

de l'affection, ses caractères particuliers de térébration au maxillaire inférieur (épithéliome térébrant); on voit que le diagnostic sera facile, sauf dans les cas de tumeur encéphaloïde au début, où il sera nécessaire de suivre son malade quelques jours avant d'être fixé.

Le diagnostic de sarcome du maxillaire est fait, cela ne suffit pas; on doit pousser plus loin son investigation, faire le diagnostic anatomique et chercher si on a affaire à un sarcome périostique ou à un sarcome central. Ce dernier est presque toujours un sarcome à myéloplaxe, par conséquent relativement bénin, ce qui a une certaine importance pour le pronostic.

Voilà les signes cliniques en faveur de l'un ou l'autre de ces sarcomes.

Au début, l'exploration est facile, on peut constater si le maxillaire est déformé en masse; si une coque osseuse revêt la tumeur et avoir ainsi des présomptions pour l'origine centrale du néoplasme. Si au contraire c'est à la face externe ou interne de l'os que la tuméfaction prend naissance, sur un pont bien limité, si même on voit la tumeur avoir de la tendance à passer d'une face à l'autre en faisant le tour du massif osseux et en le respectant, on pourra croire à un sarcome périostique.

Quand la tumeur est ancienne et par conséquent volumineuse, ce diagnostic anatomique devient presque impossible, on pourra cependant s'aider des commémoratifs. On demandera au malade si c'est à la place des dents tombées que s'est montrée une éruption qui est devenue sarcome et dans ce cas on aura des présomptions pour l'origine centrale. On palpera la région sans déterminer de la crépitation parcheminée, si on est en présence d'un sarcome périostique dont la marche est toujours beaucoup plus rapide. Les douleurs ne sont pas aussi vives quand le périoste est le point de départ, chose facile à expliquer parce que les nerfs ne sont pas comprimés comme dans le sarcome central, et disons encore que dans ce dernier il peut se montrer une anesthésie assez précoce au menton par compression du nerf maxillaire inférieur, ce qui n'a lieu que très tard dans le sarcome périostique.

ORBITE OU CAVITÉ ORBITAIRE

Les orbites sont des cavités intermédiaires au crâne et à la face. Chacune d'elles est située au-dessous de l'étage antérieur de la base du crâne, au-dessus du sinus maxillaire, en dehors des fosses nasales, en dedans de la fosse temporale.

On compare les cavités orbitaires à des pyramides quadrangulaires ayant, par conséquent, quatre parois, quatre angles, une base et enfin, un sommet, qui répond à la partie la plus large de la fente sphénoïdale. Le pourtour de l'orbite ou base est la seule partie cliniquement accessible; nous avons suffisamment étudié, avec le crâne et la face, les saillies et dépressions qu'il présente (apophyses orbitaires externe, interne; trous sus et sous-orbitaires); nous n'y reviendrons pas; tout au plus, ferons-nous remarquer, le contraste qui existe entre le pourtour orbitaire épais spongieux sur la plus grande partie de son étendue et les faces, minces au contraire, faites de tissu compact.

Le clinicien doit surtout avoir présents à l'esprit, en face d'une affection chirurgicale de l'orbite, les rapports de ses parois avec les cavités voisines, sinus frontaux, fosses nasales, sinus maxillaire, le souvenir bien précis des organes que cette cavité contient, et, dont les lésions mettent le plus souvent sur la voie du diagnostic; nous voulons parler des vaisseaux et des nerfs orbitaires, nous laissons de côté, pour le moment, ce qui a trait aux lésions intrinsèques du globe oculaire.

La paroi supérieure de l'orbite est en rapport avec le lobule orbitaire de la face inférieure du cerveau; elle est assez souvent détruite par les néoplasmes nés dans la cavité et qui deviennent alors intra-craniens, elle se laisse facile-

ment enfoncer par les corps vulnérants qui l'atteignent directement. Il ne faut pas perdre de vue qu'au-dessus et sur les côtés de l'échancrure nasale, dans l'épaisseur même de l'os frontal, se trouvent les *sinus frontaux* qui s'ouvrent dans le méat moyen des fosses nasales dont ils ne sont que des diverticules ; ce qui nous explique la présence de l'empysème orbitaire, quand leur paroi est fracturée.

La paroi interne de l'orbite répond aux fosses nasales, elle se laisse facilement détruire soit par les néoplasmes nés dans la cavité et qui envahissent alors les fosses nasales, soit par les tumeurs de ces dernières cavités, en particulier par les polypes naso-pharyngiens dont les prolongements orbitaires sont fréquents.

