

le toucher ne peut plus ordinairement le faire sentir. Les suites de cette opération sont extrêmement simples ; ordinairement l'écoulement de sang est très-moderé, et s'arrête de lui-même au bout de quelques heures. M. Dupuytren n'a été qu'une fois obligé de recourir au tamponnement pour remédier à un suintement assez abondant qui donnait quelques inquiétudes, et les suites de son opération n'en ont pas été moins heureuses. La malade se trouva sur-le-champ débarrassée des écoulemens blancs et des pertes qui la fatiguaient ; et, au bout de quelques jours, elle fut complètement rétablie. Cette méthode, lorsqu'on la pratique suivant le procédé de M. Dupuytren, a donc de grands avantages sur la ligature, la seule qu'on lui préfère encore assez généralement aujourd'hui ; elle est beaucoup plus prompte, puisqu'elle débarrasse incontinent les malades, tandis qu'il faut toujours plusieurs jours pour qu'une ligature, quelque serrée qu'on la suppose, puisse couper le pédicule du polype ; elle est plus facile, car on peut toujours amener un polype au dehors de la vulve, et, une fois là, il est toujours aisé d'en pratiquer la résection ; elle est applicable à un plus grand nombre de cas, puisqu'elle s'applique aussi bien aux polypes utérins volumineux et adhérens qu'aux autres, tandis que la ligature ne peut être appliquée qu'aux polypes libres et d'un médiocre volume ; enfin, elle a des suites beaucoup plus favorables, puisque les malades sont préservées de l'inflammation locale, et surtout des affections graves que provoquent presque nécessairement l'action lente de la ligature et les écoulemens abondans et fétides que fournit la tumeur en putréfaction. Nous ajouterons qu'elle est applicable même aux polypes qui sont encore renfermés dans la matrice ; car nous avons vu M. Dupuytren, dans un cas de ce genre, placer un *speculum uteri* dans le vagin, inciser en haut et en bas l'orifice de col de l'utérus, dont les lèvres effa-

cées formaient une ouverture circulaire, à bords minces, de la grandeur d'une pièce d'un franc, à travers laquelle on distinguait le corps du polype ; saisir la tumeur avec une pince de Museux, l'attirer au dehors, et en couper le pédicule avec autant de facilité que si, depuis long-temps, elle eût été contenue dans le vagin.

Lorsque le polype a acquis avant de sortir de la matrice un volume tel qu'ensuite il ne peut plus descendre que difficilement le petit bassin, on a conseillé d'appliquer le forceps pour l'aider à franchir le détroit supérieur de cette cavité. Ce procédé, exécuté par Herbiniaux et plusieurs chirurgiens recommandables, a réussi et devrait être mis en usage dans les mêmes circonstances.

Les polypes qui naissent du vagin doivent aussi être retranchés quand ils sont assez peu volumineux pour permettre l'introduction d'un spéculum à l'aide duquel on puisse voir le pédicule et y appliquer l'instrument tranchant. Mais on sent que, dans les autres cas, il serait souvent impossible et même dangereux d'attirer au dehors la tumeur qui ne pourrait être abaissée qu'en entraînant avec elle le vagin ; ainsi la ligature est alors seul le moyen applicable.

ORDRE QUATRIÈME.

FONGUS.

Des fongus en général.

On appelle ainsi des tumeurs ordinairement douloureuses, à surface inégale, charnues, spongieuses, rouges, d'une consistance variable mais en général assez faible pour se laisser déchirer avec facilité, et dont les caractères les plus marqués sont de fournir quand on les divise, beaucoup de sang qui s'écoule en nappe de toute la surface de la solution de continuité, et de repulluler avec une grande activité quand on ne les a détruites qu'en partie.

Le tissu fongueux succède souvent à d'autres tissus également morbides. C'est ainsi qu'on le voit se développer à la surface des plaies, à l'orifice des conduits accidentels, dans l'intérieur d'un os carié; c'est encore ainsi que la texture des productions fibreuses (voyez *Polypes*) passe à l'état fongueux dans toutes les parties de ces tumeurs qui sont exposées au contact de l'air, etc.

D'autres fois les fungus sont primitifs, c'est-à-dire qu'ils se développent aux dépens des tissus sains; ils peuvent alors naître dans toutes les parties du corps; mais on les observe plus souvent à la surface des membranes muqueuses et à celles des membranes fibreuses, que partout ailleurs: ils sont alors souvent pédiculés comme les polypes.

