

saisir en dehors et au delà des insertions du droit externe avec une pince érigne à petits crochets : ces *crochets* sont très résistants et très petits (mais

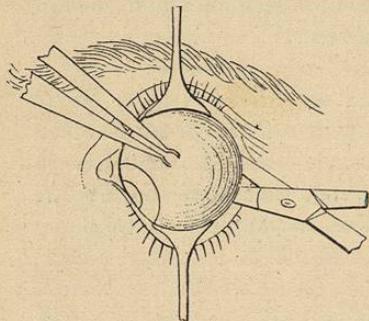


FIG. 126. — Section du nerf optique dans l'énucléation.

ne pas confondre avec la pince à *dents* de souris, tout à fait insuffisante ici) : ils entrent dans la *sclérotique*, mais ne *perforent pas l'œil*, qui conserve tout son contenu ; ils se bornent à accrocher solidement la sclérotique (fig. 126).

Les gros ciseaux moussetés et dont l'épaisseur en biseau des branches repousse le globe en avant tout en le protégeant du tranchant, sont introduits par dehors assez loin et facilement, si le premier temps (décoiffement conjonctival) et le second temps (section de tous les muscles) ont été largement et correctement exécutés ; ils s'ouvrent à temps, saisissent le nerf, le coupent ainsi que les tractus ténoniens restants, et l'œil reste au bout de la pince érigne.

On referme les paupières et on attend 2 ou 3 minutes en comprimant fortement avec un tampon à travers les paupières. La plaie saigne encore et on irrigue alors très abondamment avec la solution antiseptique habituelle à l'opérateur, mais que nous recommandons très chaude et un peu alcoolisée. Son pouvoir hémostatique et antiseptique est alors accru.

Il ne reste plus qu'à suturer. Il ne faut jamais, comme on le voit malheureusement quelquefois encore et comme il faudrait d'ailleurs le faire, s'il y avait une très violente inflammation concomitante de l'orbite (panophtalmie, etc.), laisser, dans les cas ordinaires, la plaie béante sans sutures. Une sécrétion abondante s'établit pendant plusieurs semai-

nes ; des bourgeons poussent, nécessitent des excisions complémentaires : la cicatrice est plus déprimée : il y a, sans parler de la façon répugnante de laisser une opération à moitié faite, une foule d'inconvénients, pas un avantage. Que dirait-on d'un chirurgien qui, à l'époque antiseptique où nous sommes, laisserait son moignon d'amputation de cuisse, sans sutures, au hasard ? Il faut refermer ce qu'on a ouvert, après avoir pris ce qu'il fallait y prendre. La conjonctive n'est pas, comme la cornée, un terrain d'une forme géométrique et un tissu spécial qu'on doit généralement laisser sans sutures. Les uns emploient la suture en bourse de Wecker (voy. fig. 69), d'autres des sutures entrecoupées, à points séparés. Nous avons employé plusieurs fois des fils en croix.

Si on a été propre dans l'opération, s'il n'y a pas d'infection orbitaire ou d'hémorragie très abondante, on se passera de drainage. La suture à points séparés, dont on peut laisser en dehors une petite partie plus ouverte pour l'écoulement des liquides, est simple. La suture en bourse, très élégante, ne paraît pas plus prédisposée à l'infection, comme on pourrait le croire *a priori*. En réalité, comme résultat et comme petit moignon prothétique, il n'y a peut-être pas grande différence entre les résultats des diverses sutures, mais il vaut mieux une suture que rien. Doit-on faire des sutures compliquées, suturer entre eux les muscles droits, par un échafaudage fragile de sutures variées, et qu'on pourra, si l'on veut, compliquer indéfiniment, nous croyons que tout cela manque de base solide. Quant au blindage de la capsule de Tenon, veuve du globe qui vient d'être enlevé, par une boule de diverse nature, nous l'examinerons avec la prothèse.

Les sutures seront faites au catgut ou à la soie. Le catgut se résorbe souvent trop vite, coapte moins bien et laisse flotter au premier pansement sur la plaie une série de filaments d'aspect puriforme assez repoussant. La soie fine,

nécessitent des excisions complémentaires : la cicatrice est plus déprimée : il y a, sans parler de la façon répugnante de laisser une opération à moitié faite, une foule d'inconvénients, pas un avantage. Que dirait-on d'un chirurgien qui, à l'époque antiseptique où nous sommes, laisserait son moignon d'amputation de cuisse, sans sutures, au hasard ? Il faut refermer ce qu'on a ouvert, après avoir pris ce qu'il fallait y prendre. La conjonctive n'est pas, comme la cornée, un terrain d'une forme géométrique et un tissu spécial qu'on doit généralement laisser sans sutures. Les uns emploient la suture en bourse de Wecker (voy. fig. 69), d'autres des sutures entrecoupées, à points séparés. Nous avons employé plusieurs fois des fils en croix.