La paroi inférieure répond au sinus maxillaire, les considérations dans lesquelles nous sommes entrés à propos de la paroi interne (tumeurs) s'y appliquent également ; il est bon de se souvenir que, dans son épaisseur, chemine le nerf sous-orbitaire, d'où des névralgies quand il est irrité, des paralysies de la sensibilité quand il est détruit.

La paroi externe, plus épaisse que les autres, peut cependant se laisser perforer par des tumeurs primitivement orbitaires qui envahissent consécutivement la fosse temporale, elle se laisse fracturer assez facilement, traverser aisément par les balles de revolver.

Rappelons qu'elle a des connexions assez étendues avec le cerveau puisque, la pointe du lobe temporo-sphénoïdal, est en rapport avec son tiers postérieur.

L'orbite a des communications directes avec les cavités environnantes.

Avec le crâne par le trou optique et surtout la fente sphénoïdale ; par la fente sphéno-maxillaire : avec la fosse zygomaticque et par conséquent avec la fente ptérygo-maxillaire qui n'est qu'un prolongement, en dedans, de la fosse zygomaticque. Au fond de la fente ptérygo-maxillaire se voit enfin le trou sphéno-palatin qui met les fosses nasales directement en rapport avec la fosse zygomaticque et par conséquent encore, avec l'orbite.

Ces quelques détails étaient, nous semble-t-il, bons à rappeler, pour comprendre l'envahissement facile des régions

voisines de l'orbite par des tumeurs nées dans sa cavité et réciproquement. C'est qu'il n'est pas toujours facile de dire s'il s'agit d'un néoplasme primitivement orbitaire ou d'un envahissement secondaire de l'orbite et c'est cependant ce que doit tout d'abord élucider le clinicien afin de pouvoir, s'il en est temps encore, instituer une thérapeutique rationnelle.

L'orbite est divisée en deux loges par l'aponévrose de Tenon, l'une antérieure plus petite destinée au globe oculaire, l'autre postérieure contenant les vaisseaux et nerfs qui se rendent à cet organe et à son appareil moteur.

L'extrême vascularité de l'orbite (artère ophtalmique avec ses onze branches collatérales et ses deux branches terminales, veines qui les accompagnent ; puis, veines ophtalmiques supérieure et inférieure) nous explique suffisamment la fréquence des hématomes de cette cavité, à la suite des traumatismes qui l'atteignent, la présence des tumeurs pulsatiles qu'on y rencontre.

La coloration violacée des paupières, l'œdème sous-conjonctival, la dilatation des veines sous-cutanées de la région péri-orbitaire, témoignent de la gêne de la circulation veineuse dans l'orbite.

Les nerfs qu'on y rencontre sont de deux ordres, sensitifs et moteurs.

Parmi les nerfs sensitifs, l'un est un nerf de sensibilité spéciale, l'optique, dont les lésions, si fréquentes dans les traumatismes orbitaires, donnent lieu souvent à l'amaurose ; les autres sont des nerfs de sensibilité générale (frontal interne, frontal externe, lacrymal), d'où les névralgies, les anesthésies qu'on doit rechercher avec soin dans leur territoire, ainsi que nous l'avons indiqué plus haut, pour le nerf sous-orbitaire qui traverse le plancher de l'orbite.

Les nerfs moteurs (m. oculaire commun, m. oculaire externe, pathétique) sont souvent atteints de paralysie dans les lésions chirurgicales de l'orbite, et donnent lieu aux diverses variétés de strabisme. Celui-ci peut tenir à la gêne qu'éprouvent les muscles comprimés, déviés, aussi le diagnostic des diverses paralysies oculaires devra-t-il être étudié de près.

On se rappellera que : la paralysie du moteur oculaire commun, quand elle est complète, se traduit par la chute de la paupière supérieure, le strabisme externe, l'impossibilité des mouvements d'élévation, d'abaissement, d'adduction du globe de l'œil, la dilatation de la pupille, la gêne de la vision de près (par paralysie de l'accommodation), par une diplopie croisée et un peu supérieure ;

Que : la paralysie du moteur oculaire externe a comme signes essentiels : le strabisme interne, une diplopie homonyme ;

Que : celle du pathétique donne lieu à une élévation de la pupille et à sa déviation en dedans (cette variété de strabisme est peu apparente), d'où résulte une diplopie verticale, homonyme et inférieure ; les deux images se rapprochent par leur extrémité supérieure.

Nous ne saurions entrer ici dans plus de détails et nous renvoyons aux traités spéciaux, de même que pour l'étude des lésions du globe oculaire, consécutives aux maladies chirurgicales de l'orbite.

