

Obs. CDLX. — *Déchirure du périnée. Gangrène des grandes lèvres. Désinfectants locaux. Toniques à l'intérieur. Guérison des plaies.* — Chapote (Marguerite), dix-huit ans, ouvrière en dentelles, entre le 9 mars 1874. Elle est pâle, maigre, anémique. Sa mère est morte phthisique. Réglée à onze ans et demi, elle a toujours vu régulièrement.

Accouchée pour la première fois, le 20 février dernier, à l'hôpital des Cliniques. L'accouchement a été facile, dit-elle; on n'a point employé le forceps; toutefois, le périnée a été déchiré. Les suites ont été bonnes. Au bout de dix jours, elle a cependant ressenti de la cuisson et des élanements dans les grandes lèvres qui se sont tuméfiées, sans devenir douloureuses à la pression. Tous les soirs elle était prise vers quatre heures d'un accès de fièvre qui s'est renouvelé pendant vingt jours successifs. On a prescrit des cataplasmes et du vin aromatique.

Bientôt le gonflement a diminué, mais la douleur s'est accrue. Les téguments de la face interne des grandes lèvres ont pris peu à peu une coloration noire et sont tombés par plaques. La suppuration s'est faite abondamment et n'a commencé à diminuer qu'à mesure que les plaques tombaient.

Sur trente malades que contenait la salle d'accouchement, douze ont été atteintes d'une pareille affection. La malade sortit avant que la guérison fût complète. Elle resta quatre jours chez elle, et revint ensuite à Saint-Louis.

Les grandes lèvres sont le siège d'un écoulement purulent assez abondant; elles sont très-douloureuses au toucher. L'œdème a diminué, mais sur la face interne on voit des ilots qui offrent l'aspect d'eschares en voie d'élimination. Leurs bords sont secs, mortifiés et soulevés dans une certaine étendue.

Le périnée a été rompu, et la rupture s'étend vers l'anus sans cependant intéresser le sphincter.

11 mars. La malade est toujours prise de sa fièvre vers quatre heures du soir; cet accès dure une heure et demie. Elle mange très-peu et a de l'insomnie à cause de la cuisson qu'elle ressent sur les parties malades. On applique des compresses d'eau phéniquée et on donne le sirop d'iode de fer et le vin de quinquina.

15. La suppuration a beaucoup diminué; l'aspect de la plaie est meilleur; on ne voit plus de parties sphacélées.

La malade a repris son appétit; elle sent revenir ses forces et peut marcher. Elle quitte le service le 18 mars.

Obs. CDLXI. — *Déchirure ancienne du périnée. Périnéorrhaphie. Accidents nerveux. Érysipèle. Guérison.* — Caillot (Marie), quarante-neuf ans, sans profession, entre le 4 juin 1874. Mariée à seize ans, elle eut

l'année suivante un accouchement très-difficile. Les grandes douleurs durèrent au moins vingt-quatre heures, et il fallut employer le forceps pour terminer l'accouchement. Il se fit alors une large déchirure périnéale. Elle a eu, depuis lors, six accouchements dont un gémellaire. Tous se sont accomplis sans difficulté. La rupture s'est faite dans la totalité du périnée.

Il existe un large hiatus qui s'étend de la vulve à l'anus. Cette malade a en même temps une rectocèle, une cystocèle et un prolapsus utérin. La marche est difficile et douloureuse. On n'a pas cherché jusqu'ici à remédier à ces accidents, parce que la malade ne sachant pas qu'une opération était praticable n'avait jamais songé à se soumettre à un traitement. Elle l'a appris accidentellement en se faisant examiner pour une tumeur abdominale dont elle se croyait atteinte, et sur le compte de laquelle elle mettait tous les accidents qu'elle éprouvait. (Cette malade est névropathe à un très-haut degré.)

6 juin. Avivement des deux bords de la déchirure; on enlève le tissu cicatriciel aussi largement que possible, en ayant soin de ménager les couches sous-jacentes qui sont très-vasculaires.

