

ligne myloïdienne. Quelques traits de bistouri achèvent la séparation; mais il faut, dans ce moment, prendre le soin très-important de fixer la langue en la faisant saisir par sa pointe après l'avoir enveloppée d'un linge sec. Il arrive en effet souvent que cet organe, privé de ses points d'attache au menton, se renverse brusquement du côté du pharynx, et détermine la suffocation en oblitérant la glotte. Dans un accident de ce genre, M. Lallemand, de Montpellier, a fait une incision au conduit aérien pour faire respirer son malade, qui était tombé sans connaissance: on le prévient et on y remédie facilement par le moyen que nous avons indiqué; après quelques instans, l'organe a repris en quelque sorte son équilibre, et son renversement n'est plus à craindre.

La séparation du fragment étant opérée, on lie les vaisseaux. Si quelques uns d'entre eux étaient cachés dans la profondeur de la base de la langue, on les rendrait facilement apparens en portant deux doigts dans l'arrière-bouche, et en ramenant les parties d'arrière en avant: on pourrait alors les lier, ou cautériser leur orifice si la ligature semblait d'une application difficile. L'écoulement du sang suspendu, on procède au pansement de la plaie. Ce pansement consiste à rapprocher, par un nombre suffisant de points de suture entortillée, les bords de la solution de continuité faite à la lèvre inférieure et au menton. Pour mettre plus sûrement le malade à l'abri des dangers du renversement de la langue, danger qui, du reste, n'est guère à craindre que dans les premiers instans qui suivent la section des attaches des muscles génio-glosses, M. Gensoul comprend l'extrémité tronquée de ces muscles dans sa suture: on place ensuite 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 de la bande ou du bandage unissant des lèvres.

Le malade, reconduit à son lit, est soumis au régime de toutes les blessures graves. Au bout de cinq à six jours, on doit retirer les aiguilles, la plaie du menton est réunie. La suppuration intérieure, d'abord abondante, diminue peu à peu; lorsqu'elle est près de se tarir, on supprime l'introduction journalière des boulettes de charpie au dessous de la langue; les fragmens de l'os maxillaire se rapprochent et se réunissent, soit médiatement, soit immédiatement, au moyen d'une substance fibreuse qui acquiert une consistance, une dureté et un volume tels, que la mastication des alimens solides redevient possible et facile, et que, dans beaucoup de cas, la saillie du menton est reproduite au point qu'il est impossible de soupçonner l'étendue de la perte de substance qu'a éprouvée l'os maxillaire.

Lorsque la lèvre est affectée de cancer, il faut inscrire dans une incision en V, dont la base correspond au bord libre de cette partie, tout ce qui est frappé de dégénération, et continuer ensuite l'opération comme il vient d'être dit.

M. Dupuytren a pratiqué plusieurs fois cette opération hardie, et presque toujours avec succès. Il a été imité par plusieurs chirurgiens, tant français qu'étrangers: on a non-seulement amputé la partie moyenne de l'os maxillaire, mais encore une des branches de l'os; on a même désarticulé le condyle, et ces opérations ont réussi (1). Il est facile de voir quelles modifications on devrait apporter aux incisions des parties molles extérieures pour découvrir l'os maxillaire dans les points où l'on doit porter la scie.

ORDRE CINQUIÈME.

CARCINÔME.

Du carcinôme en général.

Nous avons vu, en parlant du cancer, que, dans cette af-

(1) Voyez *Archives générales de médecine*, cahier de décembre 1827. Voyez aussi la lettre de M. Gensoul déjà citée.

fection, l'ulcération succède à l'engorgement des parties. Dans le carcinôme, au contraire, l'ulcération se manifeste d'abord, et ce n'est, en général, que long-temps après que l'engorgement des tissus sous-jacens survient; souvent même cet engorgement est si peu marqué, que l'ulcère carcinomateux paraît reposer immédiatement sur des tissus sains. A cela près, les caractères et la marche de la maladie sont à peu près les mêmes; de telle sorte que, quand elle est ancienne, il est souvent impossible de dire si elle a débuté par un engorgement squirrheux qui s'est ulcéré, ou par un ulcère qui a déterminé l'engorgement des tissus, c'est-à-dire si elle est un cancer ou un carcinôme.

