

ferme les vaisseaux, les nerfs et le tissu cellulaire de l'orbite. L'*inflammation* consécutive à l'extirpation de l'œil reste circonscrite à la partie antérieure de l'orbite; elle est de plus courte durée et a moins de chances de se propager à l'intérieur du crâne.

Procédé de Bonnet (de Lyon). Les paupières sont écartées avec des blépharostats. On soulève un pli de la conjonctive du grand angle avec des pinces à griffes, et on incise ce pli et le fascia sous-conjonctival; introduisant ensuite l'une des branches des ciseaux sous le muscle droit interne, on soulève et on coupe ce dernier, comme dans la strabotomie. Par la boutonnière ainsi faite à la conjonctive et au fascia sous-conjonctival, on insinue les ciseaux, que l'on fait glisser entre la sclérotique et la capsule oculaire, et on coupe les insertions scléroticales des trois autres muscles droits. Avec le même instrument on coupe aussi les insertions oculaires des deux muscles obliques et le nerf optique.

La boutonnière faite à la conjonctive avec des ciseaux, dans le procédé que nous venons de mentionner, n'a pas toujours une étendue suffisante pour faire manœuvrer convenablement l'instrument. White Cooper a proposé la modification suivante: la conjonctive ayant été saisie avec des pinces et incisée *circulairement*, tout contre la cornée, avec des ciseaux droits, il attaque ensuite le fascia sous-conjonctival, de façon à mettre à nu les muscles droits. Avec un crochet à strabisme, il soulève chacun des muscles droits, qu'il coupe dans l'ordre suivant: droit supérieur, droit externe, droit inférieur; droit interne. L'œil ayant été attiré en avant et un peu en dedans, il introduit les ciseaux le long de la paroi externe de l'orbite, et coupe les muscles obliques, le nerf optique, le tissu cellulaire, pour séparer le globe de ses dernières attaches.

Procédé de l'auteur. Les paupières étant convenablement écartées par un aide; la commissure externe incisée au préalable, s'il y a lieu; je saisis avec une pince à griffes un large repli de la conjonctive au niveau du grand angle, après avoir fait porter le globe au dehors avec une éringé implantée à 2 millimètres de la sclérotique. J'incise le pli conjonctival et le fascia subjacent. Par cette ouverture, j'introduis des ciseaux avec lesquels je coupe l'insertion scléroticale des muscles droits interne, supérieur et inférieur, agrandissant au besoin l'incision de la conjonctive en haut et en bas. Les ciseaux glissent ensuite d'avant en arrière sur la face interne de la sclérotique et arrivent sur le nerf optique, qui est coupé. Rien de plus facile alors que de saisir l'extrémité postérieure du globe avec la pince à griffes, de faire exécuter à l'œil un mouvement de bascule d'arrière en avant et de dehors en dedans, et de couper avec des ciseaux courbes les insertions des deux obliques et du droit externe. L'avantage de ce procédé est de conserver une portion du cul-de-sac oculo-palpébral de la conjonctive, d'où une cicatrisation plus prompte et une nouvelle cavité conjonctivale moins irrégulière, parce que le tissu inodulaire est moins étendu.

Deuxième cas. L'affection de l'œil s'est propagée aux parties molles de l'orbite; les paupières sont saines. Le procédé opératoire est plus complexe que dans le cas précédent. L'important est d'enlever tout le mal,

de n'en laisser subsister aucun germe dans le tissu cellulo-graisseux de l'orbite, pour prévenir, ou tout au moins retarder une récurrence.