N'oublions pas enfin de signaler, sur les parois de l'orbite, la présence du périoste d'où : les exostoses qu'on y rencontre et, dans sa cavité, l'existence d'une masse cellulo-adipeuse rétro-oculaire qui, en s'enflammant, donne lieu au phlegmon de l'orbite qu'il n'est pas toujours facile de distinguer de l'ostéo-périostite de cette cavité.

DIAGNOSTIC DES LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'ORBITE

Les *contusions* du rebord orbitaire se reconnaissent facilement à l'existence d'épanchements sanguins accompagnés de gonflement, d'ecchymose des paupières ; ces épanchements sont sous-cutanés ou sous-périostiques ; dans ce dernier cas, ils produisent parfois une induration telle qu'on pourrait croire à une fracture de la base de la cavité.

Les *plaies* de cette même région, produites par des instruments piquants, tranchants, contondants, ne présentent rien de spécial ; mais il nous paraît bon de rappeler que les plaies contuses peuvent se présenter ici avec des bords aussi nets que les plaies produites par des instruments tranchants ; ce

sont celles qui se font de dedans en dehors, le bord orbitaire coupe les tissus de la profondeur à la superficie ; on les reconnaît à ce que le périoste est toujours divisé et sur une étendue plus grande que les couches superficielles.

Assez souvent, les contusions, les plaies du pourtour orbitaire, s'accompagnent de *fractures* qui se traduisent comme ailleurs par la déformation, la mobilité anormale, la crépitation. Quand elles siègent à la partie supérieure et interne, elles peuvent intéresser le sinus frontal, d'où un emphysème orbitaire et péri-orbitaire plus ou moins étendu ; s'il s'agit d'une solution de continuité siégeant sur le bord orbitaire inférieur (c'est le plus souvent un enfoncement de l'os malaire, d'où résulte une ouverture du sinus maxillaire) ; on pourra encore trouver ici de l'emphysème et parfois de l'anesthésie sur le trajet des branches terminales du nerf sous-orbitaire.

Trop souvent, les fractures directes du rebord orbitaire supérieur s'accompagnent de fracture de la paroi correspondante ; on ne peut guère que soupçonner cette complication, qui d'ailleurs offre un pronostic favorable.

Les *contusions et plaies profondes* (plaies pénétrantes) de l'orbite, outre les lésions qu'elles peuvent occasionner du côté du globe oculaire et des organes contenus dans sa loge postérieure, s'accompagnent, en général, d'un épanchement sanguin auquel on donne le nom d'*hématome*, d'*hématocèle de l'orbite*. Les commémoratifs, la rapidité de l'apparition de l'exophtalmie, la présence du sang sous la conjonctive, formant autour de l'œil, un bourrelet rouge ou noirâtre, permettront de reconnaître facilement l'hématome et de le différencier des tumeurs orbitaires.

Les *plaies pénétrantes de l'orbite* (instruments quelconques, armes à feu) s'accompagnent souvent de fractures :

Une épistaxis, un emphysème orbitaire et péri-orbitaire, devront faire soupçonner une solution de continuité de la paroi interne ou de la paroi inférieure de l'orbite ; si, à ces signes, se joint l'anesthésie sur le territoire du sous-orbitaire, on sera en droit de localiser la fracture à la paroi inférieure.

Si, avec une plaie siégeant à la partie supérieure et interne de l'orbite, on observe la perte de la connaissance, des con-

vulsions, des paralysies, du coma, on devra penser à une fracture de la paroi supérieure de la cavité, et se rappeler qu'elle est d'un pronostic beaucoup plus grave que celui de la fracture du rebord osseux propagée à la voûte.

Tout ce que nous venons de dire se rapporte aux fractures directes de la paroi supérieure de l'orbite, mais on y observe aussi des fractures indirectes qui ne sont que la propagation, à la voûte orbitaire, d'un trait de fracture de la base du crâne. Le canal du nerf optique est alors très souvent intéressé, il y a presque toujours un épanchement de sang dans la gaine de ce nerf, qui peut être aussi rupturé ou distendu. Il y a alors : *amaurose* (hémorragies, décollements de la rétine, phénomènes évidents de stase papillaire et, plus tard, atrophie de la papille avec pigmentation fréquente à son pourtour).

Ces faits, nous semble-t-il, étaient utiles à signaler (nous réparons ainsi un oubli fait au chapitre du *Diagnostic des fractures du crâne*), ils nous montrent que l'examen du fond de l'œil peut permettre d'affirmer la propagation d'un trait de fracture à la voûte orbitaire.

Les *plaies de l'orbite* s'accompagnent fréquemment de la présence de corps étrangers (fragments de l'instrument vulnérant, balles), ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'ils sont visibles dans la plaie.