Réunion des surfaces avivées, suivant notre procédé, au moyen de onze fils métalliques: six profonds et cinq superficiels placés dans l'intervalle des premiers. Les fils profonds sont passés au moyen des aiguilles à courbure appropriée, qui ont été construites sur nos indications par M. Guéride. Elles sont montées sur un manche construit spécialement pour la périnéorrhaphie.

7. A passé une très-mauvaise nuit. Est très-agitée. La peau est chaude. Souffre beaucoup de sa plaie.

9. A souvent des secousses nerveuses avec convulsions des membres, contractions fréquentes des mâchoires et grincements de dents. La voix est saccadée. P = 104. A pris hier un peu de bouillon et de la viande crue. Une sonde à demeure est placée dans la vessie; une autre dans le vagin pour faciliter les injections: chloral à l'intérieur.

12. A passé une bonne journée hier, mais n'a pu dormir un instant cette nuit. Ce matin elle souffre plus qu'hier et elle éprouve encore des mouvements convulsifs. La peau est chaude, le pouls fréquent. Pas d'appétit.

14. Langue sale. Bouche sèche et pâteuse. Même fréquence du pouls. A eu du délire dans la nuit. N'a pu dormir malgré les deux pilules d'opium qu'elle a prises. Pas de garde-ropes depuis huit jours. A pris un potage et un peu de poulet. — Bromure de potassium, 4 gr.

17. Une rougeur érysipélateuse apparaît sur la cuisse droite qui est tendue, luisante et sensible; les ganglions de l'aîne sont pris. La plaie est douloureuse et sèche.

20. P = 96, mou et dépressible. Fièvre dans la nuit. Cauchemar. La figure est moins animée que de coutume. La bouche est toujours pâteuse.

L'érysipèle a presque disparu. Il a été du reste assez bénin. Souffre beaucoup de sa plaie, mais la pression sur les grandes lèvres est moins pénible.

22. Plus de traces de l'érysipèle. Moins de mouvements convulsifs.

24. La réunion par première intention est complète. On enlève les fils métalliques; on laisse en place le fil le plus près de la vulve. Plus de fièvre, mais l'appétit et le sommeil sont lents à revenir.

28. On enlève le dernier fil métallique. Toujours peu de sommeil et d'appétit. Cependant la malade se sent mieux et plus forte.

4 juillet. Sort de l'hôpital complètement guérie.

Obs. CDLXII. — *Fistule intéressant la vessie, la paroi antérieure du vagin, le corps de l'utérus et la lèvre antérieure du col. Occlusion du vagin. Guérison.* — Metz... (Anne), trente-sept ans, couturière, entre à l'hôpital le 16 décembre 1874, se plaignant d'incontinence habituelle d'urine.

Elle paraît de bonne constitution. Rien dans ses antécédents ne permet de supposer l'existence d'une diathèse héréditaire ou acquise. Régulée pour la première fois à seize ans, elle l'a toujours été régulièrement depuis cette époque. Bassin étroit. Première grossesse à trente-six ans. Accouchement difficile après un travail de longue durée (assistée par une sage-femme). C'est depuis ce temps que la malade est atteinte de l'infirmité pour laquelle elle entre à l'hôpital. On la trouve dans l'état suivant : les grandes lèvres, la racine des deux cuisses et leur face interne, dans une étendue de quatre travers de doigt, présentent une coloration d'un rouge violacé, livide par places. Cette rougeur est due à l'irritation produite par le contact permanent de l'urine. Il n'y a toutefois ni éruption ni ulcération. La malade se plaint d'une sensation de chaleur et de prurit continu sur les téguments. Au voisinage de l'ouverture vulvaire, on trouve de petits dépôts calcaires incrustés sur la peau.

