conseilla des lotions avec de l'eau de pavots; elles furent continuées pendant quelque temps; la tumeur continua à s'accroître, et fit enfin une saillie considérable à travers la narine. Elle était alors, dit le malade, dure, noire, indolente, saignait de temps en temps au moindre contact, et pouvait être repoussée dans la fosse nasale. Une ligature fut appliquée et coupa en trois jours les parties qu'elle avait

embrassées. Ce qui tomba égalait le volume du pouce.

Les narines parurent ensuite aussi libres au malade que dans l'état naturel. Quinze jours après il eut à la face un érysipèle qui dura trois semaines. Du vingtième au vingt-cinquième jour de la ligature, il vit de nouveau des fongosités nées de la partie inférieure interne de chaque fosse nasale faire saillie à travers leurs ouvertures. L'érysipèle était alors dans toute sa force, il cessa quinze jours après. De nombreuses excisions furent faites. Un caustique liquide fut appliqué, dit le malade, à plus de trente reprises différentes.

Six mois environ après la ligature, l'incisive latérale gauche commença à s'ébranler; les fongosités avaient acquis un volume considérable et déterminaient quelques douleurs lancinantes. On en fit l'excision, en emportant en même temps la partie antérieure de la cloison du nez, à laquelle elles adhéraient. Les différentes portions fongueuses enlevées cette fois égalaient le volume d'un œuf de poule.

Les douleurs cessèrent; Vastel crut encore une fois être guéri. Huit jours après environ, de nouveaux picotements se firent sentir, et de nouvelles fongosités dures s'élevèrent du plancher des fosses nasales. Chaque jour quelques unes de ces fongosités étaient arrachées; chaque jour elles se reproduisaient. Vers le 15 mars, le malade remarqua à la partie antérieure de la voûte palatine une petite tumeur arrondie, moins dure que celle du palais, indolente excepté lorsqu'il mangeait. Le rebord alvéolaire était gonflé, les deux incisives moyennes vacillaient; dès lors on se contenta de faire des lotions avec de l'eau fraîche. Le mal continua à s'accroître jusqu'à l'entrée du malade à l'Hôtel-Dieu.

M. Dupuytren, à sa clinique, posa les questions suivantes: Quelle était la nature de cette affection? C'était évidemment une affection cancéreuse qui des parties molles primitivement affectées s'était étendue aux os, n'avait jamais cessé de s'accroître, et qui infailliblement causerait la perte du malade si elle était abandonnée à elle-même.

Fallait-il laisser périr cet infortuné, ou devait-on tenter quelque moyen pour le sauver? Nul doute que l'on ne dût

s'arrêter à ce dernier parti, pourvu que les dangers, les douleurs et les inconvénients du remède à employer ne fussent pas plus grands que ceux de la maladie.

Il examina ensuite ce qu'il fallait faire, et résolut la question proposée. Il fallait emporter toutes les parties molles du nez, la moitié antérieure de la voûte palatine, et réséquer les portions de cloison des fosses nasales qui pourraient être malades. Les dangers de cette opération en elle-même dépendaient des accidents primitifs, tels que l'écoulement du sang et la douleur. L'écoulement du sang pouvait toujours être arrêté par la ligature, par la compression, ou par la cautérisation des vaisseaux qui le fournissaient; la douleur, quelque vive qu'elle fût, ne devait pas être plus considérable que celle de beaucoup d'autres opérations que l'on pratique tous les jours; et d'ailleurs elle ne serait pas plus forte que les souffrances qui entraîneraient Vastel au tombeau si la maladie était confiée aux seuls efforts de la nature. D'autres dangers pouvaient résulter d'accidents secondaires, tels que les hémorrhagies consécutives, l'extension de l'inflammation de la plaie à toute la face, les abcès dans cette partie, enfin, l'inflammation de quelque organe intérieur. Ces dangers étaient grands sans doute; mais cependant, en supposant que quelques uns de ces accidents arrivassent, il était probable qu'ils pourraient être combattus. Quant à la gêne et à la difformité, elles dépendraient nécessairement de l'enlèvement des parties molles du nez et de celui d'une portion de la voûte palatine, d'où résultait une communication de la bouche avec les fosses nasales. Cette gêne, cette difformité, n'étaient rien en comparaison de celles que déterminerait l'accroissement du mal, et eussent-elles été plus considérables, elles n'auraient pas encore dû arrêter dans un cas où il s'agissait de la vie du malade.

D'après cet examen, il fut évident que la gêne, les douleurs, la difformité et les dangers attachés à l'opération ne devaient pas être mis en balance avec l'accroissement de la maladie; et que l'opération offrait en faveur de Vastel quelques chances de guérison. Elle devait donc être pratiquée.

Le 29 avril 1818, le malade est conduit à l'amphithéâtre, et assis sur une chaise, la tête portée en arrière est maintenue dans cette position par un aide, qui, embrassant avec les mains les angles du maxillaire inférieur, applique l'extrémité de deux de ses doigts sur le bord inférieur de cet os, immédiatement au-devant de l'insertion du muscle masséter pour comprimer les artères faciales. M. Dupuytren introduit l'indicateur gauche dans l'ouverture antérieure commune des deux fosses nasales et le glisse derrière les parties molles du nez qu'il soulève, plonge la pointe d'un bistouri dans le cartilage nasal sur la ligne médiane, puis, suivant tous les contours du bord inférieur de l'os gauche du nez et de l'apophyse montante du maxillaire du même côté, et promenant ensuite son bistouri sur les mêmes parties du côté droit, enlève en deux coups les cartilages du nez, les parties molles qui les recouvrent. Une artériole fournit du sang; elle ne peut être liée, on la cautérise.

La partie moyenne de la lèvre supérieure est comprise entre deux incisions qui, du bord antérieur des apophyses montantes des maxillaires, descendent au bord libre de la lèvre supérieure en se rapprochant un peu; les lambeaux externes sont disséqués de chaque côté. Deux traits de scie, commencés en dehors des incisives latérales, sont dirigés de manière à se réunir sur la ligne médiane à l'union des deux tiers antérieurs du plancher des fosses nasales avec son tiers postérieur. La scie employée ressemblait à une lame de couteau assez mince, sur le dos de laquelle on aurait pratiqué des dents. Cet instrument parvient très facilement du côté gauche jusqu'au point vers lequel il est dirigé. A droite, au contraire, il tombe sur l'incisive latérale droite laissée en place, et est arrêté par elle. La section est achevée avec la gouge et le maillet. M. Dupuytren remarque alors que dans la fosse nasale gauche existe une fongosité arrondie, dure et du volume d'une grosse aveline; il la saisit avec des pinces, reconnaît qu'elle appartient à la masse enlevée, et l'extrait.

Une petite lame osseuse, inégale, étroite, large de trois à