Immédiatement ou quelques jours après l'accident, la présence d'une induration, d'une saillie en un point de la base de l'orbite (la fracture du rebord osseux ayant été cherchée et éliminée), permet de faire le diagnostic. On est autorisé pour le contrôler à se servir prudemment du stylet, mais il est bon de rappeler qu'on peut confondre aisément, la sensation que donne un os dénudé, avec celle que fournit un corps étranger dur.

Il n'est pas rare d'observer, après la pénétration, la cicatrisation de la plaie par laquelle le corps étranger est entré dans l'orbite. Les commémoratifs, l'existence d'un certain degré d'exophtalmie directe ou latérale, la gêne des mouvements du globe oculaire, permettent de soupçonner sa présence ; mais elle ne peut être affirmée encore que s'il existe une induration au pourtour de l'orbite. Le clini-

cienn doit bien savoir qu'elle donne souvent l'idée d'un corps étranger beaucoup plus volumineux que celui qui existe en réalité.

Les *inflammations de l'orbite* sont aiguës ou chroniques.

L'existence d'une douleur localisée en un point du rebord orbitaire, douleur exaspérée par la pression, accompagnée de céphalée, quelquefois d'étourdissements, et bientôt de la présence d'un gonflement extrêmement dur avec infiltration de la paupière supérieure ou inférieure, selon le siège de la lésion, gonflement qui se ramollit bientôt et donne lieu à un abcès, permettent de porter le diagnostic d'*ostéopériostite aiguë du rebord orbitaire*.

L'ostéo-périostite aiguë du sommet de l'orbite ou de ses parois se présente avec des symptômes beaucoup plus graves, symptômes qui ne diffèrent en rien de ceux du *phlegmon* ; aussi la différenciation de ces deux affections est-elle le plus souvent impossible.

Dans les deux cas, on observe des phénomènes généraux graves, fièvre intense, délire, un énorme gonflement des paupières qui sont tendues, rouges, luisantes ; une exophtalmie prononcée, l'immobilité du globe oculaire, entouré d'un bourrelet chémosique rougeâtre ; on note, encore dans ces affections, des troubles de la vision : photophobie, dilatation de la pupille, insensibilité de la cornée, de la diplopie.

On a dit que, dans le phlegmon, l'exophtalmie est directe, qu'elle est latérale dans le cas d'ostéopériostite ; mais dans la périostite du sommet l'exophtalmie est directe aussi, et, dans le phlegmon partiel, le globe de l'œil est dévié latéralement ; le caractère de l'exophtalmie n'a donc pas de valeur au point de vue du diagnostic différentiel des deux affections qui nous occupent. Toutefois, dans l'ostéo-périostite, la pression sur le rebord orbitaire, à l'aide des doigts insinués entre les parois et la paupière, est très douloureuse, particularité qu'on n'observe pas dans le phlegmon.

On le voit, le diagnostic entre le phlegmon et l'ostéo-périostite orbitaire aiguë est presque impossible ; d'ailleurs, dans quelques cas, les deux affections coexistent.

« Les symptômes de la *phlébite de la veine ophthalmique* ont, avec ceux du phlegmon de l'orbite, la plus grande ana-

logie... La thrombose de la veine ophtalmique produit plus rapidement l'exophtalmie et paraît donner lieu à un chémosis œdémateux plus considérable et de coloration moins foncée. En outre, la suppuration n'a, dans bien des cas, pas le temps de se produire dans l'orbite, les sinus étant envahis et la mort survenant rapidement. » (Delens, *Tr. chir.*, t. IV.) On devra en soupçonner l'existence dans le cas de phlébite des veines de la face.

Quant au phlegmon de l'œil ou panophtalmite, nous n'en parlons que pour le différencier du phlegmon de l'orbite. Ici l'exophtalmie est très prononcée; la panophtalmite ne s'accompagne, au contraire, que d'une saillie minime du globe dont les mouvements sont beaucoup moins gênés que dans les inflammations suppuratives de l'orbite. Dans celles-ci, les milieux de l'œil conservent leur transparence malgré la vive réaction qui a lieu du côté de la conjonctive et des paupières, tandis que, dans le phlegmon de l'œil, on note rapidement une opacité de la cornée, la présence du pus dans la chambre antérieure, signes qui ne sauraient laisser de doute sur le siège véritable de la lésion.

Nous ne parlons que pour mémoire de l'inflammation de la capsule de Tenon, qui ne s'accompagne pas de suppuration et qui se reconnaît à un chémosis séreux débutant par le cul-de-sac conjonctival inférieur, et à ce fait que le gonflement qui siège autour du globe oculaire n'atteint pas le rebord de l'orbite.