Par le toucher vaginal, on n'acquiert que des renseignements insuffisants sur la fistule. On s'aperçoit seulement que la paroi antérieure du vagin est déprimée par la vessie qui vient faire saillie à ce niveau, et constituer une cystocèle vaginale incomplète. La paroi postérieure est également déprimée par le rectum dilaté. Il y a entre les saillies rectale et vésicale un véritable aplatissement du vagin qui est réduit à une sorte d'orifice frubané. A l'aide d'un large spéculum bivalve, on reconnaît que la lèvre antérieure du col utérin, sans être entièrement détruite, présente une fissure linéaire, irrégulière et anfractueuse. La paroi antérieure du vagin est intéressée dans une étendue de 1/2 centimètre. Cette fissure s'arrête dans l'épaisseur de la lèvre antérieure du col et il est impossible de faire pénétrer par là une sonde jusque dans sa cavité. Par contre, en introduisant une sonde dans l'utérus par l'orifice normal du museau de

tanche, on peut la sentir avec l'extrémité d'une autre sonde introduite dans la vessie. On en conclut que la fistule intéresse la vessie, la paroi antérieure du vagin au niveau de son insertion supérieure; le corps de l'utérus à son union avec le col et la lèvre antérieure de ce dernier, mais seulement dans une partie de son épaisseur; de sorte que l'urine passe en même temps directement dans le vagin et dans la cavité du corps de l'utérus.

26 décembre. Occlusion du vagin.

[Voir les considérations qui suivent.]

27. Disparition complète de l'incontinence d'urine. Pas de réaction fébrile. État général, appétit très-satisfaisants.

31. Enlèvement de deux fils.

10 janvier. On enlève de nouveaux fils.

22. On retire les deux derniers fils; ils ont coupé la muqueuse. Malgré cela, l'oblitération est complète, et l'urine sort par sa voie naturelle, sans le secours de la sonde. Il n'y a plus aucune irritation sur les cuisses et les organes génitaux externes.

La malade quitte l'hôpital.

CONSIDÉRATIONS SUR CE CAS

La fistule vésico-utérine constitue une infirmité répugnante; elle expose les malades à tous les inconvénients d'une irritation continuelle des organes génitaux externes et de la peau des cuisses, aux phlegmons circonscrits, aux érysipèles. Par conséquent, sans menacer la vie, elle contribue à la rendre insupportable, et devient parfois la cause prochaine d'un danger grave. Il faut donc y remédier quand on le peut.

L'occlusion du vagin à la partie supérieure est le traitement le plus sûr et le plus rationnel. On doit toutefois reconnaître que cette opération présente un inconvénient très-sérieux : elle amène fatalement la stérilité. Il est peu probable qu'une grossesse pût suivre chez cette femme son évolution normale et aboutir à un accouchement heureux. La certitude de stérilité ne nous paraît pas une raison suffisante pour que nous nous dispensions de remédier à un état plus que désagréable, et qui peut à un moment donné mettre en péril la vie de la malade.

Lorsque l'oblitération du vagin est complète, le sang mens-

truel passe aisément par la vessie, et les malades ne se plaignent jamais de dysménorrhée.

Le manuel opératoire comprend deux temps principaux également importants :

1° Avivement pratiqué sur toute la circonférence du vagin, à 1 centimètre en avant du col ;

2° Sutures métalliques assez rapprochées pour maintenir affrontées les parties avivées.

Nous prenons pour exécuter l'opération les précautions suivantes :

1° La malade est endormie par le chloroforme ;

2° On la couche sur le lit à opération sur le côté gauche, la tête et la poitrine portées en avant, la jambe gauche allongée, la droite fléchie, le bras droit maintenu dans l'élévation, afin que par son poids il ne mette point obstacle aux mouvements respiratoires. On reporte le bassin un peu en arrière, afin que le fond du vagin soit bien éclairé et placé directement en face de l'opérateur.

La vulve est maintenue dans l'écartement par les doigts d'un aide.

Afin d'obtenir le déplissement complet de la muqueuse vaginale, on introduit un long spéculum de Sims, et avec une simple valve de Jobert, on peut compléter la dilatation.

