

opératoire est surtout subordonné à la possibilité d'extirper complètement la tumeur.

Quelques auteurs ont attaqué le cancer de l'orbite avec des caustiques; mais c'est un moyen long, douloureux et incertain, car il n'est pas facile de limiter la destruction des tissus.

ARTICLE III.

DIAGNOSTIC DES TUMEURS DE L'ORBITE.

Sans revenir sur les principaux symptômes auxquels donnent lieu les maladies que nous venons d'étudier, nous ferons remarquer avec les auteurs du *Compendium de chirurgie* que l'évolution des tumeurs de l'orbite peut être divisée en trois périodes : la première qui précède le déplacement du globe oculaire, la deuxième qui correspond surtout à la déviation de l'œil et à l'exophtalmie, enfin une troisième période qui comprend l'apparition de la tumeur à l'extérieur et les phénomènes qui suivent cette apparition.

Il ne faut cependant pas croire que toutes les productions morbides de la cavité orbitaire parcourent fatalement ces trois stades. Ainsi dans un certain nombre de tumeurs pulsatiles, la marche de l'affection peut ne jamais dépasser la deuxième période; et malgré cette évolution en quelque sorte incomplète, le diagnostic n'en est pas moins possible.

En général, les symptômes sont d'autant plus accusés qu'ils appartiennent à une période plus éloignée du début de la maladie; et si, dans la plupart des cas, il est impossible de formuler un diagnostic sur la nature d'une tumeur lorsque celle-ci est tout à fait à sa naissance, il n'en est plus de même lorsqu'elle vient faire saillie sur les parties latérales de la base de l'orbite, entre le globe oculaire et les parois orbitaires.

1° Les symptômes qui se manifestent à la première période des tumeurs de l'orbite sont tellement vagues, qu'ils restent inaperçus la plupart du temps, et que, dans les cas où on vient à les remarquer, ils ne peuvent guère servir pour le diagnostic. Cependant, il n'en est pas toujours ainsi, et certaines espèces de tumeurs pulsatiles sont facilement reconnues dès leur début, en raison de leur brusque apparition, quelquefois accompagnée d'un craquement caractéristique perçu par le malade, et à cause des bruits anormaux dont elles deviennent immédiatement le siège.

C'est aussi en tenant compte des phénomènes qui ont pu se passer du côté du pharynx, des fosses nasales, des sinus ou du crâne, et en explorant avec soin ces diverses régions, qu'on peut résoudre une question en quelque sorte préliminaire, à savoir si la production morbide qui fournit des symptômes encore mal accusés du côté de l'orbite n'a pas pris naissance dans quelques-unes des cavités voisines. Il suffit, croyons-nous,

d'attirer l'attention du chirurgien sur ce point pour éviter toute espèce d'erreur de diagnostic à propos du siège primitif de la tumeur.

Lorsque les symptômes de cette première période sont caractérisés par de la douleur, de la chaleur, de la rougeur de la conjonctive, etc., en un mot, par des signes d'inflammation, on peut soupçonner l'apparition d'un phlegmon orbitaire qui ne tardera pas à amener de l'exophtalmie, et pourra suivre ultérieurement la marche aiguë ou la marche chronique.

2° La deuxième période est plus spécialement caractérisée, par l'exophtalmie indirecte ou directe, c'est-à-dire avec ou sans déviation de l'axe visuel, déviation entraînant la diplopie. Dans ces conditions, le diagnostic est encore très-difficile et comprend la solution d'un certain nombre de questions : *A. Reconnaître l'exophtalmie, B. Déterminer si elle est bien symptomatique d'une tumeur de l'orbite, C. Enfin, spécifier la nature de la tumeur qui a donné naissance à la protrusion du globe oculaire.*

A. Deux affections peuvent simuler l'exophtalmie, ce sont l'hydrophthalmie et le phlegmon de l'œil. Dans l'hydrophthalmie, c'est le globe oculaire qui est augmenté de volume, et offre des bosselures; ses milieux transparents sont parfois altérés, la cornée semble plus convexe et amincie, les chambres de l'œil sont agrandies, etc.; on voit que ces divers caractères sont assez accusés pour éviter toute erreur.