Les causes des fungus sont inconnues; tout ce que l'on peut avancer, c'est qu'elles sont, en général, irritantes; car c'est, en général, sous l'influence d'agens irritans, que les plaies, les polypes, les cancers ulcérés passent à l'état fongueux. Cependant cette règle n'est pas sans exception.

La dégénération fongueuse a plusieurs degrés.

Le plus simple, c'est-à-dire le moins avancé, est celui qui se fait remarquer sur les plaies en suppuration, est qui constitue ce que l'on a appelé les fongosités des plaies. Celles-ci se présentent sous forme d'excroissances charnues, qui ne paraissent être qu'un développement extraordinaire et déréglé des bourgeons cellulaires et vasculaires qui constituent la surface suppurante (*caro luxurians*). Si elles dépendent de l'abus des applications excitantes, elles sont rouges et douloureuses; si au contraire elles sont dues à l'usage trop prolongé des topiques émolliens, ce qui arrive quelquefois, elles sont pâles, mollasses et blafardes. Quand la cause qui les entretient agit pendant fort long-temps, elles peuvent acquérir un volume assez considérable; et tandis que leur base s'allonge

sans prendre de largeur, leur sommet s'épanouit en forme de champignon: c'est ce qu'on voit, par exemple, à la surface de certains vésicatoires anciens. Dans tous ces cas, le produit de la suppuration est abondant, ténu, et quelquefois sanieux et fétide.

Lorsque les fongosités se développent sur certains autres tissus morbides, ils reçoivent de cette alliance des caractères mixtes et quelquefois un surcroît d'activité. C'est ainsi que l'on voit la surface de certains cancers ulcérés se couvrir de végétations mollasses, grisâtres, ou d'un rouge brun, répandant spontanément, ou à l'occasion du moindre contact, une quantité considérable de sang, exhalant une suppuration ichoreuse et fétide, si friables, qu'elles se détachent souvent en partie d'elles-mêmes; mais qui, soit qu'on les détruise, soit qu'elles se soient séparées spontanément, repullulent avec une activité extraordinaire, au point que quelques heures suffisent, dans certains cas, pour reproduire ce qui a été détruit (*cancer mou*, ou *fongus hématodes* des Anglais). D'autres fois cependant ces végétations cancéreuses présentent un aspect qui les rapproche davantage des bourgeons charnus ordinaires. C'est ainsi, par exemple, qu'après l'ablation d'une tumeur cancéreuse quelconque, la récurrence du mal est ordinairement annoncée par des fongosités rouges, quelquefois légèrement violacées, qui s'élèvent du fond de la plaie et s'opposent à sa cicatrisation. L'aspect de ces végétations naissantes est quelquefois si semblable à celui des bourgeons charnus qui recouvrent le reste de la plaie, qu'on ne les remarque pas d'abord; cependant, si on les touche, on les sent déjà dures et résistantes: mais bientôt tous les doutes sont levés; car elles deviennent douloureuses, font des progrès rapides, et revêtent les caractères que nous avons indiqués, et auxquels il est impossible de les méconnaître.

Dans tous ces cas, le développement du tissu fongueux est influencé par celui des tissus morbides sur lesquels il se trouve en quelque sorte enté. Ce n'est donc que quand il se développe tout-à-fait spontanément, qu'il revêt les caractères qui lui sont propres.

Les fungus spontanés se présentent sous forme de tumeurs plus ou moins dures, ordinairement mollasses, présentant même une apparence trompeuse de fluctuation, tumeurs dont les progrès sont lents, et qui, lorsqu'elles sont sous-cutanées, n'altèrent que très-tard la couleur de la peau. Quand elles siègent dans le tissu cellulaire, elles sont aussi pendant longtemps mobiles et isolées de toutes parts; ce n'est que quand elles se développent aux dépens du derme ou de quelque organe immobile, comme le périoste ou les ligamens articulaires, qu'elles sont fixes dès leur début. Par la suite, ces tumeurs s'amollissent davantage; elles finissent par adhérer à la peau, qui rougit, s'enflamme et se détruit, et à travers l'ouverture de laquelle on aperçoit le tissu du fungus, reconnaissable aux caractères que nous avons indiqués. Dès lors, la maladie fait des progrès plus rapides; ordinairement elle devient douloureuse, et chaque fois qu'on la détruit, elle se reproduit avec promptitude, et tend incessamment à s'accroître. Les tumeurs fongueuses qui font saillie à la surface des membranes muqueuses font de meilleure heure reconnaître leur couleur rouge et leur nature vasculaire; quelquefois elles sont pédiculées comme les polypes.