3° Pour l'avivement, on se sert de pinces convenables et d'un bistouri courbe. Tous les instruments dont nous nous servons pour ces sortes d'opérations ont été faits ou modifiés sur nos indications, de manière qu'ils aient une très-grande longueur. Sans cette précaution, les mains de l'opérateur, placées trop près de la vulve, l'empêcheraient de suivre l'action de ses instruments. On trace d'abord, avec ce bistouri, la ligne selon laquelle doit se faire l'avivement. Dans un second temps on avive plus profondément en commençant par la partie déclive. On a soin, en plaçant une pince hémostatique aussitôt qu'arrive un peu de sang, d'éviter toute hémorrhagie qui empêcherait de bien voir au fond du vagin.

4° Pour la suture, nous employons des aiguilles de diverses courbures et le chasse-fils ordinaire. Pour bien fixer la paroi vaginale et l'empêcher de fuir au moment du passage des fils, on passe le premier à peu près sur la ligne médiane et de façon qu'il ne comprenne que la paroi antérieure. Pendant le reste de l'opération ce fil sert, de même que ceux qui sont placés près de lui, à la fixer et à la maintenir tendue. Le côté opposé est également tendu au moyen d'une pince afin d'empêcher qu'il ne s'enroule. On fait passer neuf fils métalliques, tordus au moyen du serre-nœud de M. Denonvilliers.

L'opération dure une heure en tout.

5° Nous plaçons ensuite une sonde à demeure maintenue à l'aide d'une rondelle de liège et de deux sous-cuisses élastiques.

Nous nous servons depuis une quinzaine d'années de sondes en caoutchouc ainsi maintenues pour remplacer les sondes métalliques, et nous en avons retiré les meilleurs effets pour fixer les sondes à simple ou double courant destinées à faciliter l'écoulement de l'urine ou même du pus des abcès pelviens par le fond du vagin.

Obs. CDLXIII. — *Absence de vagin. Formation d'un vagin artificiel. Érysipèle. Guérison.* — Richier (Marguerite), vingt-cinq ans, entre le 27 mai 1874.

Personne d'une forte constitution, ayant les traits assez gros, les seins peu développés et un aspect général masculin. Elle présente une imperforation partielle du vagin.

La malade n'a jamais été réglée, mais depuis l'âge de douze ans, elle éprouve tous les mois des douleurs dans le ventre et les lombes. Ces douleurs, qui reviennent par accès périodiques, sont atroces et durent quatre à cinq jours.

A son entrée dans le service, elle présente les phénomènes suivants : Les grandes et les petites lèvres ont leur développement normal, mais au-dessous des petites lèvres existe un cul-de-sac qui ne laisserait pas introduire un crayon. L'urèthre est fortement élargi. Il n'est pas possible de se rendre un compte exact de la position et du développement de l'utérus. Le toucher rectal donne l'idée d'un utérus très-petit, très-peu développé. Si l'on introduit une sonde dans la vessie et un doigt dans le rectum, on constate que l'espace intermédiaire est très-petit ; la vessie est portée en arrière.

Au moment de la période menstruelle, l'utérus n'augmente pas sensiblement de volume.

30 mai. On tente de faire un vagin artificiel pour arriver jusqu'à l'utérus. Il est difficile de diviser la paroi recto-vésicale et de se frayer une route sans pénétrer dans les cavités rectale ou vésicale. Il faut en outre atteindre le col de l'utérus, éviter de laisser une paroi muqueuse trop mince qui produirait une eschare, et par suite une fistule vésico- ou recto-vaginale.

L'opération est faite avec le bistouri. On agrandit d'abord le cul-de-sac. Toutes les incisions sont pratiquées dans le sens transversal, et, grâce à de nombreuses pinces hémostatiques, la perte de sang est insignifiante.

L'opérateur se guide plutôt sur le doigt placé dans le rectum que sur le cathéter introduit dans la vessie; on élargit sur les côtés. On arrive ainsi sur le col de l'utérus qui est peu volumineux, et ne présente rien de particulier.

