

mode de traitement, et on doit toujours débiter par le mettre en usage, lorsque la désorganisation cancéreuse n'est pas bien évidente. Il y a plus; comme on l'a vu réussir dans des cas où la désorganisation paraissait arrivée à son dernier terme, il est toujours prudent de commencer par y avoir recours, quitte à y renoncer si l'on s'aperçoit qu'au bout de quelque temps il ne produise aucun amendement. On y a toujours cet avantage, soit de rendre le mal stationnaire, soit de le réduire à son état de plus grande simplicité, et de rendre par là plus facile l'emploi des autres médications.

Il est souvent utile de faire alterner ce traitement avec l'emploi des excitans locaux; c'est fréquemment le seul moyen d'imprimer au squirre le mouvement, l'activité vitale nécessaires à sa résolution, et de faire cesser l'état d'inertie dans lequel il est souvent comme engourdi. Mais ici, il faut bien prendre garde de dépasser le but qu'on se propose, car il n'est pas rare de voir le surcroît d'irritation qu'on excite hâter la désorganisation; c'est à l'expérience à guider sur ce point. Cette méthode n'est, comme on le pense bien, applicable qu'au cancer extérieur, puisqu'il faut pouvoir suivre de l'œil les effets qu'on produit, afin de les maintenir dans les limites voulues pour le succès. Outre l'inconvénient d'ailleurs, de s'exposer en l'employant dans le cancer profondément placé, à dépasser le degré d'excitation que l'on veut produire dans l'organe malade sans pouvoir en être averti à temps, il serait souvent très-dangereux de provoquer dans un organe important le plus faible degré d'excitation possible.

On peut avec avantage seconder les effets de ces méthodes thérapeutiques, par l'abstinence, sinon complète, comme le voulait Pouteau de Lyon (1), du moins assez rigoureuse. L'expérience a démontré que sous l'influence de l'abstinence,

(1) *Œuvres posthumes*, t. I.

les engorgemens chroniques se résolvent avec plus de facilité: il semble que l'absorption ne trouvant plus à s'exercer sur des matériaux nutritifs, puise dans toute l'économie les matières qui sont étrangères. On sent qu'en employant ce moyen, il ne faut pas pratiquer d'aussi nombreuses ni d'aussi fortes saignées locales que lorsque les malades prennent des alimens qui réparent leurs pertes. Pouteau même se bornait à l'abstinence et à l'eau pure; il est vrai qu'il privait entièrement ses malades d'alimens; il ne leur donnait que cinq à six pintes d'eau à la glace par jour, et continuait ainsi pendant trente, quarante, cinquante jours, et même deux mois, puis il les ramenait ensuite graduellement aux alimens, en commençant par un jaune d'œuf délayé dans deux verres d'eau froide, donnait ensuite des crèmes, puis des soupes, et enfin des alimens solides. Quoi qu'on ait dit pour déprécier cette méthode, elle nous paraît rationnelle, et les faits de guérison que Pouteau rapporte à l'appui, déposent fortement en sa faveur. Nous croyons donc qu'on en obtiendrait de bons effets, soit en l'employant seule et dans toute sa rigueur, soit moins sévère et combinée avec les méthodes précédentes.

Lorsque ces moyens restent sans effet, ou mieux, dès le début du mal, et concurremment avec eux, on peut avoir recours à certains médicamens, lesquels administrés à l'intérieur, paraissent avoir pour effet d'activer la résolution de la masse squirreuse; tels sont la ciguë, la belladone, l'acétate de cuivre, l'oxide d'arsenic, le carbonate de fer, le plomb et ses diverses préparations, l'eau de mer, l'onguent mercuriel, etc. L'efficacité de tous ces médicamens est contestée par divers auteurs; cependant, on ne peut se dissimuler qu'ils ne comptent tous des succès; on serait donc coupable de ne les pas prescrire; mais il faut faire attention de les déposer dans des estomacs sains, et de ne les donner qu'à des doses très-

modérées et graduellement croissantes, si l'on ne veut pas déterminer de graves accidens.

Enfin, dans ces derniers temps, on a remis en pratique un moyen essayé depuis quatorze ou quinze ans en Angleterre; ce moyen, c'est la compression. M. Récamier qui l'a surtout vantée en France, l'exerce au moyen de couches d'agaric superposées, de manière à former un cône tronqué dont le sommet correspond à la tumeur, et sur la base duquel appuie un bandage compressif fait avec des bandes ou un corset. Mais comme ce moyen n'est applicable qu'aux cancers extérieurs, et presque uniquement à celui des mamelles, nous renvoyons ce que nous avons à en dire à l'histoire de cette dernière affection.