De même que ceux-ci, les fungus se présentent avec des degrés variables de consistance; quelques uns ont un tissu rare; le tissu des autres est au contraire dense et serré: ils ont alors une force d'expansion analogue à celles des polypes fibreux, et qui est telle, qu'ils écartent et disjoignent de force les tissus au milieu desquels ils se développent.

Les dissections des fungus y font reconnaître une trame celluleuse ou fibro-celluleuse plus ou moins condensée ou raréfiée, et abondamment pourvue de vaisseaux capillaires sanguins très ténus. Dans certains fungus, cette trame est si légère et si gorgée de sang, que la substance de la production morbide se laisse écraser entre les doigts sans laisser de résidu, comme le parenchyme de la framboise. La vive sensibilité dont elles sont souvent pourvues ne permet pas de douter qu'elles ne reçoivent aussi des nerfs. Ces caractères anatomiques sont les mêmes, que l'on examine un simple bourgeon celluleux et vasculaire exubérant, ou un fungus des plus avancés; la densité et l'aspect de la surface de la tumeur, qui, dans le dernier, est inégale comme celle du chou-fleur, sont les seuls caractères qui offrent quelque différence dans les deux cas. Mais, de même que le tissu fongueux peut se développer sur un autre tissu morbide, de même aussi il peut se convertir en un autre tissu. Quelquefois on trouve le centre du fungus passé à l'état fibreux, à l'état cartilagineux, ou même parsemé d'aiguilles osseuses; d'autres fois et plus souvent le fungus passe à l'état de cancer mou, et il offre alors un mélange des caractères anatomiques du fungus et de ceux du cancer.

Le pronostic des différentes variétés de tissus fongueux varie. Les fongosités des plaies en suppuration s'opposent à la cicatrisation de ces plaies, mais on peut facilement les ramener à l'état de bourgeons celluleux et vasculaires simples; elles n'ont par conséquent aucune gravité, et marquent plutôt la transition de l'état de bourgeon charnu à l'état fongueux, qu'elles ne sont de véritables fungus. Les fungus proprement dits constituent au contraire des affections fort graves, car ils tendent toujours à s'accroître. Ils épuisent les malades par les abondantes pertes de sang qu'ils fournissent; ou ils passent

à l'état cancéreux, et ils ont alors tous les dangers du fongus et du cancer réunis.

Le diagnostic des fongus, en général facile, lorsqu'on peut les apercevoir, est au contraire fort difficile et très-incertain lorsqu'ils sont soustraits à la vue. Ainsi, on peut confondre les fongus sous-cutanés avec des loupes, avec des dégénération diverses des tissus dans lesquels ils se développent; la dégénération fongueuse des ligamens articulaires, par exemple, est une des variétés de la maladie que les auteurs ont désignée sous le nom générique de tumeur blanche; quelquefois on peut les confondre avec des abcès chroniques; quelquefois même avec des anévrysmes anciens, quand leur réseau vasculaire est très-développé. Il faut donc apporter la plus grande attention aux signes commémoratifs, afin de s'aider dans un diagnostic aussi difficile. Les fongus qui naissent des membranes muqueuses sont fort difficiles à distinguer d'avec les polypes. Cette difficulté existe lors même que l'œil peut apercevoir la production morbide; car nous avons vu que les polypes fibreux passent à l'état fongueux dans toutes celles de leurs parties qui sont exposées au contact de l'air, d'où il résulte que ce n'est qu'au moment où on les attaque, que l'on sait précisément à quoi s'en tenir sur leur nature. Nous ajouterons ici que quand on a affaire à un polype tellement ancien qu'il est devenu fongueux dans toute son étendue, il n'y a plus alors aucun caractère qui puisse faire distinguer l'une de l'autre ces deux maladies; car on a sous les yeux non plus un polype, mais un fongus véritable et qui doit être traité comme tel; seulement, il n'a pas été primitif.