L'ulcère carcinomateux ou *phagédénique* affecte toujours la peau ou une membrane muqueuse; les lieux où on l'observe le plus fréquemment sont la face et le col de la matrice. La dégénération carcinomateuse se manifeste aussi quelquefois dans des solutions de continuité qui avaient d'abord un autre caractère; c'est ainsi que des plaies simples, des ulcères syphilitiques ou dartreux, irrités par des pansements peu méthodiques, prennent quelquefois les caractères d'un ulcère carcinomateux; mais le plus souvent elle est primitive. Quand c'est sur la peau qu'elle se manifeste, il se forme en général un petit bouton d'un rouge plus ou moins vif, quelquefois indolore, souvent, au contraire, siège d'une vive démangeaison qui engage le malade à y porter souvent la main pour le gratter. Par l'effet de l'irritation que déterminent ces atouchemens, ou par suite des progrès naturels du mal, au bout d'un temps quelquefois très-court, comme, par exemple, quelques semaines, quelquefois très-long, comme une ou plusieurs années, le bouton se gerce à sa surface, s'ulcère, et fournit une suppuration ichoreuse, qui, d'abord peu abondante, se dessèche et forme une croûte plus ou moins épaisse et adhérente, laquelle se renouvelle promptement dès que le malade l'a détachée.

Les choses peuvent rester fort long-temps dans cet état; mais enfin des douleurs lancinantes, jusque là assez rares, se font sentir plus fréquemment dans la partie, la croûte se détache, les bords de la solution de continuité deviennent élevés, durs, inégaux, renversés, son fond devient grisâtre, elle s'agrandit en largeur et très-peu en profondeur, la suppuration ichoreuse qu'elle fournit devient sanieuse et fétide. Cependant elle creuse peu à peu, et finit par envahir les parties sous-jacentes, et même jusqu'aux os, qu'elle perfore et détruit. Dans beaucoup de cas, l'ulcération, tout en s'étendant, conserve le caractère du carcinôme, c'est-à-dire qu'elle repose sur un engorgement à peine marqué; toutefois la couche que forme cet engorgement est lardacée, quel que soit le tissu sur lequel elle repose. Mais dans quelques cas, au contraire, les tissus sous-jacens deviennent le siège d'une induration squirrheuse considérable; l'ulcération se trouve alors supportée par une base profonde. Sa surface se couvre de végétations cancéreuses, et bientôt il devient impossible, ainsi que nous l'avons dit, de reconnaître sous quelle forme la maladie a débuté. Une fois passé à l'état de cancer, le carcinôme, qui jusque là n'était qu'une maladie locale, au point souvent de ne point déterminer l'engorgement des ganglions lymphatiques voisins, quelle que fût son étendue; le carcinôme, disons-nous, suit la marche de cette dernière maladie, c'est-à-dire que les ganglions lymphatiques s'engorgent, et que la diathèse cancéreuse s'établit, quand les hémorrhagies produites par la destruction des vaisseaux, les obstacles apportés aux fonctions des organes affectés, le trouble sympathique des autres fonctions, etc., ne font pas périr les malades auparavant.

Le carcinôme qui a son siège sur une membrane muqueuse suit à peu près la même marche que celui de la peau. On voit d'abord se former un point rouge, sur lequel on aperçoit par

la suite de petites ulcérations peu étendues; celles-ci se réunissent pour former une solution de continuité unique, laquelle devient le siège de douleurs lancinantes, et présente bientôt tous les caractères du carcinôme. L'ulcère repose pendant très-long-temps sur une base de tissus lardacés très-peu épaisse, de sorte qu'un instrument tranchant, porté à quelques lignes au-delà de son fond, peut enlever la maladie en coupant dans des tissus sains. Dans les membranes muqueuses, comme à la peau, la maladie peut passer à l'état de cancer confirmé, et déterminer alors l'engorgement des ganglions lymphatiques voisins, l'établissement de la diathèse cancéreuse, etc. On peut observer cette succession de phénomènes dans les dégénérations du col de l'utérus, où en général on ne voit les ganglions inguinaux s'affecter, et la diathèse cancéreuse s'établir, que quand l'ulcération est supportée par un engorgement considérable du tissu de l'utérus, et même des parties voisines.