La périostite chronique du rebord orbitaire se traduit par une tumeur dure qui ne se ramollit que lentement; à son début le diagnostic est difficile; on peut songer à un néoplasme, mais si le sujet est scrofuleux ou syphilitique, la périostite est probable. Lorsque l'affection siège sur les parois de la cavité, les symptômes observés peuvent faire penser à un néoplasme et la ponction exploratrice ne suffit pas toujours à lever les doutes. Quand la suppuration a eu lieu, l'existence d'un trajet fistuleux, la nature de l'écoulement, surtout l'introduction d'un stylet qui fera reconnaître un os dénudé ou la présence d'ostéophytes, permettront d'établir sûrement la nature de l'affection.

DIAGNOSTIC DES TUMEURS DE L'ORBITE

Les tumeurs de l'orbite présentent toutes un caractère commun; elles commencent par repousser le globe oculaire et à déterminer de l'exophtalmie. Avant l'apparition de ce signe le malade peut bien accuser des douleurs plus ou moins vagues, de la gêne dans les mouvements de l'œil, divers troubles de la vision; mais ce sont là des symptômes qui se rencontrent dans toutes les affections de la cavité orbitaire et qui ne peuvent indiquer, en rien, l'apparition ultérieure d'une tumeur.

1° Il faut donc, tout d'abord, reconnaître l'exophtalmie. — La chose est facile. Deux affections peuvent seules la simuler: ce sont l'hydrophthalmie et le phlegmon de l'œil.

L'hydrophthalmie a des caractères bien spéciaux. C'est le globe de l'œil lui-même qui est augmenté de volume; il offre de plus des bosselures; ses milieux transparents sont parfois altérés; la cornée semble plus convexe et amincie.

Le phlegmon de l'œil s'accompagne de douleurs vives ayant leur siège dans l'œil même. Les phénomènes inflammatoires sont intenses. Les milieux ne tardent pas à se troubler et le pus à apparaître; enfin, comme dans l'hydrophthalmie, il n'y a pas de déplacement de l'œil en totalité, d'exophtalmie à proprement parler, mais simplement une augmentation de volume du globe oculaire, qui fait saillie en avant sans être dévié dans aucun sens. Le diagnostic est donc encore facile; il l'est moins quand le phlegmon intra-oculaire a été provoqué par la présence d'une tumeur de l'orbite qui a en même temps déterminé de l'exophtalmie; on arrivera cependant à faire la part de chacune de ces affections, en étudiant avec soin le moment de l'apparition des différents symptômes, le début des phénomènes inflammatoires et la marche ultérieure de la maladie.

Ajoutons que dans l'hydrophthalmie et le phlegmon de l'œil, il n'existe pas de diplopie si fréquente dans la déviation oculaire symptomatique d'une tumeur de l'orbite.

Nous ne faisons que mentionner, pour être complet,

Ophthalmoptosis, affection due à un relâchement des muscles et du nerf optique. L'œil est luxé entre les paupières, comme pendant sur la joue, mais, signe pathognomonique, il peut être remis en place.

La *direction de l'exophtalmie* devra être notée. Elle est dite *directe* lorsque la protrusion de l'œil se fait directement en avant et elle indique, en général, que la tumeur occupe le fond de l'orbite ou l'intérieur du cône musculaire. Elle est dite *oblique* ou *latérale*, lorsque l'œil est non seulement porté en avant, mais encore sur le côté et, dans ce cas, elle montre que la tumeur se trouve placée sur la paroi opposée à celle que regarde le globe oculaire.

Il faut savoir aussi qu'en même temps que l'œil est atteint d'exophtalmie, il est comme immobilisé, d'abord par la compression de la tumeur et le tiraillement des muscles; ensuite certains mouvements lui sont devenus impossibles à cause des paralysies musculaires déterminées par la compression des différentes paires nerveuses (voyez plus haut).

2° *L'exophtalmie reconnue, il faut déterminer si elle tient à la présence d'une tumeur intra-orbitaire ou si elle a une autre cause.* — Pour résoudre ce problème, on commencera par éliminer une affection médicale connue sous le nom de *goitre exophtalmique* ou de *maladie de Basedow*. Celle-ci se diagnostique d'après les quatre symptômes cardinaux qu'elle présente : l'hypertrophie du corps thyroïde ou goitre, qui peut varier de volume; la tachycardie ou palpitations cardiaques qui se montrent presque constamment au début de l'affection; le tremblement, surtout prononcé aux membres supérieurs et qui s'exagère sous l'influence de toute impression physique ou morale; enfin l'exophtalmie bilatérale qui se réduit, en exerçant une légère pression à travers les paupières, et, qui est presque toujours directe. Un ou plusieurs de ces symptômes peuvent manquer; l'exophtalmie peut n'être apparente que d'un côté par exemple, mais le rapprochement de deux des symptômes cités suffit pour attirer l'attention et faire mettre le malade en observation jusqu'à l'apparition des autres.