Mais il arrive fréquemment que tous ces moyens échouent, alors même qu'on y a recours dans les conditions en apparence les plus favorables à leurs effets. Les tissus sont quelquefois si profondément altérés dès les commencemens de la maladie, que rien ne peut les ramener à leur organisation normale. Il ne reste plus alors aucune ressource si le cancer occupe un organe intérieur, et le mal est incurable. Si, au contraire, la maladie est extérieure, deux puissans moyens sont encore à la disposition de l'homme de l'art, les caustiques et l'extirpation. Mais on ne doit les employer l'un ou l'autre que lorsqu'on a la certitude de détruire le mal tout entier: dans le cas contraire, lorsque le cancer est étendu, que plusieurs parties en sont affectées, toute opération est inutile, elle a même l'inconvénient de hâter la désorganisation des parties malades qu'on n'a pas détruites. Les caustiques ne doivent être appliqués qu'aux cancers peu étendus, en raison des accidens graves qu'ils pourraient produire si on voulait détruire par eux une masse cancéreuse très-considérable; leur emploi est d'ailleurs soumis aux règles que nous avons plusieurs fois posées dans le

cours de cet ouvrage. L'extirpation leur est préférable dans la majorité des cas.

Cette opération, variable dans les différentes parties du corps où un cancer peut se développer, est cependant soumise à quelques règles générales que nous allons faire connaître, et qui sont applicables à l'extirpation de la plupart des tumeurs. Ces règles sont: 1° si la tumeur est petite et mobile, de la découvrir par une incision simple, à travers laquelle on la fait saillir en la pressant sur les côtés, ce qui donne la facilité de la saisir, et de détruire en quelques coups d'instrumens les faibles liens cellulux qui la retiennent; 2° si la tumeur est volumineuse et la peau altérée, de circonscrire toute le portion des tégumens altérée dans deux incisions semi-elliptiques; si la peau est saine, de découvrir le squirre au moyen d'une incision en T ou d'une incision cruciale, qui l'une et l'autre doivent s'étendre jusqu'au delà de la base du mal, afin de pouvoir la découvrir en totalité; 3° de disséquer les lambeaux, et de séparer la tumeur des parties voisines à grands coups de bistouri, afin d'abrégier la durée de l'opération et les douleurs du malade; 4° de diriger le tranchant du bistouri obliquement vers le tissu cellulaire ambiant qui est sain, afin de ne pas s'exposer à laisser quelque reste du squirre, qui pourrait reproduire la maladie; 5° de ménager cependant, autant que possible, et de faire pour cela écarter avec les doigts des aides, les organes voisins, dont la lésion est inutile ou dangereuse; 6° de lier les vaisseaux à mesure qu'on les divise, afin que le sang ne masque pas la couleur des tissus, et aussi afin de se mettre à l'abri des hémorrhagies consécutives; 7° de placer même d'abord deux fils sur les gros vaisseaux que l'on est forcé d'ouvrir, afin de ne les couper qu'entre ces deux ligatures; 8° après l'opération, de bien examiner l'état de la plaie, à l'aide de la vue et du toucher, afin de reconnaître s'il reste quelque partie du tissu induré ou suspecté que

l'on devrait enlever incontinent; 9° enfin, de ne panser la plaie qu'après avoir attendu une ou deux heures, afin d'être sûr que l'écoulement du sang est définitivement arrêté, et qu'il ne se fera point d'hémorrhagie consécutive.

On extirpe de cette manière tous les cancers opérables; cependant, quand on a lieu de soupçonner que la tumeur est enkystée, il vaut mieux, surtout lorsqu'elle a une base large, et qu'elle est appliquée sur des parties qu'il serait dangereux de blesser, fendre le kyste et le vider; on peut alors le saisir et l'étendre, de manière à voir toujours ce que l'on fait, et à rendre plus facile sa séparation d'avec les parties sous-jacentes.