Les jours qui suivent l'opération la température axillaire ne dépasse pas 38°,5. Le pouls reste à 100 pendant deux jours pour tomber ensuite à 96, 90, 86. De grosses mèches cératées introduites dans le vagin nouvellement formé constituent le pansement local. On laisse dans la vessie une sonde à demeure pour que l'urine venant à s'écouler n'irrite pas la plaie. Bon appétit. Sommeil bon. Rhum, 250 gr. Sulfate de quinine, 0^{gr},50.

Le 1^{er} juillet la malade éprouve des douleurs semblables à celles qui apparaissent avant l'opération (c'est en effet l'époque menstruelle); mais aucun écoulement de sang ne se produit. Ces douleurs disparaissent au bout de cinq jours.

24. Même pansement local. La muqueuse du vagin artificiel s'est bien formée sur toute son étendue, excepté sur un petit point situé au fond du vagin et qui suppure encore. Un ganglion de l'aîne s'est engorgé depuis quelques jours et suppure. Pansement avec le vin aromatique. Traitement général reconstituant.

28. L'adénite suppure moins; appétit bon et sommeil. Le pouls reste à 90. TA. 38,6.

1^{er} août. Rougeur érysipélateuse à la racine de la cuisse près de l'adénite. La malade a eu hier soir un peu de fièvre et un petit frisson. Le matin, P = 96. T. 39.

2. Purgatif. La rougeur s'accroît, mais ne dépasse pas les premières limites.

3. Elle s'étend le long de la cuisse avec un peu d'œdème du membre. P = 96. T. 39.

4. Même état. Badigeonnage avec le mélange à parties égales d'éther et de térébenthine.

6. La malade n'a pas eu de nouveaux frissons. L'érysipèle se limite.

8. La rougeur est moins vive. P = 90. T. 38,9.

10. L'érysipèle diminue de plus en plus. L'appétit et le sommeil reviennent. Disparition complète des accidents dus à l'érysipèle.

Au mois de septembre la cicatrisation complète du vagin est obtenue. Ce conduit a un diamètre à peu près normal; sa longueur est de 7 cent. 1/2.

La malade part pour le Vésinet le 15 septembre.

Obs. CDLXIV. — *Kyste de la glande vulvo-vaginale. Repos. Incision. Amélioration.* — Brun (Marie), vingt-quatre ans, entre le 20 novembre 1874 pour une tumeur kystique de la glande vulvo-vaginale. Cette tumeur, molle, fluctuante, est de la grosseur d'une châtaigne. La peau et la muqueuse ont leur couleur et leur température normales. La malade accuse un sentiment de gêne plutôt que de la douleur. Il y a un an, la tumeur apparut une première fois et avec les mêmes symptômes. Elle céda après quelques jours de repos. Jamais il n'y a eu de phénomènes inflammatoires. La tumeur est ouverte avec le bistouri. Pansement à plat.

La malade reste huit jours dans le service, et sort guérie le 27 novembre.

Obs. CDLXV. — *Kyste de la glande vulvo-vaginale. Ponction. Drainage. Guérison.* — Bordeaux (Marie), quarante-sept ans, couturière, entre le 9 février 1874. Régliée pour la première fois à quinze ans et demi, toujours régulièrement. Trois accouchements, dont le dernier a été rendu difficile par la présence de la tumeur.

Il y a seize ans, elle vit apparaître une tumeur de la grosseur d'une noisette, qui n'occasionnait ni gêne, ni douleur. Située à droite près de la vulve, cette tumeur est restée stationnaire pendant dix ans. Elle a ensuite grossi, et a mis trois à quatre ans pour acquérir le volume d'un œuf de pigeon.

En 1870, la malade s'étant livrée à des travaux pénibles, la tumeur, devenue plus volumineuse, s'est avancée jusqu'à la base de la grande lèvre droite, tout en restant indolente. En quatre ans, elle a atteint le volume du poing. Depuis six mois la malade a ressenti des douleurs sourdes, mais continuelles; elle éprouvait parfois des élancements. La marche était très-pénible; elle souffrait beaucoup pendant huit jours, puis survenait une période de rémission qui durait quinze jours.