Le traitement du carcinôme se compose de l'ablation du mal, ou de sa conversion en eschare par le moyen du cautère actuel ou par celui d'un caustique. L'ablation de l'ulcère est une opération fort simple; elle consiste à le cerner avec la pointe d'un bistouri, et à isoler au moyen du même instrument son fond des parties sur lesquelles il repose, ayant le soin de porter partout le bistouri au delà de l'engorgement, c'est-à-dire dans les tissus sains. On porte ensuite le doigt dans la plaie pour s'assurer qu'il n'y reste aucune partie indurée que l'on devrait saisir avec des pinces et retrancher; après quoi on panse et on traite la solution de continuité comme une plaie avec perte de substance.

Cette opération est beaucoup plus douloureuse que la cautérisation; c'est pourquoi on lui préfère généralement celle-ci.

Pour la pratiquer, on emploie ordinairement, lorsque la

maladie a son siège sur la peau, la poudre dite de Rousselot; elle est composée de 0,70 d'oxide sulfuré rouge de mercure, 0,22 de sang-dragon, 0,08 d'oxide blanc d'arsenic. On délaie cette poudre avec de la salive ou de l'eau, de manière à en faire une pâte dont on étend une couche d'une demi-ligne à une ligne d'épaisseur sur toute la surface de la plaie, après l'avoir soigneusement abstergée. Si cette surface était recouverte de fongosités, il faudrait la rendre unie au moyen de ciseaux courbés sur leur plat, et attendre que l'écoulement de sang eût complètement cessé, pour faire l'application du caustique. On met ensuite par-dessus la couche de pâte arsénicale une toile d'araignée que l'on mouille légèrement lorsqu'elle est placée, afin de la faire adhérer, et l'on prescrit au malade d'éviter pendant quelques heures tout ce qui pourrait faire tomber l'appareil. Un sentiment de chaleur ordinairement modéré ne tarde pas à se faire sentir. Les parties voisines se gonflent et rougissent; la plaie fournit un écoulement plus abondant, dont la matière, se combinant avec la pâte et avec la toile d'araignée, se dessèche et forme une croûte épaisse et dure, qui se détache du vingtième au quarantième jour, et laisse à découvert ou une plaie grenue et de bonne nature, ou même une cicatrice blanchâtre et solide qui recouvre toute la surface qu'avait occupée le carcinôme.

A côté de ces avantages, la pâte arsénicale présente des inconvénients qui commandent la plus grande prudence dans son emploi. On a vu des malades chez lesquels l'arsenic absorbé a produit tous les accidens propres à l'empoisonnement occasioné par l'introduction de cette substance dans l'estomac; mais ces accidens ne surviennent que quand la plaie a une grande étendue; on peut donc sans crainte employer la pâte arsénicale quand le carcinôme est fort petit; dès qu'il a un pouce de diamètre, il est prudent de s'en abstenir. Quand on

veut traiter par la cautérisation un carcinôme attaquant une membrane muqueuse, on peut, selon les cas, employer le fer rouge, ou mieux la potasse caustique ou le nitrate d'argent; que l'on porte sur sa surface au moyen d'un porte-crayon, ou le nitrate acide de mercure, dont on imbibe un pinceau de charpie, avec lequel on touche exactement toute la superficie de la plaie. Nous avons vu, à l'occasion des ulcères cancéreux qui se développent sur le col de l'utérus, la manière d'employer ces deux moyens.

Du carcinôme du nez.

Le carcinôme du nez, plus commun chez les personnes avancées en âge que chez les jeunes sujets; débute plus souvent sur le dos et sur les faces latérales de cet organe que sur sa racine. Les ulcères dartreux que l'on irrite, une excoriation tenace, dont la surface fournit un liquide qui se condense en une croûte sans cesse renaissante à mesure qu'on la détruit, des excroissances verruqueuses fendillées à leur surface, rouges et douloureuses, ou de petites tumeurs aplaties, lisses, dures, comme demi-transparentes et parsemées de petits vaisseaux faciles à apercevoir, telles sont les diverses origines du carcinôme du nez.

Lorsque les ulcères dartreux et les excoriation dégénèrent, elles passent toujours à l'état d'ulcères rongeurs ou carcinomateux, à bords durs, inégaux, qui s'étendent lentement aux parties voisines, fournissent une suppuration ichoreuse peu abondante, dont le produit se transforme facilement par la dessiccation en croûtes fort adhérentes, souvent indolores; mais qui, quand ils deviennent douloureux, sont le siège de douleurs vives, aiguës et lancinantes, dont les environs sont sillonnés par des vaisseaux capillaires dilatés et en quelque sorte variqueux ou anévrysmatiques.