L'impossibilité d'établir *à priori* un diagnostic exact dans tous les cas, est une des causes qui ont sans doute le plus contribué à jeter du vague sur ce que les auteurs ont désigné par le nom générique de fongus; et si on les lit avec atten-

tion, on voit que pour se tirer d'embarras, ils ont plutôt considéré le siège de la maladie que la maladie elle-même, pour lui imposer un nom. C'est ainsi que pour la plupart, toutes les tumeurs qui naissent dans les fosses nasales, ou qui végètent aux dépens de la substance de l'utérus, sont des polypes, tandis que toutes celles du sinus maxillaire ou de la vessie sont des fongus; or, nous avons déjà vu, en faisant l'histoire des polypes, que ces deux cavités sont plus souvent affectées de végétations polypeuses que de fongus proprement dits. D'un autre côté, l'idée que les membranes muqueuses peuvent seules donner naissance à des polypes, a fait regarder comme d'une autre nature, par cela seul qu'elles ne naissent pas d'une membrane muqueuse, des tumeurs qui paraissent avoir la plus grande analogie avec ceux-ci. C'est ainsi que les maladies que l'on désigne sous le nom de fongus de la dure-mère, sont souvent fibreuses dans leur origine, et présentent par conséquent dans ces cas, plutôt les caractères des polypes fibreux que ceux des fongus proprement dits. Toutefois, ces tumeurs diffèrent des polypes, en ce que ceux-ci ne revêtent que fortuitement et par accident le caractère fongueux, lorsqu'ils sont exposés au contact de l'air; tandis que dans les tumeurs qui naissent de la dure-mère et des autres membranes fibreuses, la dégénération fongueuse est nécessaire, et se fait remarquer avant que la tumeur soit exposée au contact de l'air. Un autre caractère précieux, est la sensibilité des tumeurs fongueuses opposée à l'insensibilité des polypes. Les premières en effet constituent des maladies, en général, douloureuses; tandis que les douleurs que causent les polypes sont plutôt ressenties par les parties voisines qu'ils distendent ou qu'ils compriment, que par leur propre tissu.

Le traitement des fongus varie. Les chairs exubérantes qui recouvrent la surface des plaies en suppuration sont facilement

réprimées à l'aide de quelques applications cathérétiques. Le nitrate d'argent fondu est le moyen que l'on emploie le plus communément. Nous verrons de quelle manière ce caustique doit être appliqué. Les fongosités pédiculées qui végètent à la surface des plaies dont on a excité la suppuration pendant long-temps, doivent être retranchées avec des ciseaux courbés sur leur plat.

Les fongus proprement dits ne peuvent être détruits que par les procédés chirurgicaux les plus énergiques.

Ceux qui sont pédiculés doivent être entourés à leur base d'une ligature assez serrée pour y intercepter la circulation et pour les faire périr; si cependant ce pédicule est fort étroit, on peut en opérer la section avec des ciseaux. Lorsque ces fongus naissent d'une membrane muqueuse, il faut les lier, en suivant les procédés qui ont été indiqués en parlant des polypes. Ici la ligature l'emporte sur l'arrachement, qui est rendu presque impossible par la friabilité de la tumeur. Ceux qui sont mobiles dans le tissu cellulaire doivent être découverts par une incision, saisis et extirpés en totalité; enfin ceux qui ont une large base adhérente soit à un os, soit à une membrane muqueuse, soit au fond d'une cavité osseuse, doivent également être mis à découvert et détruits par le fer et par le feu. Mais pour que l'opération réussisse, il faut détruire jusqu'aux dernières racines du mal; la plus petite partie qu'on en laisse subsister suffit pour le reproduire en peu de temps. Il faut donc ne pas balancer à retrancher avec des ciseaux courbés sur leur plat, un bistouri, ou des cuillers tranchantes, etc., tout ce que l'on en peut atteindre; il faut même exciser, si cela est possible, les parties ligamenteuses, tendineuses, aponévrotiques, qui lui donnent naissance, ruginer les os d'où il tire son origine, et lorsqu'il reste quelque point suspect, le désorganiser à l'aide du feu, en éteignant

sur la partie autant de cautères actuels que l'étendue du mal le comporte.