Lorsqu'on a affaire au phlegmon de l'œil ou ophthalmite, il existe des douleurs très-aiguës et des phénomènes inflammatoires intenses, les milieux de l'œil ne tardent pas à se troubler par suite de l'apparition du pus dans leur intérieur, enfin s'il y a de la tension et du gonflement du globe oculaire, cet organe n'est dévié dans aucun sens; en un mot, il n'y a pas d'exophtalmie proprement dite. Le diagnostic paraît donc encore facile. Cependant, lorsque la tumeur intra-orbitaire a chassé le globe de l'œil et que celui-ci s'est enflammé consécutivement, la maladie est plus difficile à reconnaître, les signes de l'ophthalmite venant en quelque sorte s'ajouter à ceux de l'exophtalmie symptomatique. Un examen répété, attentif, et surtout la marche ultérieure de la maladie, ne tardent pas à fournir des éléments plus certains de diagnostic.

Nous pouvons encore ajouter que l'hydrophthalmie et l'ophthalmite ne donnent pas naissance à la diplopie si fréquente dans la déviation oculaire symptomatique d'une lésion intra-orbitaire.

Enfin, le sens suivant lequel l'œil se trouve dévié peut faire préjuger de la position occupée par la production morbide dans la cavité orbitaire; ce fait est trop évident pour le développer plus longuement.

B. L'exophtalmie reconnue, il faut déterminer si elle tient à la présence d'une tumeur intra-orbitaire, ou bien si elle résulte d'une tout autre cause?

À la suite de traumatismes, nous avons vu qu'il pouvait se former des épanchements assez considérables dans la cavité de l'orbite, épanchements entraînant la protrusion de l'œil. Il est vrai que, dans ces cas, il

s'agit à proprement parler d'une véritable tumeur sanguine de l'orbite, d'un *hématome* comme on l'a dit, et les commémoratifs suffisent le plus souvent pour poser le diagnostic. D'ailleurs il est exceptionnel que l'épanchement sanguin soit limité à la cavité de l'orbite, et d'ordinaire l'infiltration gagne la conjonctive oculaire, puis les paupières.

Dans d'autres circonstances, le traumatisme peut encore déterminer une exophtalmie, mais par une tout autre cause; c'est lorsqu'un corps étranger assez volumineux a pénétré dans la cavité orbitaire; le corps déplace le globe oculaire et tend à le faire saillir à l'extérieur. Les commémoratifs, l'examen de la plaie avec un stylet, et au besoin à l'aide d'instruments spéciaux, peuvent aider au diagnostic.

Lors de la paralysie d'un certain nombre des muscles moteurs du globe oculaire, l'œil pend en avant par suite de son propre poids, il y a *ophthalmoptosis*, ou, d'après les auteurs du *Compendium*, *exophtalmie atonique*. Or, il est important de distinguer cette protrusion de l'œil de l'exophtalmie symptomatique d'une tumeur intra-orbitaire; dans le premier cas, en effet, le globe peut être facilement remis à sa place par une légère compression; de plus, il n'est pas rare d'observer en même temps une paralysie plus ou moins complète du releveur de la paupière.

Pourrait-on, comme on l'a dit, prendre une exophtalmie oblique pour un strabisme paralytique ou non? Nous croyons qu'il suffit d'un peu d'attention pour éviter cette grossière erreur.

Nous devons encore dire un mot d'une affection médicale, connue sous le nom de *goître exophtalmique* ou *maladie de Basedow*, et caractérisée par de l'exophtalmie. Dans cette singulière maladie, on observe à la fois la présence d'un goître, l'existence de palpitations cardiaques, enfin une exophtalmie bilatérale.