Les paupières étant convenablement écartées et la commissure externe incisée, on se rend maître de l'œil, soit au moyen du crochet ou des pinces de Museux qu'on y implante, soit au moyen d'un fil avec lequel on traverse l'organe; soit encore, en cas de tissus déjà ramollis, en embrassant la production morbide avec une pièce de linge. Le globe est incliné en haut, de manière à tendre les tissus qui l'unissent à la paupière inférieure. On incise la rainure oculo-palpébrale inférieure d'un angle à l'autre, en comprenant dans la solution de continuité la conjonctive et les liens subjacents de la masse morbide. Portant ensuite la tumeur en bas, on incise de la même manière les tissus de la rainure oculo-palpébrale supérieure. Alors, un couteau à *double tranchant et courbe sur le plat* est enfoncé entre l'œil et le plancher de l'orbite, la concavité tournée vers la tumeur qui est portée en haut, de telle façon qu'on coupe tous les tissus en rapport avec la paroi inférieure de l'orbite jusqu'aux environs du trou optique. On fait décrire au couteau un mouvement circulaire, de façon à contourner successivement les diverses parois de l'orbite, c'est-à-dire à séparer les tissus des os. Reste à couper le pédicule musculo-nerveux du fond de l'orbite. Pour cela on engage des ciseaux courbes sur le plat le long de la paroi supérieure ou de la paroi externe de l'orbite, la paroi interne étant formée de tissu osseux très-mince et pouvant être brisée par l'instrument. On conduit l'extrémité de l'instrument jusqu'au fond de la cavité orbitaire; là, on en écarte les branches avec lesquelles on embrasse le nerf optique et les muscles qui s'insèrent au trou optique, et on en fait la section en attirant la masse morbide en avant, de façon à tendre les tissus à inciser.

On porte le doigt dans l'orbite pour en explorer les diverses parties, afin de s'assurer si des tissus morbides n'ont pas échappé à l'action des instruments. Si on en rencontre qui adhèrent aux parois de l'orbite, on les emporte avec des ciseaux, ou même avec la rugine. La cautère actuel, recommandé par quelques praticiens, offre des inconvénients, à cause du voisinage de la cavité encéphalique. Le caustique de Canquoin nous semble préférable. L'extirpation de la glande lacrymale n'est utile que si l'on constate que cet organe présente une dégénérescence.

Troisième cas. L'affection de l'œil s'est propagée aux parties molles de l'orbite et aux paupières. On commence par cerner tout le mal, en faisant aux paupières une incision semi-lunaire ou elliptique, suivant que l'altération porte sur un seul ou sur les deux voiles. On rentre alors dans les conditions du second cas.

Pansement. Après l'extirpation de l'œil, on avait l'habitude de tamponner l'orbite avec des boulettes de charpie ou des rondelles d'amadou; des plumasseaux de charpie, des compresses, le bandage monocle complétaient le pansement. Cet appareil produisait une irritation et même parfois des phénomènes inflammatoires assez graves pour se propager au cerveau. Rossas a proposé avec raison un pansement plus simple et moins dangereux. Il fait d'abord appliquer sur la blessure des compresses d'eau froide pour

favoriser la cessation de l'écoulement sanguin. Alors il rapproche les paupières et les maintient dans cet état avec des bandelettes agglutinatives. Par-dessus les voiles, on applique quelques plumasseaux de charpie, des compresses longuettes, et on maintient le tout avec le bandage monocle. Si on a divisé la commissure externe des paupières, on réunit les lèvres de la plaie par quelques points de suture simple ou entortillée.

Accidents. Le plus fréquent de tous est l'hémorragie. En général, elle est facile à arrêter, en introduisant dans la cavité de l'orbite des réfrigérants ou des styptiques. Si ce moyen est insuffisant, on peut chercher à lier les vaisseaux accessibles à la vue. Comme, en définitive, la principale source de l'hémorragie est l'artère ophthalmique, rien n'empêcherait, dans les cas rebelles, d'embrasser avec une ligature tout le pédicule musculo-vasculaire du fond de l'orbite. On trouverait d'ailleurs une autre ressource non moins efficace dans le tamponnement de l'orbite, surtout avec des boulettes de charpie imbibées d'une solution de perchlorure de fer.

CHAPITRE IX.

NÉVRALGIES DE L'ŒIL ET DES ANNEXES DE L'ORGANE.

Les diverses branches de la portion sensitive du trijumeau qui se distribuent au globe de l'œil et aux paupières deviennent parfois le siège d'une névralgie. Le plus souvent c'est la branche ophthalmique de Willis qui est douloureuse; d'autres fois, la douleur est circonscrite aux filets ciliaires qui rampent entre la sclérotique et la choroïde. Plus communément, la névralgie se montre simultanément sur les divers rameaux nerveux à la fois.