L'un des caractères les plus fâcheux du cancer est la facilité avec laquelle il se reproduit. Par quelque moyen qu'on l'ait guéri, on n'est jamais bien assuré qu'il ne récidivera pas. Des moyens nombreux ont été mis en usage pour prévenir cette funeste récidive, mais aucun d'eux n'a pu réussir; ce sont d'ailleurs pour la plupart les mêmes médications que l'on conseille pour guérir la maladie. Les saignées générales, un régime adoucissant, et les précautions connues de l'hygiène, paraissent les seules utiles, les seules auxquelles on croie devoir attribuer quelques succès. Cependant nous devons dire que les squirrhes enkystés ne repullulent presque jamais après leur extirpation.

Tous les organes sont susceptibles d'être affectés de squirrhe et de cancer. Nous n'examinerons pas cette maladie dans les divers sièges qu'elle peut occuper, ce serait nous exposer à de fréquentes et inutiles répétitions; nous nous bornerons donc à l'étudier dans les organes importans et dans ceux où elle présente quelques particularités.

*Du squirrhe et du cancer du cerveau.*

Les causes du cancer du cerveau ne sont pas connues; on a seulement remarqué qu'il était beaucoup plus fréquent dans

l'âge mûr qu'aux autres époques de la vie, et l'on peut en conclure que les affections morales en sont les causes les plus ordinaires. Cette maladie est assez rare.

*Symptômes, marche, durée, etc.* Il est loin d'être facile de diagnostiquer le squirrhe du cerveau, les symptômes qu'il présente ayant la plus grande analogie, et souvent la plus exacte ressemblance avec ceux de la plupart des autres affections cérébrales. Cependant sa marche, et le caractère de la douleur qui l'accompagne, permettent quelquefois de le reconnaître. Il débute en général par des douleurs lancinantes très-violentes, qui reviennent par accès. (Bayle et Cayol.) Ces douleurs, quelquefois très-étendues, d'autres fois circonscrites, se font ordinairement sentir au point correspondant à la partie affectée, bien qu'il ne soit pas sans exemple de les voir se déplacer. Elles sont tellement vives, que les malades poussent des cris et des gémissemens continuels; il semble à quelques uns que leur tête va se fendre; à d'autres, qu'elle est serrée comme dans un étau. Les accès, d'une durée variable depuis quelques minutes jusqu'à plusieurs heures, d'abord éloignés d'un ou plusieurs mois, se rapprochent de plus en plus; ils se répètent toutes les semaines, puis tous les jours, puis plusieurs fois par jour; la douleur augmente d'intensité à mesure que les intervalles des accès diminuent; elle finit par devenir continue avec des redoublemens, et ne laisse plus le moindre relâche aux malades.

Tant que les accès ne reviennent qu'à de longs intervalles, la santé générale des malades ne paraît pas en souffrir; mais, à mesure qu'ils se rapprochent, le teint s'altère de plus en plus, et il présente bientôt cette coloration jaune-paille qui est un des caractères des affections cancéreuses. Bientôt aussi du trouble survient dans les fonctions intellectuelles; des symptômes de paralysie se manifestent, et les membres pa-

ralysés sont le siège de douleurs vives et lancinantes; on observe quelquefois des convulsions, de véritables attaques d'épilepsie, et même on a vu la manie et l'idiotisme en être les suites.

Il est digne de remarque que, malgré ces violentes douleurs, les malades conservent en général leur embonpoint naturel pendant assez long-temps, seulement leurs chairs sont pâles et flasques; ils mangent et digèrent parfaitement, et les femmes conservent leur menstruation régulière. Après des mois et quelquefois des années de cet état, la substance cérébrale s'enflamme autour du squirrhe, et les symptômes de cérébrité se montrent; le malade ne tarde pas alors à succomber. Dans quelques cas, les malades meurent dans une attaque d'épilepsie ou dans des convulsions. Nous ne parlons pas de la paralysie du rectum et de la vessie, qui survient souvent dans les derniers temps de la vie; c'est un effet inséparable de pareils désordres.

*Caractères anatomiques.* En disséquant le cerveau des individus qui ont succombé à cette maladie, on trouve une ou plusieurs masses squirrheuses présentant tous les caractères anatomiques que nous avons fait connaître dans nos généralités, et le plus ordinairement formées par du tissu squirrheux, de la matière encéphaloïde et de la matière tuberculeuse. Il est plus ordinaire de ne rencontrer qu'une tumeur que d'en trouver plusieurs, et presque toujours la substance cérébrale est ramollie et enflammée autour d'elle; quelquefois la masse cancéreuse n'est ni régulière ni circonscrite, elle se continue de toutes parts avec la substance du cerveau. On trouve quelquefois de la sérosité épanchée dans la grande cavité de l'arachnoïde; cette membrane est parfois enflammée.