D'après quelques auteurs cette protrusion des globes oculaires serait d'autant plus apparente qu'il y aurait une véritable rétraction de la paupière supérieure, par suite d'une exagération dans l'action de son muscle releveur. Quoi qu'il en soit, lorsque cette triade de symptômes est bien accusée, le diagnostic n'est pas douteux un seul instant; mais ces trois signes peuvent être plus ou moins masqués, et il nous paraît exister de nombreux intermédiaires entre le goître exophtalmique proprement dit et certaines variétés d'exophtalmies mal décrites et dues, selon toute probabilité, à une difficulté dans le retour du sang vers le centre circulatoire. C'est ainsi que l'anémie, les affections pulmonaires et surtout les affections cardiaques se traduisent parfois par une tendance à la saillie des globes oculaires, tendance qui avait été notée depuis longtemps déjà par les ophthalmologistes et qu'ils avaient même en partie confondue avec la maladie de Basedow, alors inconnue des cliniciens. Il paraît d'ailleurs logique d'admettre que, dans ces divers cas, la stase du sang veineux produit un peu d'œdème du tissu cellulaire de l'orbite, ce qui explique la protrusion du globe oculaire. Toutefois, l'œdème de l'orbite ne résulte pas seulement d'un défaut dans la circulation locale, et il peut être sym-

ptomatique d'une altération de la circulation générale, ou d'une lésion de nutrition comme l'albuminurie.

Dans tous ces cas d'exophtalmie mal déterminée, il faudra donc examiner scrupuleusement l'état des organes respiratoires et circulatoires, déterminer si le sujet n'est pas anémique, enfin rechercher avec soin s'il n'offre aucun des signes de l'albuminurie, signes dont quelques-uns se traduisent par de l'amaurose.

Une dernière variété d'exophtalmie peut résulter de l'emphysème du tissu cellulaire de l'orbite; mais la crépitation caractéristique de l'épanchement gazeux qui se limite rarement à la cavité de l'orbite suffit largement pour assurer le diagnostic.

C. Après avoir reconnu que l'exophtalmie résulte bien de la présence d'une tumeur intra-orbitaire, il faut encore essayer de déterminer la nature de la production morbide. Malheureusement cette question est toujours fort difficile à résoudre, et l'on ne peut souvent avoir que des présomptions en faveur de tel ou tel diagnostic.

Un premier point est assez simple à éclaircir, à savoir: si la tumeur est d'origine inflammatoire ou non. Dans le premier cas, elle a pu donner lieu à des symptômes tels que le doute ne puisse être permis. Mais si les phénomènes inflammatoires aigus du début de la maladie sont très-éphémères ou très-peu marqués, et si la suppuration se fait avec lenteur, il est impossible de savoir quelle espèce de tumeur on a à traiter; la marche ultérieure de l'affection éclaire seule le diagnostic.

Les tumeurs pulsatiles de l'orbite se reconnaissent toujours facilement aux battements isochrones aux systoles cardiaques et au bruit de souffle ou de rouet; mais il ne faut pas en conclure pour cela qu'on puisse déterminer leur nature; nous avons vu que, sauf quelques cas exceptionnels, cela n'était pas possible. Heureusement que ce diagnostic rigoureux n'est pas d'absolue nécessité pour la thérapeutique.

Ces tumeurs pulsatiles doivent être distinguées de certains cancers orbitaires, qui donnent également lieu à du souffle et à des battements; peut-être, dans ces circonstances, l'état général du malade, la marche plus ou moins rapide de l'affection, enfin l'apparition de tumeurs de mauvaise nature dans d'autres régions du corps, pourraient venir en aide au clinicien. Mais, dans bien des cas, ces caractères différentiels font défaut, et l'erreur de diagnostic est presque fatale, au moins à cette période caractérisée seulement par l'exophtalmie.

En résumé donc, sauf les abcès aigus à marche franche et les tumeurs pulsatiles, il est pour ainsi dire impossible de diagnostiquer avec certitude la nature de la production qui siège dans les parties profondes de l'orbite. Il est évident que si cette production résulte de l'expansion d'une tumeur née dans les cavités voisines de celle qui renferme le globe oculaire, le diagnostic en est facile, aussi n'y insisterons-nous pas plus longtemps.

