

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

tissu cellulaire présente une laxité plus grande et des adhérences moins solides que du côté de la peau ; mais, presque toujours, dans ce cas, on observe du côté des arcades dentaires et des maxillaires des désordres plus graves et plus dignes d'attention que la contusion des lèvres. Aussi n'insisterons-nous pas sur cette dernière lésion, dont le traitement n'offre aucune indication spéciale.

b. Les plaies des lèvres peuvent être produites par des instruments piquants, tranchants ou contondants.

Les piqûres simples ne présentent rien de particulier ; compliquées par la présence d'un venin (piqûres d'abeilles), ou d'un corps étranger (pointes d'aiguille, d'épingle à suture), elles peuvent être suivies d'accidents inflammatoires.

Les plaies par instruments tranchants offrent diverses variétés, relativement à leur siège, à leur étendue et à leur direction. Qu'elle occupe la face cutanée ou la face muqueuse, une plaie superficielle de la lèvre ne présente généralement aucune gravité et guérit rapidement.

Il en est de même pour certaines plaies profondes, dont la direction est transversale, suivant la longueur des fibres de l'orbiculaire ; car, dans ce cas encore, la réunion immédiate est facile à obtenir. Au contraire, dans une plaie profonde, oblique ou verticale, intéressant le bord libre de la lèvre, et dans laquelle les fibres de l'orbiculaire ont été coupées en travers, les bords de la solution de continuité tendent à s'écarter l'un de l'autre, sous la double influence de l'action des muscles dilatateurs de l'orifice buccal, et de la rétraction des deux bouts de l'orbiculaire divisé. Cet écartement reste limité si la blessure est incomplète et a laissé intacte l'une des membranes tégumentaires, la peau ou la muqueuse ; mais il peut acquiescer, après une section complète de la lèvre, des proportions considérables qui s'exagèrent encore lorsque les muscles entrent en contraction, pendant les cris, le rire, etc. Il en résulte que la réunion immédiate est plus difficile, et si le chirurgien n'intervient pas d'une manière efficace, on doit craindre une cicatrisation isolée des bords de la plaie, et par suite la production de cette difformité connue sous le nom de *bec-de-lièvre accidentel*.

Une autre complication, également fréquente dans les plaies par instruments tranchants, est l'hémorragie fournie par les artères coronaires, et qui sera d'autant plus abondante que ces troncs vasculaires auront été intéressés plus près de leur origine, c'est-à-dire en un point plus rapproché de la commissure labiale.

Les plaies contuses des lèvres ne sont pas très-fréquentes, et nous trouvons l'explication de ce fait dans la mobilité et l'extensibilité de ces organes. On comprend cependant que l'arcade dentaire fournissant en arrière un point d'appui aux lèvres, celles-ci puissent parfois être comprimées entre cette arcade et le corps vulnérant, et subir alors un écrasement ou des déchirures plus ou moins étendues. On a encore observé ces lésions à la suite de coups de feu, sur des individus qui avaient cherché

à se donner la mort en se tirant un coup de pistolet ou de fusil dans la bouche : dans ce cas, les bords de la plaie sont irréguliers, comme déchiquetés, souvent infiltrés de sang.

Enfin certaines blessures s'accompagnent d'une perte de substance de la lèvre : fréquent dans les plaies par armes à feu, soit que le projectile emporte une partie du repli labial, soit que des lambeaux sphacelés se détachent au bout de quelques jours, cet accident se voit aussi à la suite de plaies par morsures et déchirures, ou de plaies transversales par instrument tranchant avec section complète du bord libre.

TRAITEMENT. — Les plaies par instruments piquants ne demandent aucun soin particulier, si ce n'est qu'il faut extraire les corps étrangers dont la présence a été reconnue.

Pour les plaies par instruments tranchants, quelles qu'elles soient, l'indication reste la même : maintenir en contact les bords de la solution de continuité et s'efforcer d'obtenir une réunion immédiate. Les moyens mis en usage pour arriver à ce résultat diffèrent selon les cas. Des bandelettes de diachylon, des bandelettes de toile imbibées de collodion suffiront pour toutes les plaies superficielles, et aussi pour certaines plaies profondes, à direction transversale, dont la réunion ne présente pas de grandes difficultés. Chaque fois, au contraire, qu'une plaie verticale ou oblique aura dépassé les téguments et entamé le muscle orbiculaire, quelques points de suture deviendront utiles, sinon nécessaires. Enfin, si la blessure était très-profonde, et à plus forte raison si la lèvre était divisée dans toute son épaisseur, la suture serait formellement indiquée. Nous donnons la préférence à la suture entortillée, qu'on devra pratiquer avec un soin minutieux, après avoir abstergé convenablement la plaie et affronté ses bords aussi exactement que possible pour épargner au blessé les inconvénients d'une cicatrice vicieuse ou difforme. Mais il est une précaution que le chirurgien ne doit jamais négliger lorsqu'il s'agit d'une division complète de la lèvre, c'est d'enfoncer profondément les épingles et de comprendre dans la suture une grande épaisseur de tissu ; sinon, l'hémorragie peut continuer en arrière, du côté de la muqueuse ; le sang est avalé avec la salive, et l'on a cité des cas de ce genre où des malades ont succombé, où d'autres ont couru les plus grands périls. Ce danger est surtout à craindre chez les enfants.

Si, après la réunion de la plaie, l'hémorragie persiste, on aura recours, soit à la torsion, soit à la ligature, si l'on parvient à découvrir et à saisir avec les pinces l'artère qui fournit le sang ; sinon, la compression pourra être utilement employée, et c'est ainsi que Boyer s'est servi avec succès d'une lamelle de plomb recourbée, se moulant sur le bord libre de la lèvre de façon à comprimer à la fois la surface cutanée et la surface muqueuse.