Le goitre exophtalmique écarté, on devra encore rejeter d'autres formes d'exophtalmie; nous signalerons tout d'abord l'exophtalmie due à un *hématome*. On sait en effet qu'à la suite d'un traumatisme, il peut se former dans l'orbite un épanchement assez considérable pour entraîner la protrusion de l'œil. Cet hématome se reconnaît à l'infiltration ecchymotique qui ne tarde pas à gagner la conjonctive et les paupières et aussi par l'étude des commémoratifs qui révèlent un traumatisme antérieur. (Voir *Traumatismes*.)

Il en est de même de l'exophtalmie causée par la présence d'un *corps étranger* dans l'orbite. Les commémoratifs, l'examen de la plaie, à l'aide du stilet ou d'instruments spéciaux, suffiront pour déceler sa présence.

L'*œdème de l'orbite* symptomatique d'une maladie générale peut, dans certains cas, causer de l'exophtalmie. Il sera facilement diagnostiqué, grâce à l'examen des différents viscères, à l'analyse des urines et aussi à sa bilatéralité.

L'*emphysème du tissu cellulaire* de l'orbite peut faire aussi saillir le globe oculaire. Il sera facilement reconnu à la crépitation caractéristique de l'épanchement gazeux qui du reste se limite rarement à la cavité orbitaire.

Les *inflammations* de l'orbite, qu'elles siègent dans les parois (ostéites, périostites) dans le tissu cellulaire (phlegmon proprement dit), dans les veines (phlébite de la veine ophthalmique), ou dans la capsule de Tenon (ténonite) sont quelquefois plus difficiles à éliminer. Quand les accidents sont aigus, les douleurs vives, l'état général, la fièvre, l'élévation de température mettent promptement sur la voie; mais si la suppuration se fait avec lenteur, si la marche chronique de la lésion lui donne les allures d'une tumeur, il est impossible de savoir devant quelle affection on se trouve et il faut, ou pratiquer une ponction, ou attendre que la marche ultérieure de la maladie apporte de nouvelles indications.

3° *L'exophtalmie a été reconnue comme résultant de la présence d'une tumeur intra-orbitaire; il faut tenter de déterminer la nature de cette tumeur; lorsque la tuméfaction n'a pas fait encore saillie sur le pourtour de l'orbite.* — Ce diagnostic n'est possible que dans deux cas :

1^o lorsque l'envahissement de l'orbite n'a été que secondaire et alors on examinera avec soin toutes les cavités et sinus qui l'entourent. Si on y rencontre un néoplasme, on en fera le diagnostic qui sera celui qu'on portera pour le prolongement orbitaire ; 2^o lorsqu'on se trouve en présence d'un globe oculaire faisant saillie au dehors et animé de battements isochrones à ceux du pouls ; le diagnostic de *tumeur pulsatile de l'orbite* s'impose, surtout lorsque à ces signes viennent se joindre un début brusque de l'affection avec une sensation de craquement qu'on a comparée à un coup de pistolet ; la perception au niveau de l'œil d'un bruit de souffle continu avec redoublement ; un bruissement insupportable entendu par le malade et comparé, par lui, au bruit d'une locomotive ; l'altération possible de la vision ; enfin la diminution des battements et de l'exophtalmie par une compression méthodique exercée sur la carotide primitive.

4^o L'exophtalmie existe, est causée par une tumeur qui fait saillie au pourtour de l'orbite, quelle est la nature de cette tumeur ?

Si la tumeur est pulsatile, nous venons de montrer qu'elle est facile à reconnaître en énumérant les principaux symptômes, auxquels vient alors se joindre la présence, près de l'échancrure sus-orbitaire, d'une masse dépressible et animée de battements.

Est-il maintenant possible de faire le diagnostic anatomique de cette tumeur pulsatile ? Oui, car dans la grande majorité des cas, on a affaire à un anévrisme artério-veineux constitué par la communication de la carotide interne avec le sinus caverneux. Les anévrismes purs de la carotide interne ou du sinus sont des curiosités anatomiques et impossibles à découvrir au lit du malade.

Mais d'autres tumeurs vasculaires peuvent être confondues avec l'anévrisme de la carotide interne et du sinus. Les *angiomes orbitaires*, par exemple, peuvent, à un moment de leur évolution, être animés de battements. On les reconnaîtra à la coexistence d'un angiome de la face qui petit à petit s'est enfoncé dans l'orbite ; au siège de la tumeur qui peut occuper n'importe quelle partie du pourtour de l'orbite

sans présenter comme siège de prédilection l'angle supéro-interne de cette cavité ; à l'asymétrie de la face qu'on a signalée dans ces cas et enfin au début éloigné et à la marche lente de l'affection.