Quand au contraire ce sont des tumeurs d'apparence verru-

queuse, ou de tumeurs plates et comme cornées dont il a été parlé, qui sont le sujet de la dégénération, la maladie ne revêt que rarement la forme ulcéreuse; elle prend plus ordinairement la forme d'un champignon cancéreux.

Sous quelque forme qu'elle se présente, mais surtout sous la dernière, la maladie envahit peu à peu les parties voisines. Elle s'étend à tout le nez qu'elle perfore et qu'elle détruit; elle attaque les cartilages et les os, envahit la commissure interne des paupières et le globe oculaire lui-même, les joues et la lèvre supérieure, etc., et elle finit par faire périr les malades, à la manière de tous les cancers invétérés.

On peut attaquer les ulcères carcinomateux du nez par le fer et par le caustique, ainsi qu'il a été dit dans le traitement général du carcinôme. Nous n'y reviendrons donc pas ici: mais il nous reste à dire ce qu'il faut faire dans le cas où la totalité du nez est envahie par la maladie. Les auteurs se taisent sur ce cas: ce qui donne à penser qu'ils le regardent comme incurable; deux faits que nous allons citer prouvent cependant le contraire. Dans l'année 1825, il se présenta à l'Hôtel-Dieu un homme qui avait la presque totalité du nez détruite par un ulcère carcinomateux. M. Dupuytren retrancha toute le mal par une incision qui, partant immédiatement au dessous des os propres du nez, s'étendait de chaque côté jusqu'au sillon qui sépare les ailes de la joue, et au dessous, jusqu'au bord adhérent de la lèvre supérieure. Le malade guérit promptement, et la difformité résultant de l'opération fut corrigée avec un nez artificiel. Quelques mois après, une femme dont le nez était tout entier envahi par un champignon cancéreux, vint dans le même hôpital; déjà l'aile droite de cette partie était détruite, ainsi que la partie antérieure de la cloison, qui était perforée; la partie moyenne de la lèvre supérieure était envahie, à partir de la sous-cloison jusqu'auprès de son bord

libre, et en haut et à gauche, le mal s'étendait jusqu'auprès de l'angle interne de l'œil. Malgré l'étendue du mal, il était évident que l'on pouvait l'enlever en totalité; nous procédâmes donc à l'opération.

Nous pratiquâmes d'abord une incision courbe, partant de la partie moyenne de la joue gauche, et venant se terminer au même point de la joue droite, après avoir passé près du bord libre de la lèvre supérieure; nous fîmes ensuite une seconde incision courbe, qui, partant à gauche, du même point que la première, venait se confondre avec elle sur la joue droite, après avoir passé sur la racine du nez. La totalité du mal se trouvant ainsi cernée, la base osseuse du nez fut coupée d'un trait de scie; de forts ciseaux courbes sur leur plat servirent à couper profondément la cloison, à séparer les cartilages latéraux du pourtour osseux des narines, et à détacher la tumeur des parties molles des joues; la masse cancéreuse, renversée de haut en bas à mesure que l'opération avançait, fut enfin séparée de la lèvre supérieure à l'aide du bistouri. L'opération fut prompte et facile; quand elle fut terminée, la face présentait un aspect hideux; tout son centre était occupé par une large plaie qui s'étendait transversalement de la partie moyenne d'une joue à l'autre, et de haut en bas de la racine du nez au bord libre de la lèvre supérieure, et au milieu de laquelle on voyait une large ouverture, conduisant dans les cavités nasales dont on apercevait l'intérieur. La hauteur de cette plaie était augmentée par l'allongement de la lèvre supérieure, qui, réduite à sa membrane muqueuse, se laissait distendre par le poids de son bord libre au point de dépasser le niveau de la lèvre inférieure, et formait, dès que la malade voulait parler, un boursoufflement, une sorte de bulle très-remarquable. Après la ligature des vaisseaux, on plaça à l'entrée de chaque narine une tente de charpie pour empêcher le sang

d'y pénétrer, on recouvrit la plaie d'un linge fin enduit de cérat et fenêtré, par dessus lequel on plaça un gâteau de charpie et des compresses que l'on soutint avec quelques tours de bande. La cure ne fut traversée par aucun accident; la lèvre supérieure reprit peu à peu sa longueur normale et sa fixité; la cicatrisation fut opérée au bout d'un mois. Cette femme fit encore un séjour de deux mois à l'hôpital, sans que la cicatrice, qui était de bonne nature, présentât la moindre apparence de repullulation du mal. Elle partit au bout de ce temps munie d'un nez artificiel en argent; nous l'avions fortement engagée à nous faire avertir si quelque retour de la maladie avait lieu: depuis près de six ans nous n'en avons pas entendu parler.