Causes. La névralgie est idiopathique ou symptomatique. Elle est fréquente, mais non constante, dans la période prodromique du glaucome (p. 241); on l'observe presque toujours dans l'iritis aiguë (p. 62) ou chronique, dans l'irido-choroïdite, dans les ophthalmies internes qui succèdent aux opérations de cataracte à l'aiguille. Dans quelques cas, la névralgie sus-orbitaire paraît occasionnée par la présence d'un corps étranger, soit dans la région sourcilière (Allan), soit sur la cornée (Magne). On l'a observée à la suite d'une chute sur l'arcade sourcilière (Saint-Amand).

Les sujets atteints d'*hyperopsie*, ceux qui se servent de verres d'un mauvais numéro, accusent des douleurs autour de l'orbite lorsqu'ils exercent les yeux sur un ouvrage fin, probablement parce qu'ils font instinctivement des efforts d'accommodation qui, en changeant la forme de l'œil, compriment les filets ciliaires. Il a été question, à la page 47 de ce volume, des accès névralgiques parfois très-rebelles qu'on observe chez certains sujets affectés de kéraïte. Bader a observé des attaques névralgiques occasionnées par l'existence, sur l'un des nerfs ciliaires, d'un petit nodule dur, d'un blanc jaunâtre, du volume d'une tête d'épingle, formant un *névrome*.

La névralgie *idiopathique* reconnaît les mêmes causes que les névralgies des autres parties du corps; un état général chloro-anémique y prédispose. E.-L. Bertherand a observé une névralgie oculaire *épidémique* à Teniet-el-Haad, dans la province d'Alger. Il en rapporte le développement aux conditions hygiéniques déplorable des habitants, à leurs habitudes sédentaires, et à la présence d'une grande quantité d'électricité dans l'air.

Symptômes. Ils varient, en raison du siège de la névralgie. Dans la *sus-orbitaire*, on observe rarement une douleur circonscrite à une très-petite étendue de la région. Bien plus souvent les douleurs se propagent le long du nerf frontal, et elles vont parfois jusqu'au sinciput; je les ai observées plus vives, ou réveillées, lorsqu'on exerçait, avec la main, une pression sur les parties affectées. Dans quelques cas, elles sont accompagnées, pendant la crise, d'un larmolement abondant et d'un léger gonflement de la région sus orbitaire; la vision est elle-même un peu troublée, la conjonctive un peu injectée. Le nerf auriculo-temporal est parfois aussi affecté.

Dans la névralgie *sous-orbitaire*, moins commune que la précédente, la douleur s'irradie du trou sous-orbitaire à la paupière inférieure, l'aile du nez, la joue et la lèvre supérieure.

On constate parfois, dans la névralgie sus-orbitaire, des phénomènes insolites. Pendant l'accès, la lumière ne peut être supportée; les muscles des paupières et du front sont le siège d'une forte contraction; le pouls est accéléré; le dernier jour de l'accès, il survient un état tétanique général qui dure une heure (Barbosa). Pétrequin a noté, chez un jeune homme de seize ans, la coïncidence d'une mydriase et d'une névralgie du nerf frontal.

La *névralgie ciliaire* est caractérisée par des élancements douloureux dans l'œil. Une malade qui en était atteinte, et qui m'a consulté, disait qu'il lui semblait qu'on *disséquait* son œil. Une autre éprouvait une sensation comparable à celle qu'on aurait produite en arrachant l'œil avec des tenailles.

Chez quelques sujets, la névralgie atteint simultanément les filets ciliaires et les divisions de la branche ophthalmique de Willis. De là des phénomènes complexes.

Marche. La névralgie affecte le plus souvent un type intermittent; elle procède par accès d'une certaine durée, généralement de quelques heures. Ces accès présentent parfois une certaine régularité dans leur apparition, ils se montrent aux mêmes heures et ont la même durée chaque fois.

Traitement. On cherche d'abord à déterminer si la névralgie est symptomatique ou idiopathique. Dans le premier cas, il faut s'adresser à la cause, combattre en conséquence le glaucome naissant, l'iritis, l'irido-choroïdite, etc., par les moyens appropriés.

Dans la névralgie *idiopathique*, la médication qui réussit le plus communément est le vésicatoire volant promené sur les points douloureux. Si cette simple révulsion n'est pas suffisante, on panse le vésicatoire avec le *chlorhydrate de morphine*. Lorsque les douleurs ont un type intermittent, le *sulfate de quinine* réussit bien. On a associé l'*extrait de valériane* au sulfate de quinine. Le docteur Villaret a employé avec succès, dans un cas