*Traitement.* L'art échoue toujours contre cette redoutable maladie; on ne peut en général que soulager les malheureux

qui en sont atteints: c'est en combattant chaque symptôme en particulier qu'on y parvient; on sonde le malade pour le faire uriner; on vide le rectum des matières fécales qui y sont accumulées; on combat les convulsions par les bains et les affusions, les congestions par les saignées locales ou générales, et les douleurs de tête par l'application de la glace et des cataplasmes émolliens et narcotiques sur la tête préalablement rasée. Cependant on doit, lorsqu'on a diagnostiqué de bonne heure la maladie, recourir à l'emploi des saignées, des vésicatoires, des cautères et des sétons à la nuque; prescrire les purgatifs répétés, les pédiluves, et les médicamens (ciguë, belladone, etc.) que nous avons indiqués comme applicables au traitement de tous les cancers.

*Du squirrhe et du cancer des nerfs.*

Le cancer affecte rarement les cordons nerveux, et la science ne possède qu'un petit nombre d'observations de cette désorganisation. Marandel a observé un exemple de tumeur cancéreuse développée dans le nerf saphène externe; M. Moutard Martin en a vu un exemple dans le nerf médian; M. Lévêque-Lasource, dans le trifacial; M. Dupuytren, dans le nerf tibial postérieur, dans le sous-orbitaire; Wardrop, dans le nerf optique, etc. La rareté de ces observations a empêché qu'on pût jusqu'à ce jour tracer l'histoire de cette affection; on en ignore les causes. L'engorgement squirrheux du nerf, les douleurs lancinantes dessinant le trajet du nerf affecté, des troubles dans le mouvement ou la sensibilité des parties auxquelles il se distribue, sont les seuls symptômes qu'on lui assigne. Le traitement ne diffère pas de celui que nous avons indiqué pour le cancer en général; il consiste dans l'emploi des antiphlogistiques, des narcotiques et des stupéfiants au début, et lorsque ces moyens ont échoué, dans l'extirpation ou la cautérisation de la tumeur squirrheuse, si elle

peut être facilement atteinte par les instrumens chirurgicaux.

*Du squirre et du cancer des paupières.*

Le cancer des paupières occupe tantôt leur bord libre, et tantôt l'une ou l'autre de leurs commissures.

Dans le premier cas, il commence ordinairement par un bouton d'apparence dartreuse, ou dur et inégal, qui, après être resté long-temps stationnaire et peu sensible, devient douloureux, et se transforme en un ulcère à bords élevés, renversés, saignans, inégaux, qui s'étend peu à peu vers le bord adhérent de l'organe, en se prolongeant soit sur la peau, soit sur la conjonctive, soit en envahissant en même temps toute l'épaisseur de la paupière. Le cancer qui attaque les commissures se fait remarquer plus souvent à la commissure externe que vers l'interne. Il peut également débiter par un bouton, qui prend peu à peu le caractère cancéreux; mais quand il attaque le premier de ces points, il commence quelquefois par une gerçure douloureuse, dont les bords s'élèvent, se durcissent, se renversent, et qui dégénère ainsi en un ulcère, dans lequel on ne tarde pas à remarquer l'aspect propre à ce genre de maladie. Lorsqu'il commence par la commissure interne, la caroncule lacrymale et les points lacrymaux sont bientôt envahis, et un larmoïement incommode est le résultat du rétrécissement ou de la destruction de ces derniers. Quel que soit le lieu où il ait commencé à paraître, le cancer des paupières, quand il est ancien, se propage jusqu'au globe de l'œil.

Lorsque le mal est borné au bord libre de la paupière, on conseille généralement de l'enlever au moyen d'une incision en V, résultant de deux incisions obliques, qui, partant du bord libre de la paupière, et embrassant dans leur écartement toute la partie malade, viennent se joindre à angle vers le bord adhérent du voile membraneux. On a pour but, en opérant