Depuis ce temps, nous avons fait une semblable opération sur un homme chez lequel le carcinôme s'étendait des deux côtés, jusque tout près de la marge de la paupière inférieure. Le malade a guéri; mais, au bout d'un an, la maladie a récidivé.

Dans les faits que nous venons de citer, on a laissé les plaies se cicatriser par rapprochement de leurs bords, et il est resté, après leur guérison, une difformité qui a nécessité l'usage d'un nez artificiel. Mais on pourrait tout aussi bien chercher à réparer immédiatement la perte de substance en empruntant à quelqu'autre partie un lambeau propre à la combler, ainsi que nous avons dit qu'on le devait faire pour les pertes de substance des lèvres et des joues. Il faut même dire ici que l'art de refaire les nez est beaucoup plus ancien que celui de refaire les joues et les lèvres, et qui est qu'une imitation moderne.

Toutefois, cette opération ne devrait être mise immédiatement en pratique qu'autant que la perte de substance ne dépasserait pas les limites de la circonférence de l'ouverture des fosses nasales: dans le cas contraire il faudrait, pour trou-

ver dans les parties voisines un lambeau suffisant, attendre que la cicatrisation de la plaie se fût opérée par rapprochement de ses bords autour du nez, qui resterait alors seul à réparer. Quoi qu'il en soit, cette opération qui a pris naissance dans les pays où l'amputation du nez était infligée comme punition, peut se faire par trois méthodes principales. La plus anciennement connue parmi nous a pris naissance en Calabre; on l'appelle méthode taliacotienne, du nom de Tagliacozzi, qui le premier l'a décrite avec soin, et elle a été perfectionnée dernièrement par M. Graefe de Berlin, qui lui a donné le nom de rhinoplastique. Pour pratiquer l'opération suivant cette méthode, on commence par vêtir le malade d'une espèce de gilet lacé, terminé par un capuchon qui embrasse solidement sa tête, et dont l'une des manches, ouverte par sa partie antérieure, donne naissance, près du coude, à quatre longues courroies, et près du poignet, à deux courroies plus courtes. Cela fait, on prend avec de la cire, ou avec une carte, la forme de la partie qui manque au nez; on commande au malade de placer la main sur sa tête, de manière à ce que l'organe tronqué vienne se mettre en contact avec la face antérieure du bras ou de l'avant-bras, on marque sur le membre le point de contact; sur ce point on étale le morceau de carte ou de cire qui a servi à prendre l'empreinte, en ayant le soin de diriger sa pointe en haut, et l'on forme aux dépens des tégumens un lambeau triangulaire de même grandeur, que l'on détache de haut en bas, et que l'on laisse adhérent par sa base; on applique alors ce lambeau saignant sur le nez, où on le fixe à l'aide de quelques points de suture. On panse convenablement; il ne reste plus alors qu'à fixer le bras dans la position requise, et qu'il doit garder jusqu'à ce que l'adhésion se soit établie entre le lambeau détaché et le nez: c'est ce que l'on obtient au moyen des courroies. Des

quatre qui partent du coude, les deux inférieures sont fixées au gilet, les deux supérieures au capuchon, auquel on fixe encore celles qui partent du poignet de la manche. Au bout de quatre à cinq jours l'adhérence désirée est établie; on ôte le bandage, et on délivre le malade de la position gênante qu'il a dû garder en coupant la base du lambeau qui reste adhérent au nez: cette base est appliquée à la sous-cloison. Deux sondes de gomme élastique sont placées dans deux ouvertures que l'on pratique ou que l'on ménage dans cette base, pour figurer les ouvertures des narines, et l'on conduit le malade jusqu'à la guérison, par des soins appropriés, qui ont principalement pour but le perfectionnement du nouvel organe.