Quelquefois encore, malgré l'opération la mieux faite, la maladie repullule; des fongosités s'élèvent du fond de la plaie, et remplacent ou menacent de remplacer en peu de temps les fongosités détruites. Il faut alors les attaquer de nouveau, soit en faisant une nouvelle opération, soit en appliquant seulement le feu ou des escarrotiques puissans; mais il faut, plus encore que la première fois, agir avec vigueur, parce que chaque tentative inutile donne au mal une nouvelle activité, et que l'on voit bientôt, lors même qu'on renouvelle tous les jours ces cautérisations faites avec trop de timidité, les végétations repousser dans l'intervalle d'un pansement à l'autre, les hémorrhagies, ainsi que les écoulemens sanieux qu'elles fournissent, épuiser rapidement les malades, et ne laisser enfin d'autre ressource que dans l'amputation de la partie, lorsqu'elle est possible. D'autres fois aussi les applications caustiques, lorsqu'elles sont mal faites, ont l'inconvénient de faire passer la maladie à la dégénération cancéreuse, et presque toujours alors c'est un cancer mou qui se développe. Ce qui vient d'être dit suffit pour faire juger la pratique conseillée par quelques chirurgiens, qui pensaient qu'une incision faite dans le tissu même des fongus, et quelques applications de caustiques plus actifs, suffiraient pour les faire disparaître complètement, sans qu'il fût besoin d'employer des procédés aussi douloureux que l'extirpation ou la cautérisation par le feu.

Les détails dans lesquels nous sommes entrés sur les fongus suffisent pour ceux qui se développent dans le tissu cellulaire. L'histoire de ceux qui naissent des ligamens articulaires rentre tout-à-fait dans ce que nous avons dit à l'occasion de l'arthrite chronique, qui commence par les parties fibreuses des

articulations. Enfin, ce que nous avons dit des polypes qui naissent des membranes muqueuses s'applique si complètement aux fungus qui naissent de ces membranes, surtout quand ils sont inaccessibles aux instrumens, que nous nous exposerions à des répétitions inutiles, si nous voulions décrire en particulier la plupart de ces maladies. Nous nous bornerons en conséquence à écrire l'histoire de ceux qui présentent quelques particularités, soit dans leurs symptômes, soit dans leur traitement.

Des tumeurs fongueuses de la conjonctive palpébrale.

De petites tumeurs fongueuses, reconnaissables aux caractères ordinaires, se développent quelquefois sur la conjonctive, et le plus ordinairement sur la conjonctive palpébrale. La cause qui les produit reste inconnue. C'est plus souvent à la face interne de la paupière inférieure qu'à celle de la supérieure qu'on les remarque. Leur volume dépasse rarement celui d'une petite noisette.

Outre les incommodités propres à ce genre de maladie, les tumeurs fongueuses qui se développent à la face interne des paupières ont pour effet le renversement en dehors de ces voiles membraneux, d'où la difformité décrite sous le nom d'*ectropion*, la rougeur habituelle du globe oculaire, le larmolement, etc.

On peut traiter ces tumeurs par la cautérisation ou par l'excision. Le dernier de ces procédés est le meilleur. Pour le pratiquer, le malade étant assis sur une chaise solide, la face exposée au jour, la tête appuyée, le corps garni d'une alèse, un aide engage l'extrémité du doigt indicateur sous le bord libre de la paupière affectée, qu'il applique contre la base de l'orbite, en renversant complètement ce voile membraneux, et en mettant ainsi, autant que possible, la tumeur en évidence. Alors le chirurgien saisit le fungus avec une pince, le soulève,

et retranche d'un coup de ciseaux de petite dimension et courbés sur leur plat, la tumeur et la portion de conjonctive qui lui donne naissance. Cette opération est facile lorsque l'excroissance s'insère sur la portion de la conjonctive qui de la base de la paupière se jette sur le globe oculaire, parce que, dans ce point, cette membrane se laisse facilement soulever; il devient au contraire assez difficile d'enlever complètement la tumeur quand elle s'insère sur la face postérieure de la paupière en se rapprochant de son bord libre, parce que les adhérences de la conjonctive à cette partie sont plus intimes, et que la tumeur a une base plus large et plus fixe. Quelquefois même on ne peut amputer que les parties les plus saillantes, et il reste sur la paupière une plaie dont la surface menace de reproduire le mal. Il faut alors, après avoir pratiqué l'excision, cautériser avec le nitrate d'argent fondu, et revenir à l'emploi de ce moyen chaque fois que la plaie présente un aspect douteux.

Du fungus de la caroncule lacrymale, ou *encanthis*.