Au moment de son entrée dans le service, on voit sur la grande lèvre droite une tumeur non transparente, recouverte en dedans par la muqueuse du vagin, en dehors par la peau et siégeant au-dessous du muscle constricteur. Cette tumeur est de forme ovoïde; l'extrémité postéro-inférieure est la plus grosse. Le kyste est mobile en tous sens, excepté du côté de la grande lèvre. Il est très-nettement fluctuant; il n'est pas réductible, et n'a pas de prolongements.

On place un tube à drainage vers la partie supérieure de la tumeur au voisinage du canal de Bartholin. Le liquide qui s'écoule est vert brun, rempli de cholestérine. Il ressemble au méconium. Il contient une proportion considérable de globules sanguins décomposés.

21 février. Fièvre très-forte de sept heures du soir à trois heures du matin; pas de sommeil; la langue est blanche, l'appétit nul. La malade ne peut uriner sans être sondée; urine sanguinolente. Pas de suppuration. Alcool, sulfate de quinine, 25 centigr.; cataplasmes; extrait thébaïque, 5 centigr.

22. Nouvel accès de fièvre à la même heure qu'hier; accuse ce matin quelques élancements dans la grande lèvre droite qui est très-douloureuse.

24. Même état; la suppuration s'établit faiblement: eau de Sedlitz.

26. Se trouve mieux, la fièvre a été beaucoup moins forte; l'appétit revient; urine seule, mais la miction est douloureuse et s'accompagne d'une sensation de brûlure. Constipation opiniâtre. Lavement laxatif.

28. Le gonflement a un peu diminué, mais la grande lèvre est toujours dure et très-douloureuse.

5 mars. Même état local; la suppuration peu abondante; le gonflement a diminué d'une manière sensible, l'appétit est assez bon.

13. Frisson hier soir. Ce matin la peau est chaude et humide. P = 78; céphalalgie violente; anorexie. Pas de nouveaux phénomènes locaux, la grande lèvre est redevenue souple: elle est moins douloureuse. Ipéca, sulfate de quinine.

16. Toujours un peu de céphalalgie. Palpitations. Pas de nouveaux frissons.

21. État général satisfaisant. On enlève le tube de caoutchouc.

25. La grande lèvre droite est redevenue sensible à la pression; le gonflement a repris. Sentiment de cuisson pendant la miction. L'urine est rouge et sédimenteuse. P = 72. La malade voulant quitter l'hôpital, on replace un drain qu'elle gardera tant que dureront la suppuration et l'induration actuelles.

Obs. CDLXVI. — *Kyste de la glande vulvo-vaginale. — Drainage. — Guérison.* — Guillaumé (Joséphine), quarante-neuf ans, entre le 11 novembre 1874. Femme d'une forte constitution, d'une santé générale satisfaisante, sans antécédents pathologiques.

Elle présente une tumeur faisant saillie à la vulve, et qu'on avait prise d'abord pour un prolapsus utérin. Cette tumeur ressemble à un kyste de la petite lèvre, mais elle se dirige vers la fourchette. Elle est allongée, du volume d'un petit œuf, dépasse d'environ 1 centimètre l'orifice de la vulve. Elle est pâle sur la plus grande partie de sa surface, sauf vers son extrémité antérieure où elle présente un petit point plus rosé que le reste.

Vers la fourchette, on sent par le toucher un bourrelet circulaire qui semble entourer une perforation de la paroi du vagin, mais il n'y a en réalité qu'un diverticulum du kyste. En écartant les lèvres et en appuyant sur les deux extrémités, on découvre une fluctuation manifeste sans réductibilité. La tumeur est indolente et ne présente pas de traces d'inflammation.

Son début remonte à six mois; elle avait d'abord le volume d'une noisette et a grossi progressivement.