La *dilatation variqueuse de la veine ophthalmique* est plus facile à différencier, car si l'exophtalmie est la règle dans cette lésion, les battements, quoique ayant été observés, sont exceptionnels. De plus, l'inclinaison de la tête exagère la saillie de la tuméfaction qui diminue ou disparaît même quand l'extrémité céphalique se replace dans la rectitude. Elle s'exagère sous l'influence des efforts et par la compression de la veine jugulaire interne à la partie moyenne du cou. Le globe oculaire se réduit facilement sous l'influence d'une légère pression et la vision n'est presque jamais altérée.

Restent les *sarcomes vasculaires*, qui eux aussi, peuvent quelquefois présenter des battements et du souffle.

On ne les confondra pas avec les tumeurs pulsatiles en tenant compte de la réductibilité *incomplète* de la tumeur de sa forme bosselée, irrégulière ; de sa consistance inégale donnant lieu par places à des sensations de fausse fluctuation ; de la présence d'une capsule osseuse qui quelquefois encadre sa base ; de l'engorgement ganglionnaire quand il existe.

Si la tumeur n'est pas pulsatile, pour en faire le diagnostic, il faut tout d'abord en examiner la consistance. Elle peut être en effet ou *solide* ou *liquide* ; mais il faut savoir que certains néoplasmes à l'orbite comme dans les autres régions, présentent le symptôme de la fausse fluctuation et que, dans ce cas, une ponction est nécessaire.

LA TUMEUR EST SOLIDE. — Un seul diagnostic peut être posé d'une façon certaine, celui d'*exostose orbitaire*, quand la consistance de la tuméfaction est très dure, osseuse. De plus, la marche de ces exostoses est très lente ; elles se montrent à l'âge adulte et affectent un siège à peu près constant, la paroi supérieure ou interne de l'orbite ; car le plus souvent, elles proviennent d'une des cavités de la face. Celles-ci, comme nous l'avons dit, devront donc être explorées. Un corps étranger de l'orbite, ou un néoplasme recouvert d'une coque osseuse pourraient seuls donner le change. En enfonçant une aiguille

exploratrice dans la tuméfaction, on pourra perforer cette coque osseuse et pénétrer dans la tumeur au lieu d'être arrêté par l'exostose et, quant au corps étranger, on découvrira la cicatrice, trace de la plaie qui lui a donné passage et l'histoire de la maladie renseignera suffisamment le clinicien.

Les *lipomes*, *fibromes* et *enchondromes*, quoique rares, se rencontrent dans l'orbite; ce sont des tumeurs difficiles à diagnostiquer dans cette région. Elles y présentent du reste les caractères auxquels on les reconnaît ailleurs. Le lipome a une consistance molle; il présente des lobulations, est mal limité, tandis que le fibrome au contraire est bien circonscrit, plus régulier et a une consistance beaucoup plus ferme. L'enchondrome est plus dur et ressemble à du cartilage, il est irrégulier et peut présenter des noyaux faisant saillie à sa surface. Ces différents néoplasmes peuvent du reste se mêler les uns aux autres pour former des types mixtes.

Toutes les tumeurs que nous venons de passer en revue sont des *tumeurs bénignes*, moins fréquentes à l'orbite que les *tumeurs malignes* qui y apparaissent sous forme d'épithélioma et de sarcome.

L'*épithélioma* ou le carcinome est facile à diagnostiquer parce qu'il débute toujours par les paupières, la conjonctive ou les glandes lacrymales. Il envahit rapidement les ganglions préauriculaires et sous-maxillaires.

Le *sarcome* est le néoplasme le plus fréquent de l'orbite. Il prend son origine dans l'intérieur même de cette cavité et peut avoir une consistance très variable, simuler la fluctuation et prêter à confusion avec un kyste de l'orbite. Une ponction exploratrice est, dans ces cas, nécessaire et permet de diagnostiquer le sarcome, quand il ne s'écoule que quelques gouttes de sang et que, de plus, on a constaté la forme bosselée de la tuméfaction, son volume relativement considérable et son évolution rapide.

LA TUMEUR EST LIQUIDE. — Il faut examiner si elle est réductible ou non. Si elle est *réductible*, on est en présence d'une tumeur vasculaire dont nous avons déjà étudié le diagnostic; si elle est *irréductible*, il faut commencer par éliminer l'hématome et la collection purulente à l'aide des caractères

indiqués plus haut, et, cela fait, on n'aura plus qu'à songer aux *kystes de l'orbite*. Ceux-ci sont séreux, dermoïdes ou hydatiques.