On nomme *encanthis*, une maladie qui consiste en une tumeur fongueuse née du tissu de la caroncule lacrymale, ou formée par ce tissu lui-même passé à l'état fongueux. Le volume qu'acquiert cette tumeur varie depuis celui d'une petite noisette jusqu'à celui du poing. Le plus souvent elle fait tout entière saillie au dehors; dans d'autres cas, elle se prolonge plus ou moins loin sur la surface interne des deux paupières. Placée au grand angle de l'œil, elle empêche le rapprochement des paupières, elle excite le larmolement, provoque la rougeur de la conjonctive, et gêne plus ou moins complètement la vision. Cette tumeur, ordinairement peu douloureuse, est dans certains cas le siège de douleurs lancinantes aiguës. Souvent alors elle cesse d'être rouge et grenue pour prendre une couleur brune, une consistance lardacée, et pour passer à l'état cancéreux.

On ne peut guérir cette maladie que par le moyen de l'extirpation. Pour exécuter cette petite opération, on saisit la tumeur avec une érigne ou une pince, on la soulève, et on la sépare des parties sous-jacentes, soit avec un bistouri, soit avec des ciseaux courbés sur leur plat. Il faut avoir soin de ne pas entamer le sac lacrymal sur lequel la tumeur repose immédiatement. Après l'opération, le sang s'écoule en nappe par toute la surface de la plaie; des lotions froides suffisent ordinairement pour en arrêter l'écoulement. S'il arrivait, ainsi que Pellier en a vu un exemple, qu'il survint une hémorrhagie grave, on pourrait facilement l'arrêter en appliquant une compression méthodique sur le grand angle de l'œil. Lorsque la maladie a passé à la dégénération cancéreuse, il faut, sans hésiter, extirper non seulement la tumeur, mais encore les tissus qui lui donnent naissance, dût-on ouvrir le sac lacrymal, et enlever les paupières et le globe oculaire lui-même (SABATIER).

Du fungus des gencives.

Le fungus des gencives, ou *épulis*, *époulie*, *épulie*, *époulée*, est une maladie qui, sans être rare, n'est cependant pas très-commune. Les causes qui la produisent sont obscures comme celle de tous les fungus; cependant il est digne de remarque qu'elle se développe assez souvent à l'occasion de la carie d'une dent ou de celle du bord alvéolaire. L'épulis est plus commune à la mâchoire inférieure qu'à la supérieure; elle naît le plus ordinairement de l'intervalle de deux dents, mais quelquefois aussi elle tire son origine du fond d'une alvéole; elle fait plus souvent saillie vers la face convexe que vers la face concave de la gencive.

L'épulis se manifeste d'abord sous la forme d'un tubercule à base plus ou moins large, souvent pédiculé, d'un rouge pâle, et peu sensible au toucher; mais ensuite, irrité par les mouvemens de la mastication, par le choc des dents, par l'action

des substances alimentaires, et aussi par les effets de la succion que sa présence sollicite, ce tubercule ne tarde pas à grossir, à rougir et à devenir douloureux; assez fréquemment même, il détermine de temps à autre la formation d'abcès dans l'épaisseur de la gencive (*parulis*). Dans ses progrès, la tumeur ébranle et renverse les dents voisines, et gêne par conséquent la mastication, pendant laquelle son tissu déchiré laisse écouler du sang en quantité variable. Elle ne tarde pas à s'ulcérer. Dans quelques cas cependant elle conserve un petit volume; son tissu se condense, pâlit, devient insensible et consistant, il peut même passer à l'état cartilagineux. Mais cette terminaison est rare, et le plus souvent l'épulis continue de grossir, elle devient très-incommode par son volume et par les écoulemens sanguins et sanieux qu'elle fournit, et elle compromet la vie du sujet, soit par l'abondance de ces écoulemens, soit parce qu'elle passe à l'état cancéreux.

La tendance de l'épulis à dégénérer, et la facilité avec laquelle elle repullule pour peu qu'on laisse subsister quelques unes de ses parties, défendent de l'attaquer par la ligature lorsqu'elle est pédiculée, puisque ce qui resterait de son pédicule reproduirait incontestablement le mal, et de chercher à le détruire par le moyen des caustiques, qui en hâteraient la désorganisation. Le meilleur moyen, le seul qui soit rationnel, consiste à retrancher ces tumeurs avec le bistouri, en totalité, et, pour plus de sûreté, à ruginer l'os d'où elle naissent, soit avec l'instrument qui a servi à les retrancher, soit avec une rugine ou tout autre instrument approprié, ou bien même à porter sur ce point le cautère actuel, pour peu qu'il reste quelque chose de suspect. Si une ou plusieurs dents étaient cariées ou ébranlées il faudrait commencer par les arracher, afin de se donner plus de facilité pour découvrir le point d'origine de la tumeur, et pour le détruire par les

III.