ainsi, de tenter la réunion immédiate de la plaie, en rapprochant ses bords au moyen de quelques points de suture. Mais la texture fibreuse des paupières s'oppose plus ou moins efficacement au rapprochement des lèvres des plaies avec perte de substance, et d'un autre côté, ces parties ont si peu d'épaisseur, qu'on ne peut pas toujours les affronter exactement. Aussi, la réunion est-elle en général fort difficile à obtenir, et voit-on presque toujours les fils couper la peau et tomber, avant que l'adhésion soit complète. Frappé de ces inconvéniens, M. Dupuytren a imaginé de saisir la partie malade avec des pinces, et de la retrancher avec des ciseaux courbes sur leur plat, en faisant à la paupière une échancrure demi-circulaire, aussi régulière que possible, et dont la convexité regarde son bord adhérent. On lie, s'il en est besoin, les artères palpébrales; on se borne à recouvrir la plaie d'un linge fin et fenêtré, enduit de cérat, par-dessus lequel on place un gâteau de charpie, que l'on soutient avec une compresse et quelques tours de bande. Les angles que forment les extrémités de la section avec le bord libre de la paupière s'effacent peu à peu, la courbure de l'échancrure diminue, son fond se met insensiblement au niveau de ce qui reste au bord palpébral, et après la cicatrisation de la plaie, la difformité est à peine apparente, et ne consiste le plus souvent que dans l'absence des cils. On sent toutefois que pour qu'il en soit ainsi, il faut que la perte de substance ne soit pas très-considérable; que, par exemple, elle ne dépasse pas la moitié de la hauteur de la paupière, car, dans ce dernier cas, l'échancrure éprouvée par le bord de cet organe ne disparaîtrait pas complètement.

Lorsque cet organe est détruit dans toute sa hauteur, l'œil reste à découvert, et il résulte de son exposition continuelle au contact de l'air une inflammation quelquefois assez violente pour se propager au cerveau, mais qui, dans le plus grand

nombre des cas, passe de l'état aigu à l'état chronique, et détermine diverses altérations ou même diverses dégénération de ses parties constitutives, dont le moindre inconvénient est la perte de la vue.

On a conseillé dans ce cas de procéder immédiatement après avoir enlevé le bouton chancreux, à la formation d'une nouvelle paupière, en imitant l'opération usitée depuis long-temps pour réparer la perte plus ou moins complète du nez.

C'est avec la peau prise sur le front pour la paupière supérieure, et sur la joue pour l'inférieure, que l'on remplace celui de ces deux voiles membraneux qui est détruit.

On peut s'y prendre de deux manières.

Dzondi, qui a pratiqué cette opération pour remédier à l'ectropion, inscrit entre trois incisions, un lambeau de dimension suffisante et de forme appropriée à la perte de substance, et dont le quatrième côté qui reste adhérent et qui est assez large, forme la base. Il le dissèque, l'allonge, et le réunit par des points de suture de chaque côté aux lèvres de la solution de continuité.

D'autres, Fricke, par exemple, empruntent au voisinage de la perte de substance qu'ils veulent combler un lambeau de forme analogue à celle-ci, le détachent et le renversent sur lui-même en le tordant sur son pédicule qui correspond à la solution de continuité, et le fixent par des points de suture; ils coupent ce pédicule après six ou huit jours, quand l'adhérence entre le lambeau et les lèvres de la solution de continuité est bien établie.

Lorsque la maladie affecte la commissure interne, on est presque toujours forcé de la circonscire par une incision demi-circulaire; quand elle attaque la commissure externe, on peut au contraire l'inscrire dans les deux branches d'une in-

cision en V, dont l'écartement regarde le globe oculaire: dans les deux cas, on achève de séparer le cancer à l'aide du bistouri, après l'avoir saisi et soulevé avec des pinces. On panse comme il a été dit plus haut. La guérison s'opère aussi facilement; mais il reste toujours une difformité qui consiste dans un rétrécissement de l'ouverture des paupières, et quand c'est sur l'angle interne de l'œil que l'on a opéré, comme dans ce cas les points lacrymaux sont presque toujours compromis et doivent être enlevés, il en résulte un larmolement incurable.

Du squirre et du cancer de l'œil.

Le cancer du globe oculaire est, dans quelques cas, une suite de celui des paupières, qui s'est propagé de proche en proche jusqu'à l'œil. Le plus souvent il débute dans cet organe, et il est la suite d'ophthalmies opiniâtres ou de cornéites chroniques qui se sont terminées par des abcès dans l'épaisseur de la cornée, par un staphylôme saillant entre les paupières, ou même par des tubercules cancéreux. L'œil devient le siège de douleurs lancinantes, durcit et rougit; sa surface devient inégale, bosselée, il augmente de volume, et bientôt présente tous les traits de la désorganisation cancéreuse la mieux caractérisée. La masse dégénérée écarte les paupières, les distend, les applique à sa surface, et finit par les envahir en totalité; et les malades ne tardent pas à périr, épuisés, soit par les pertes de sang, soit par les douleurs déterminées par le cancer lui-même, soit par l'extension de la maladie au cerveau, soit par suite de l'apparition de plusieurs autres cancers dans l'économie. (*Diathèse cancéreuse.*)