Les *kystes séreux* se reconnaissent à ce qu'ils apparaissent toujours au moment de la naissance, à leur siège invariable en bas et en dedans de l'orbite sous la paupière inférieure; à leur coloration gris bleuâtre et aussi à la microphthalmie qui les accompagne.

Les *kystes dermoïdes* sont plus difficiles à diagnostiquer et sont cependant relativement assez fréquents dans cette région. Ils sont situés sur la demi-circonférence interne de l'orbite; peuvent se montrer au moment de la naissance ou à un âge plus avancé et ont un contenu d'une consistance variable, plus ou moins épais suivant les cas; ce qui peut permettre de les distinguer des kystes séreux, mais aussi peut les faire confondre avec un lipome pur ou angiomateux, voire même avec un fibrome.

Les *kystes hydatiques* ne peuvent être que soupçonnés et la ponction suivie de l'examen du liquide, dans lequel on trouve des crochets, sera nécessaire pour faire le diagnostic. On sera du reste obligé d'y recourir dans bien des cas, notamment dans l'étude des tumeurs liquides ou pseudo-liquides; car il ne faut pas se le dissimuler, leur diagnostic est souvent des plus délicats.

Ajoutons, pour être complet, qu'il ne faut pas oublier que certaines *encéphalocèles* peuvent faire saillie dans l'orbite et être confondues avec une collection liquide de cette cavité.

Quand la nature de la tumeur a été reconnue, le diagnostic est pour ainsi dire terminé. Il sera cependant quelquefois utile de s'enquérir du point d'implantation du néoplasme. Nous avons dit que l'exophtalmie directe plaide en faveur de l'origine profonde de la tumeur. Il en est de même du temps qu'elle a mis à faire saillie à l'extérieur. De même encore, si les muscles de l'œil ont été paralysés de bonne heure, s'il y a eu une abolition assez rapide de la vision se manifestant par de la névrite optique, de l'atrophie de la papille, de la congestion des veines rétiniennes, on pourra penser à un néoplasme ayant débuté très près du nerf optique; si ce n'est dans le nerf lui-même.

Nous avons insisté sur l'examen attentif des cavités osseuses voisines (sinus maxillaire, fosses nasales, sinus frontaux) et nous avons montré combien il était utile, pour le diagnostic, de se renseigner sur l'envahissement secondaire ou primitif de l'orbite, ajoutons toutefois que lorsque le chirurgien se trouve, pour la première fois, en face d'une tumeur qui a déjà acquis un volume considérable, qui a envahi les cavités voisines, il est presque impossible de déterminer son point d'origine. On est forcé dans ce cas de s'en rapporter aux renseignements fournis par les commémoratifs, renseignements qui sont toujours bien incertains.

CAVITÉ BUCCO-PHARYNGIENNE

ANATOMIE CLINIQUE. — EXPLORATION

Nous réunissons, dans un même chapitre, la bouche et le pharynx parce que la partie moyenne du pharynx n'est en réalité qu'un prolongement en arrière de la cavité buccale, parce que les deux autres portions de cet organe, portion supérieure ou nasale, portion inférieure ou laryngienne, ne peuvent être explorées que par la bouche, parce qu'enfin, certaines affections qui siègent au niveau de l'isthme du gosier, sont aussi bien des affections pharyngiennes que buccales.

La cavité buccale est limitée : en avant par les lèvres, sur les parties latérales par les joues, en haut par la voûte osseuse du palais et son voile, en bas par le plancher de la bouche ; en arrière par l'isthme du gosier.

Quand la bouche est fermée, les arcades dentaires séparent sa cavité en deux parties : l'une antérieure, limitée par les lèvres et les joues en avant, par les arcades alvéolaires et les dents en arrière ; en haut et en bas par les sillons gingivo-buccaux ; c'est le *vestibule de la bouche*, nous l'avons suffisamment étudié (voir *Exploration de la face*) pour n'y pas revenir ; l'autre postérieure *cavité buccale proprement dite*. Le vestibule et la cavité buccale communiquent, quand la mâchoire inférieure est rapprochée de la supérieure, d'abord par les interstices des dents, mais aussi par deux orifices, l'un droit l'autre gauche situés à la partie la plus reculée des arcades alvéolaires. Chacun de ces orifices est limité en avant par les dernières grosses molaires supérieure et inférieure, en arrière par l'apophyse coronéide du maxillaire inférieur. Par cet orifice, on peut, dans le cas de constriction des mâ-