Si on a été propre dans l'opération, s'il n'y a pas d'infection orbitaire ou d'hémorragie très abondante, on se passera de drainage. La suture à points séparés, dont on peut laisser en dehors une petite partie plus ouverte pour l'écoulement des liquides, est simple. La suture en bourse, très élégante, ne paraît pas plus prédisposée à l'infection, comme on pourrait le croire *a priori*. En réalité, comme résultat et comme petit moignon prothétique, il n'y a peut-être pas grande différence entre les résultats des diverses sutures, mais il vaut mieux une suture que rien. Doit-on faire des sutures compliquées, suturer entre eux les muscles droits, par un échafaudage fragile de sutures variées, et qu'on pourra, si l'on veut, compliquer indéfiniment, nous croyons que tout cela manque de base solide. Quant au blindage de la capsule de Tenon, veuve du globe qui vient d'être enlevé, par une boule de diverse nature, nous l'examinerons avec la prothèse.

bien reconnaissable (noire), nous paraît préférable, en prenant la conjonctive assez loin du bord de l'incision. Si on enlève les fils le 6^e ou 7^e jour (un peu tard, exprès), la réunion par *première intention* est faite et bien faite.

Revenons encore sur les temps de l'opération, car on s'est plu à la compliquer et à lui faire perdre son caractère merveilleux de facilité et de correction.

Velpeau et Arlt coupaient les muscles avec les ciseaux après les avoir saisis avec la pince, retour à l'ancien procédé. Ce procédé est plus compliqué. Son avantage est moindre, car le crochet à strabisme bien manié *rase* parfaitement le globe et charge d'*un seul coup* le muscle à son insertion. Il n'y a aucune manœuvre plus simple ni plus rapide.

Stæber et Cunier ont proposé les premiers de détacher d'abord le droit interne et d'aller de suite couper le nerf optique, procédé d'autant plus mauvais qu'il compromet de suite et d'emblée la rectitude de l'opération et le succès final. On fouille avec les ciseaux, on trouve ou on ne trouve pas vite le nerf optique et on a une abondante hémorragie qui met l'œil en exophtalmie. Voilà le seul résultat clair de cette section *anticipée*: cela vaut la kystitomie *anticipée* dans l'opération de la cataracte, et, en technique opératoire, cela vaut toutes les *anticipations*. On s'en abstiendra.

Tillaux a proposé ensuite de faire la même chose avec le droit externe: mêmes inconvénients, quoique moins grands. L'œil est plus accessible par le côté externe et l'hémorragie est beaucoup moins prononcée. Mais là encore rien que des inconvénients, et aucun avantage à cette section *anticipée*.

De tous temps, une discussion s'est élevée pour savoir s'il valait mieux introduire les ciseaux pour couper le nerf du côté du nez ou du côté de la tempe. Bien que le nerf optique soit, *anatomiquement*, plus près du nez, *chirurgicalement* il est beaucoup plus accessible du côté externe,

vu que le rebord externe de l'orbite, si reculé, ouvre la porte aux ciseaux qui peuvent alors être à peine obliqués, qui ont un point d'appui en levier, tandis que la saillie du nez les oblige à rester presque parallèles à la paroi interne de l'orbite, sauf à employer des ciseaux extrêmement courbes et difficiles à manier comme tout instrument *très courbe*. Des ciseaux pas très courbes seront donc introduits toujours en *dehors*, et, si avec la pince égrigne on fait basculer le globe en dedans, après avoir saisi l'œil en dehors et en arrière, on coupe de suite le nerf optique qui vient s'offrir.

Doit-on faire basculer le globe en avant avec l'ancienne spatule, qui a engendré des spatules et des cuillères *bifides* (Weltz, Trélat), se mettant à cheval sur le nerf optique et *cuirassant* le globe? Ces instruments chaussent souvent mal le nerf optique, plus ou moins dégagé, et s'embrouillent dans des plis ténoniens. Ils sont souvent inutiles si le décollement est bien fait, et impratiques s'il est mal fait.

Nous ferons une exception pour la griffe cuiller (Terson père). Si le *dégagement* est bien fait, elle enfourche facilement le nerf optique; elle enferme l'œil, par un léger mouvement de retrait, et pénètre, *sans la perforer*, dans la sclérotique: elle permet, après la section dont elle a protégé tous les temps, de retirer l'œil solidement harponné, qu'on tire où on veut, qu'on bascule comme on veut, dont on fait en un mot ce qu'on veut. Elle est *utile* dans les cas d'*yeux difficiles*, sans être toujours indispensable, si on se sert d'une forte attraction en avant avec la pince égrigne.

2^e *Cas spéciaux*. — Nous avons envisagé jusqu'ici l'ablation d'un œil de forme normale. Ce sont les cas faciles. Il y a des cas difficiles: ce sont ceux où l'œil est *difforme* et *trop gros* ou *trop petit*.