14 novembre. On pratique une ponction avec le trocart. Elle donne issue à un liquide épais, couleur chocolat, mélangé d'une assez grande quantité de grumeaux de pus sans cholestérine. On fait une contre-ponction à la partie déclive et on passe un drain qui sert à faire des lavages simples d'abord, iodés ensuite.

La santé ne subit aucune influence fâcheuse de l'opération.

Le tube à drainage est laissé en place, et l'on continue les lavages iodés. On le retire au bout de huit jours, et l'oblitération complète de la poche kystique est obtenue le quinzième jour. La malade quitte le service le 27 novembre.

CHAPITRE XI

MALADIES DES RÉGIONS.

§ I

TÊTE.

21 observations. — Nous les rapportons suivant les régions : une est relative au cuir chevelu, une à la région temporale, une à la queue du sourcil, trois au nez, six aux lèvres, deux à la joue, sept à la région massétérine.

La tumeur du cuir chevelu que nous avons enlevée était un épithélioma pavimenteux (voy. obs. CDLXVII) ; elle présentait cette particularité qu'elle s'était développée à l'âge de quarante-huit ans seulement dans une loupe que la malade portait depuis l'enfance ; la mort survint le treizième jour à la suite d'une série de circonstances déplorables. Cette opérée contracta un léger érysipèle de la face et du cuir chevelu ; on la plaça dans notre salle d'isolement et dès le lendemain une pneumonie du côté droit se déclara. Peut-être la malade avait-elle éprouvé un refroidissement pendant le transport ; la chose est d'autant plus probable que ce jour-là (1^{er} décembre 1874), la température était très-basse ; toujours est-il que la mort arriva quatre jours plus tard.

Le cancroïde de la région temporale fut guéri complètement au bout de deux mois par des applications répétées de pâte de Canquoin (obs. CDLXVIII).

Nous ne donnons qu'une observation de kyste de la queue du sourcil et pourtant nous en avons enlevé un très-grand nombre. La plaie étant peu étendue, il arrive très-souvent que les ma-

lades, comme ceux qui portent des loupes du cuir chevelu, n'entrent pas à l'hôpital et retournent chez eux ; de cette façon un grand nombre d'observations n'ont pu être recueillies. En revanche, nous donnons à la suite du cas que nous publions quelques considérations que nous avons souvent répétées dans nos leçons.

Les tumeurs du nez enlevées sont au nombre de trois, deux cancroïdes dont l'un occupait l'aile gauche et fut guéri temporairement par le chlorate de potasse (voy. obs. CDLXXI) ; l'autre, l'extrémité antérieure ; nous l'enlevâmes avec le bistouri et la plaie guérit sans difficulté ; un petit fibrome papillaire de l'aile gauche fut enlevé également avec le bistouri chez un enfant de douze ans. (obs. CDLXX).

Toutes les personnes entrées pour des maladies des lèvres avaient des cancroïdes, à l'exception d'une seule qui n'avait qu'un gros furoncle de la lèvre supérieure. Deux cancroïdes seulement étaient opérables (obs. CDLXXIV et CDLXXV) ; tous deux furent enlevés et les malades guérirent.

Les trois autres étaient à une période trop avancée pour qu'on pût songer à intervenir. Celui du malade de l'observation D avait été déjà enlevé deux mois avant son entrée par la ligature au moyen du fil ordinaire ; il récidiva dans le ganglion sus-hyoïdien médian, et tous les ganglions du cou furent envahis avec une rapidité foudroyante.

Nous ne rapportons que deux observations d'affections des joues :

1° Un kyste sébacé du sillon naso-jugal droit enflammé au moment de l'entrée du malade dans nos salles ;

2° Un cancroïde dont nous fîmes l'ablation et qui n'a pas récidivé.

Des huit observations relatives à la région massétérine, cinq ont trait à des adénites consécutives à des affections dentaires et développées dans les ganglions sous-maxillaires et dans celui que l'on trouve au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure. Trois d'entre elles guérirent par la ponction et le drainage, une par la simple application de cataplasmes, une