3° Lorsque la tumeur orbitaire est apparente à l'extérieur et devient

accessible à la vue et au toucher, lorsqu'en un mot on peut la soumettre à un examen direct, le problème à résoudre se simplifie, au moins dans une certaine limite.

Deux questions, disent les auteurs du *Compendium*, doivent être posées. 1° quelle est la nature de la tumeur; 2° quels en sont le siège, l'origine, le volume, les rapports, etc.

Pour résoudre la première question, on peut tout d'abord séparer les productions morbides en tumeurs pulsatiles et en tumeurs non pulsatiles. Parmi ces dernières, nous distinguerons les tumeurs dures et solides, et les tumeurs liquides ou plutôt fluctuantes.

Cette division est évidemment arbitraire et en quelque sorte théorique, car quelques-unes des productions morbides, appartenant aux tumeurs solides, peuvent donner naissance à une fausse fluctuation bien difficile à séparer de la fluctuation véritable. D'autres fois, une production solide pourra se ramollir à un moment donné de son évolution et devenir fluctuante; dans quelques cas même, elle présentera des battements comme les tumeurs dites pulsatiles. Enfin certaines collections liquides sont entourées d'une telle induration que la fluctuation n'y sera que très-difficilement perçue. Mais, dans toute étude diagnostique, il faut prendre des types, et l'étude clinique seule peut vous éclairer dans les cas difficiles et douteux; ajoutons d'ailleurs que dans la plupart des tumeurs orbitaires, le chirurgien est parfaitement autorisé à faire une ponction exploratrice pour poser son diagnostic.

D'après ce que nous avons dit précédemment, les tumeurs pulsatiles de l'orbite étant déjà faciles à reconnaître à la deuxième période de leur évolution, leur diagnostic ne doit guère présenter de difficultés lorsqu'elles font saillie vers l'extérieur. Les pulsations qui les animent, le bruit de souffle qu'elles font percevoir au malade et au médecin, la cessation de tous ces phénomènes par la compression de l'artère carotide primitive correspondante, sont leurs principaux phénomènes caractéristiques; nous n'avons pas à y revenir. Cependant nous avons déjà dit qu'elles pouvaient être confondues avec certaines tumeurs cancéreuses, et, dans quelques cas, l'identité des symptômes a entraîné la même thérapeutique, c'est-à-dire la ligature de la carotide primitive. Toutefois, lorsque les tumeurs cancéreuses sont appréciables à la vue et au toucher, le diagnostic différentiel paraît plus possible, en ce sens que la tumeur maligne ne doit jamais être aussi réductible que la production vasculaire; telle est du moins l'opinion des auteurs du *Compendium de chirurgie*. Dans ces circonstances, il est évident que l'apparition de tumeurs analogues sur d'autres parties du corps peut éclairer le diagnostic.

Les tumeurs solides de l'orbite peuvent être très-dures, demi-dures ou molles. Les premières sont les exostoses; leur situation fixe, leur dureté, leur marche lente, sans aucun retentissement général, enfin la ponction exploratrice les font facilement diagnostiquer; l'instrument explorateur

est, en effet, arrêté par un corps résistant dont on ne peut méconnaître la nature osseuse.

Les enchondromes de l'orbite sont trop peu connus pour indiquer leurs caractères, et sauf leur consistance élastique et leur marche, nous ne voyons pas de signes permettant de séparer ces productions bénignes des fibromes, des tumeurs fibro-plastiques et de certains cancers non ramollis.

Si une production morbide donne tous les signes d'une tumeur solide résistante, non élastique, et que la ponction exploratrice ne fasse que confirmer ces symptômes, on pourra hésiter entre l'existence d'un fibrome, tumeur bénigne fort rare, et celle d'une tumeur maligne, fibro-plastique ou cancer.