On ne peut détruire le cancer de l'œil que par l'extirpation. George Bartish, oculiste saxon, paraît être le premier qui ait proposé cette opération, dans un traité qui a paru en 1555. Il se servait pour la pratiquer, d'une cuiller tranchante avec laquelle il vidait l'orbite. Après lui, Fabrice de Hilden a ex-

tirpé l'œil à l'aide d'un couteau courbé sur son plat et boutoné à son extrémité; d'autres ont depuis arraché l'œil, en le saisissant avec une espèce de tenaille. Le procédé le plus simple, le plus facile, et le plus usité aujourd'hui, est celui qu'a proposé Louis (1).

Le malade étant assis, entouré d'une alèze, et ayant la tête appuyée sur la poitrine d'un aide, le chirurgien commence par fendre la commissure externe des paupières, afin d'agrandir l'ouverture qui doit livrer passage au globe oculaire dégénéré. Les paupières sont alors fortement écartées; l'opérateur enfonce un bistouri droit à pointe forte vers le grand angle de l'œil, et le ramène de dedans en dehors vers l'angle externe, en lui faisant suivre la ligne courbe suivant laquelle la conjonctive se réfléchit de la paupière inférieure sur l'organe visuel; dans ce trajet, la pointe de l'instrument appuie sur la partie la plus antérieure de la paroi inférieure de l'orbite, de manière à couper en même temps que la conjonctive les attaches antérieures du muscle petit oblique. L'instrument est alors conduit de la commissure externe des paupières vers l'interne entre la paupière supérieure fortement relevée, et le globe de l'œil; il divise, dans cette seconde incision, la conjonctive dans le point où elle se réfléchit de la paupière supérieure sur l'œil, et sa pointe, appuyant sur les os, coupe vers l'angle interne les attaches du muscle grand oblique à l'orbite. Le globe se trouve ainsi détaché dans toute sa circonférence, et ne tient plus au fond de la cavité orbitaire que par ses muscles propres, par le nerf optique, et par les vaisseaux ophthalmiques. Pour achever de le détacher, on le saisit avec une égrigne simple ou double, ou avec une pince de Museux, et l'inclinant vers une des parois de l'orbite, on glisse entre les os et lui des ciseaux courbés sur leur

(1) *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, tom. V.

plat, dont la concavité embrasse sa convexité, et avec lesquels on coupe toutes les parties qui le retiennent, c'est-à-dire le faisceau formé par les quatre muscles droits, par le nerf optique et par les vaisseaux ophthalmiques. On saisit alors, et on enlève la glande lacrymale située dans l'enfoncement qui se remarque à la partie supérieure, antérieure et externe de l'orbite, parce que son séjour pourrait entraîner un larmolement incommode; après quoi on porte le doigt dans la profondeur de la cavité, afin de reconnaître s'il n'existerait pas quelque partie de tissu cellulaire dure et engorgée, et qu'il faudrait saisir et extirper sur-le-champ. Cela fait, on lave la plaie, et on tamponne l'orbite, afin d'éviter l'hémorrhagie, après avoir toutefois laissé couler une quantité de sang suffisante pour prévenir une inflammation violente.

Tel est le procédé opératoire à employer quand les paupières sont saines et libres; si elles étaient étendues sur la tumeur et adhérentes, mais saines, il faudrait, après avoir incisé la commissure externe, les détacher par la dissection, et continuer ensuite l'opération ainsi qu'il a été dit. Si, au contraire, elles étaient elles-mêmes affectées de dégénération cancéreuse, il faudrait porter l'instrument entre leur bord adhérent et la base de l'orbite afin de les détacher, et les emporter avec la tumeur dont elles feraient partie.

Après cette opération douloureuse, le malade continue ordinairement d'éprouver, pendant quelques heures, des souffrances aiguës, qui se propagent de l'orbite dans l'intérieur du crâne, et qui dépendent à la fois de la section des nerfs nombreux qui se trouvent dans cette cavité, et de la compression que le tamponnement nécessaire pour prévenir une hémorrhagie leur fait éprouver. Il doit donc être mis au régime des maladies aiguës, saigné même si ces douleurs augmentent