La seconde méthode, née dans les Indes, où elle est encore pratiquée, est plus simple; elle consiste à prendre sur le front le lambeau de tégumens destiné à remplacer le nez perdu. On applique donc sur cette partie, la pointe en bas, le morceau triangulaire de cire ou de carte, auquel on a eu toutefois le soin de laisser du côté de sa base une languette qui doit correspondre à la sous-cloison du nez; on en trace le contour avec de l'encre, on cerne le lambeau circonscrit par le trait de plume, et on le détache avec un bistouri dans toute sa circonférence, excepté à sa pointe, qui doit lui former une sorte de pédicule étroit et allongé; on abaisse ce lambeau, et on le retourne sur lui-même, en tordant son pédicule, afin d'appliquer sa surface saignante sur les bords de la plaie du nez, et on le fixe par quelques points de suture. Les soins ultérieurs sont les mêmes que lorsqu'on a employé la méthode italienne, après avoir séparé le lambeau du bras: quand l'adhésion est faite, on coupe le pédicule du lambeau. Cette méthode, comparée à la précédente, est plus facile à exécuter et moins incommode pour le malade, qu'elle ne soumet pas

à une position gênante ; mais elle a l'inconvénient de lui laisser sur le front une cicatrice fort apparente , et sous ce rapport elle lui est inférieure , puisque l'opération , de quelque manière qu'elle soit faite , a pour but de corriger la difformité.

MM. Lisfranc et Blandin qui ont employé cette méthode, l'ont modifiée. Le premier , pour faciliter la torsion du pédicule des lambeaux , descend une des incisions qui correspondent à ce sommet , trois ou quatre lignes plus bas que l'autre : tous deux ensuite évitent de le couper. Quand la réunion est opérée dans le reste , ils le dédoublent et le réunissent dans les deux côtés de la plaie qu'ils prolongent pour cela entre les deux plaies du nez et du front.

Enfin , la troisième méthode consiste à emprunter aux environs plusieurs lambeaux que l'on dissèque et que l'on allonge sans les renverser jusque sur le nez , et que l'on réunit entre eux au moyen de la suture. Diffenbach a mis cette méthode en usage.

L'opération qui vient d'être décrite convient aussi bien pour refaire un nez perdu depuis long-temps par quelque cause que ce soit , que pour remédier à un accident récent. La seule différence que présente le procédé opératoire est qu'il faut commencer dans ces cas par rafraîchir les bords cicatrisés de l'ouverture nasale , et par faire au dessous de la sous-cloison , et par conséquent au bord adhérent de la lèvre supérieure , une incision dans laquelle on ente la base du lambeau et la languette mitoyenne qui doit adhérer à la sous-cloison. Quand à la restauration du nez , considérée en général , nous devons dire que cette opération n'atteint qu'imparfaitement le but que l'on se propose en la pratiquant. Le nez nouveau formé par des tégumens mous et souples se déforme aisément ; la cicatrice qui l'unit aux parties reste assez apparente , et il nous semble que les douleurs qu'elle excite ne sont pas

suffisamment compensées par le peu d'avantage qu'elle présente sur l'usage du nez artificiel.

Du carcinôme du voile du palais.

C'est presque toujours à des ulcères syphilitiques irrités que succède le carcinôme du voile du palais. Malheureusement ils ne revêtent ce caractère que quand déjà ils ont détruit la presque totalité du voile , et se sont étendus à ses piliers ou même aux amygdales , à la langue et au pharynx ; et alors ils sont au dessus des ressources de l'art. Si l'on était appelé avant qu'ils eussent occasionné de semblables désordres , il nous semble qu'il ne serait pas fort difficile de saisir le voile par son bord libre , et de circonscrire le mal par une incision courbe , qui passerait près des attaches de ce voile membraneux.

Du carcinôme du scrotum , ou cancer des ramoneurs.

Cette affection est peu fréquente dans nos climats ; mais il paraît qu'on l'observe assez souvent à Londres sur les ramoneurs , et que chez eux elle est due à l'action de la suie. C'est au moins ce que pense Pott , qui lui a imposé le nom sous lequel on la désigne le plus communément : elle n'affecte , suivant la remarque de Earle , que les sujets de trente à quarante ans ; elle débute par une sorte de verrue qui dégénère rapidement , et fait place à un ulcère carcinomateux ; celui-ci envahit peu à peu tout le scrotum , et même se propage dans quelques cas jusqu'aux testicules. L'extirpation est le seul moyen que l'on puisse lui opposer.

Pour la pratiquer , il suffit , si la maladie est à son début , de retrancher d'un coup de ciseaux courbes la portion de tégumens qui est malade. Dans les autres cas , on la cerne par deux incisions courbes , et on l'enlève au moyen de quelques traits de bistouri.