Dans ce dernier cas, toujours plus probable vu sa fréquence, il faut distinguer les tumeurs fibro-plastiques du cancer proprement dit. La tumeur a-t-elle une marche très-rapide, est-elle irrégulière, bosselée, dure dans certains points, ramollie et ulcérée dans d'autres points, l'économie tout entière paraît-elle affectée par l'existence de la production morbide? on a affaire à un cancer d'autant plus malin qu'il sera coloré par de la matière mélanique. Les productions fibro-plastiques marchent peut-être moins vite, elles sont plus régulières, plus dures, et au lieu d'envahir rapidement les ganglions voisins et de se généraliser, elles restent plus longtemps localisées dans la région de l'orbite.

Quelques tumeurs solides sont tellement molles, qu'elles font percevoir aux doigts qui les explorent la sensation d'une fausse fluctuation, aussi peut-on les prendre pour des collections liquides. Parmi ces tumeurs on peut citer les lipomes, dont la marche lente, la consistance molle et bosselée, l'indolence parfaite, permettent, jusqu'à un certain point, de porter un diagnostic assez exact. D'ailleurs ce sont en somme des productions rares, qu'on peut confondre avec des abcès froids et des kystes, surtout ceux à contenu demi-solide.

La ponction exploratrice fait facilement juger la question relativement aux abcès froids et aux kystes renfermant du liquide. L'adhérence des téguments à la tumeur, sa mollesse, peuvent indiquer qu'on a affaire à un kyste glandulaire; enfin l'existence de la production morbide, dès le jeune âge, doit faire penser à un kyste congénital ou dermoïde.

Les tumeurs fluctuantes de l'orbite, qui font saillie à l'extérieur, peuvent être réductibles ou non, fait très-important à établir pour le diagnostic et le traitement.

Les tumeurs non réductibles doivent être distinguées entre elles, selon qu'elles ont été précédées ou non de phénomènes inflammatoires. Dans le premier cas, on a affaire à un abcès suite de phlegmon orbitaire, ou quelquefois symptomatique d'une lésion osseuse, et la ponction exploratrice juge la question. Mais, dans certaines circonstances, les phénomènes inflammatoires ont été peu marqués, l'abcès froid idiopathique ou symptomatique est parfois entouré d'une épaisse couche de tissu induré,

d où la difficulté de reconnaître la présence du pus. Ces collections peuvent donc être prises pour des kystes et même pour des tumeurs solides (observation du maréchal Radetzky). La ponction exploratrice est encore nécessaire pour établir un diagnostic exact.

Quelques tumeurs fluctuantes, non réductibles et accompagnées de phénomènes d'inflammation, succèdent à un traumatisme, et résultent d'un épanchement sanguin intra-orbitaire; les commémoratifs, l'ecchymose oculaire et palpébrale, enfin la solidification ultérieure de la tumeur feront reconnaître cette lésion.

Les tumeurs fluctuantes, irréductibles, n'ayant jamais donné lieu à des phénomènes inflammatoires, au moins au début de leur développement, sont surtout les kystes dont le contenu est liquide. Lorsque leur marche a été fort lente, que la poche est uniloculaire, arrondie, élastique et fluctuante, le diagnostic est relativement possible; mais il n'en est pas toujours ainsi. La tumeur a pu s'enflammer et le liquide devenir séropurulent; de plus on a observé des kystes multiloculaires, bosselés, dont chaque loge renfermait des produits différents et de consistance variable; dans ces cas, le diagnostic n'est guère possible, à moins d'avoir recours à la ponction, qui d'ailleurs ne permet pas toujours de déterminer la nature exacte de la production morbide à laquelle on a affaire. Lorsque la tumeur est bosselée, irrégulière, qu'elle offre des points fluctuants et d'autres de consistance plus solide, que d'ailleurs l'œil rejeté au dehors est enflammé, on peut facilement prendre ces productions morbides pour des cancers. Ajoutons que cette erreur toujours regrettable au point de vue du pronostic, n'est pas très-préjudiciable au malade, en ce sens que la thérapeutique de ces deux lésions est la même, surtout lorsqu'elles sont arrivées à ce degré d'évolution.