Les plaies contuses doivent, comme les précédentes, être réunies immédiatement ; mais il sera souvent nécessaire, avant de procéder à la réunion, de régulariser les bords de la solution de continuité, si on ne

veut pas s'exposer à obtenir une cicatrice difforme. La réunion peut être tentée encore, alors même que la plaie commence à suppurer; et, si elle ne réussit pas, il reste toujours la ressource d'aviver les bords, comme dans le bec-de-lièvre, et de les réunir une seconde fois, avec plus de chances de succès.

Enfin, certaines plaies des lèvres sont suivies d'une cicatrisation tellement vicieuse, ou s'accompagnent d'une perte de substance si étendue qu'elles obligent le chirurgien à pratiquer plus tard une restauration.

ARTICLE II.

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DES LÈVRES.

1° Inflammations.

Les inflammations dont les lèvres peuvent être le siège sont tantôt superficielles et limitées aux surfaces tégumentaires, tantôt profondes et occupant l'épaisseur même du repli labial.

Parmi les inflammations superficielles, nous avons à signaler l'érysipèle et l'herpès. Cette dernière est plutôt du domaine médical, et ne devra pas nous arrêter.

Il en est de même de l'érysipèle qui reste rarement limité aux lèvres et ne présente aucune particularité à noter. Quant aux inflammations profondes, elles comprennent : *a*, les phlegmons et les abcès; *b*, les furoncles et les anthrax.

A. Phlegmons et abcès.

Le phlegmon des lèvres se développe le plus ordinairement à la suite d'une lésion traumatique : contusion, plaie contuse, opération chirurgicale, etc.; il peut succéder à un érysipèle.

Quoi qu'il en soit, son apparition est marquée par un gonflement, avec tension douloureuse du repli labial, rougeur et chaleur des téguments; les ganglions sous-maxillaires s'engorgent et deviennent sensibles à la pression. Souvent le mal ne va pas plus loin : le phlegmon se termine par résolution; mais parfois on voit la suppuration survenir. Exceptionnellement les abcès des lèvres pourront occuper une grande étendue et devenir volumineux; presque toujours ils restent circonscrits et limités.

Le traitement ne présente aucune indication particulière : il consiste simplement à appliquer, au début, des topiques émollients, puis à ouvrir de bonne heure une issue au pus. Il est presque inutile d'ajouter que, si le phlegmon est survenu à la suite d'une opération chirurgicale, on ne devra pas hésiter à enlever aussitôt les fils, les épingles à sutures ou autres corps étrangers dont la présence ne servirait qu'à accroître ou tout au moins à entretenir l'inflammation.

B. Furoncles et anthrax.

Jusque dans ces dernières années les furoncles et les anthrax des lèvres n'avaient pas attiré d'une manière particulière l'attention des chirurgiens. La gravité exceptionnelle que peuvent acquérir ces affections, généralement de nature bénigne, a été signalée dans l'histoire générale du furoncle (voy. t. II, p. 27). Depuis cette époque, les faits se sont multipliés et ont démontré que non-seulement les furoncles des lèvres, mais d'une manière plus générale, les furoncles et les anthrax de la face sont susceptibles d'entraîner des accidents graves et même mortels. Laisant donc de côté les cas de furoncles et d'anthrax bénins, qui n'offrent aucun intérêt particulier, nous nous arrêterons un instant sur les formes graves qui ont été de la part de Reverdin (1) l'objet d'une étude consciencieuse.

SIÈGE. — Le furoncle et l'anthrax peuvent se développer sur tous les points de la lèvre, le plus souvent à la face externe ou sur le bord libre, quelquefois aussi à la face interne. Sur 29 cas, la tumeur siégeait 17 fois à la lèvre supérieure, 9 fois à la lèvre inférieure, 3 fois à la commissure.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions que nous avons maintenant à décrire doivent être examinées au niveau même et dans le voisinage de l'anthrax ou du furoncle, et aussi dans les organes plus ou moins éloignés où elles ont pu se propager.

Voici quelles sont, d'après Reverdin, les lésions observées lorsqu'on incise profondément, dès le début, un anthrax ou un furoncle de la lèvre : on aperçoit fréquemment sur les deux surfaces de section de petits points jaunes, répandus en grand nombre et comme infiltrés dans le tissu cellulaire qui unit entre eux les faisceaux des fibres de l'orbiculaire; leur forme est généralement arrondie, leur volume est celui d'une tête d'épingle ou d'un grain de millet; ils donnent à la lèvre épaissie et indurée un aspect aréolaire, et leur adhérence est telle qu'ils résistent aux pressions les plus énergiques : c'est seulement plus tard, lorsque la suppuration s'établit, qu'ils sont entraînés et éliminés comme de véritables bourbillons.

Chez les sujets qui ont succombé, on a trouvé à l'autopsie de petits foyers purulents, multiples, confluent, bien circonscrits, formés par des amas de leucocytes et souvent entourés d'une zone rouge foncé, indiquant un épanchement sanguin à leur périphérie; on a vu parfois ces collections purulentes se continuer de proche en proche, par trainées, entre les faisceaux musculaires, dans la joue, dans le muscle masséter, dans les muscles de la langue et de la région sus-hyoïdienne, dans la glande sous-maxillaire et même sous le périoste des mâchoires.

Mais indépendamment de ces lésions, il en est une autre plus impor-

(1) Recherches sur les causes de la gravité particulière des anthrax et des furoncles des lèvres (Arch. génér. de méd., 1870).