Les tumeurs fluctuantes, non pulsatiles, mais réductibles, sont les tumeurs vasculaires veineuses. Dans quelques cas exceptionnels, les téguments qui recouvrent la production morbide offrent une couleur bleuâtre caractéristique; d'autres fois, la tumeur augmente notablement de volume sous l'influence des efforts et de la position déclive. Une différence notable dans la réductibilité de la tumeur peut-elle faire distinguer les tumeurs érectiles veineuses des varices? Le fait semble probable, puisque quelques tumeurs dites cavernueuses ont pu être prises pour des productions solides, vu leur réductibilité et leur fluctuation à peine appréciables.

Mais il ne suffit pas d'avoir diagnostiqué la nature probable de la tumeur, il faut aussi rechercher sa forme, son volume, ses connexions; déterminer son lieu d'origine, et surtout ses adhérences et ses prolongements dans les régions voisines. Toutes ces questions sont très-importantes à résoudre pour se décider en faveur de telle ou telle méthode thérapeutique, et surtout pour déterminer s'il y a lieu d'intervenir par une opération plus ou moins radicale.

La marche de la tumeur, son apparition plus ou moins tardive vers la base de l'orbite, pourront faire préjuger jusqu'à un certain point sa

position superficielle ou profonde. L'exophtalmie directe ou indirecte du globe oculaire, son aplatissement latéral entraînant de la myopie, ou bien sa compression d'arrière en avant, donnant lieu à de l'hypermétropie, serviront dans quelques circonstances à faire déterminer avec exactitude le point d'origine de la production morbide.

La paralysie de quelques-uns des muscles moteurs de l'œil, les douleurs névralgiques irradiant suivant le trajet de certaines branches nerveuses, peuvent aussi aider à formuler un diagnostic relativement au siège de la tumeur. Celle-ci agit-elle sur les nerfs placés au sommet de l'orbite, détermine-t-elle une abolition assez rapide de la vision, s'accompagnant de névrite optique, d'atrophie de la papille, de congestion des veines rétiniennes? on devra penser à une altération ayant débuté très-près du nerf optique, si ce n'est dans le nerf lui-même.

L'examen direct de la tumeur, alors qu'elle fait saillie au dehors, permet de déterminer son volume, sa consistance, sa mobilité ou sa fixité, etc. Nous ne pouvons insister plus longtemps sur ce point déjà développé.

Nous rappellerons, en terminant, qu'il faut toujours examiner soigneusement les rapports de la tumeur avec les cavités osseuses voisines. Si l'on a pu suivre la maladie depuis son début, il est plus facile de déterminer le lieu d'origine de la production morbide; mais quand celle-ci offre un volume énorme, lorsque le chirurgien l'examine pour la première fois, il est bien plus difficile de déterminer avec exactitude son mode d'évolution. On est forcé, dans ces cas, de s'en rapporter aux renseignements fournis par les commémoratifs, renseignements souvent mal rapportés par les malades, et qui peuvent tromper le praticien. En général les productions énormes, qui, des parties voisines envahissent l'orbite ou réciproquement, sont des kystes ou des productions cancéreuses; exceptionnellement cependant, des exostoses et des abcès ont donné lieu à des signes analogues. On conçoit que, dans ces diverses circonstances, la ponction exploratrice soit d'un grand secours pour éclairer le diagnostic, toutefois les erreurs sont encore trop fréquentes.

CHAPITRE VI

MALADIES DES LÈVRES.

ARTICLE PREMIER.

LÉSIONS TRAUMATIQUES DES LÈVRES.

1° Contusions et plaies.

a. Les contusions des lèvres sont assez rares. Généralement sans importance, elles sont parfois assez violentes pour produire la rupture de quelques vaisseaux, et donner lieu à une infiltration sanguine, à une ecchymosé qui s'étend surtout du côté de la surface muqueuse, où le