Si l'œil est *très difforme* (staphylomes scléroticaux, hernies sarcomateuses), on modifiera suivant le besoin la section de la conjonctive, tout en suivant le procédé général.

Si l'œil est *très gros* (œil géant, buphtalme), doit-on le *réduire*? D'abord dans un certain nombre de cas, sans aucune opération complémentaire, l'opération par le procédé *habituel* sera possible, quoique *pénible*. On peinera, mais *on arrivera tout de même*, en tirant en avant et même en basculant avec la griffe. Si vraiment on n'arrive pas, faut-il vider une partie de l'œil pour avoir plus de facilité? Nous croyons qu'il faut recourir le moins possible à cet expédient si ancien. La poche *flasque* et souvent amincie par la maladie (staphylomes, tumeurs, buphtalmie) est encore difficile à bien et à complètement énucléer par le procédé ordinaire. On en est réduit à la disséquer à la pince et aux ciseaux.

Doit-on systématiquement inciser la commissure externe? Cela facilite beaucoup l'opération, et une suture à la soie réunira la section par première intention. Mais cela donne, dès le début de l'énucléation, une hémorragie assez forte que la pince hémostatique arrête, mais qui en définitive est une complication de plus. On recourra donc à ces divers moyens, quand il sera bien reconnu qu'on ne peut pas faire autrement, ce qui est extrêmement rare.

Enfin on terminera l'énucléation par la résection assez éloignée du nerf (autant que possible avant de séparer le globe, la recherche du nerf étant fort malaisée ensuite et exposant à retirer plus de graisse orbitaire que de nerf), le curage partiel ou total de l'orbite, suivant les cas (ophtalmie sympathique, tumeurs plus ou moins avancées, ayant perforé le globe, etc.).

Suites. — Les accidents opératoires sont rares. Le principal qui sera évité en général par une technique *motivée, précise et sûre*, est l'ouverture et la décapitation du globe, qu'on évitera à tout prix, car elle complique d'une part l'opération, et d'autre part ses suites, le fragment laissé faisant corps étranger pendant quelque temps.

Les hémophiles peuvent avoir une violente hémorragie

consécutives : les irrigations chaudes, la gélatine seront employées. Quelquefois l'opération se fait presque à *blanc*.

Très rarement on voit une forte hémorragie *au cours* de l'opération et l'hémorragie est tout à fait variable avec le sujet et la maladie; des anomalies vasculaires sont possibles. Enfin on aurait une violente hémorragie terminale, quelquefois avec une énorme infiltration sanguine des tissus, si on promène inopportunistement les ciseaux loin du globe et par conséquent près des gros vaisseaux de l'orbite. Ce sont des échappées à ne pas faire et des sorties intempestives. L'accident n'a guère de gravité par lui-même, mais il empêche la suture et rend les suites plus longues.

Le malade accuse presque toujours après l'opération une *douleur occipitale* vive et prolongée pendant quelques heures.

On peut faire sans aucune mort plusieurs centaines d'énucléations si on est prudent et logique dans les indications opératoires. Il y a quelquefois des *ecchymoses* palpébrales, même du côté opposé, mais cela n'a pas d'importance.

La *méningite* peut suivre l'opération : on en a signalé une cinquantaine de cas : il y en a probablement beaucoup qu'on n'a pas signalés. Il s'agit bien moins de fautes de technique ou même d'antisepsie que de *fautes dans l'indication* opératoire. Avant la période antiseptique, l'énucléation, véritable opération cérébrale (puisque l'œil et le nerf optique ne sont qu'un prolongement cérébral, qu'un cerveau oculaire), ne donnait guère plus de morts. Cependant la saleté des instruments, des aides, des doigts, des sutures (le fil *bien* ciré), a pu jouer un rôle pour donner la *méningite* et même le *tétanos* signalé aussi. Mais, bien qu'on puisse très exceptionnellement mourir après une exentération oculaire ou une panophtalmie non opérée, on meurt plus souvent d'une panophtalmie traitée par l'énucléation que par les autres opérations, surtout le simple curage de l'œil.

Les suites tardives, l'envers de l'énucléation ne sont pas toujours aussi bons que les suites immédiates. La conjonctive ne tolère pas toujours très bien un œil artificiel, même de bonne qualité et bien fait, chose rare, et changé tous les 8 à 10 mois *au plus tard* (nous avons vu un œil artificiel porté 14 ans : c'est l'histoire des vieux pessaïres incrustés, oubliés et conservés par une économie mal comprise : le malade auquel nous faisons allusion, pouvait facilement changer de temps à autre son œil artificiel). Des bourgeons charnus, des rétrécissements cicatriciels, des catarrhes, des éversions palpébrales, le cancroïde même (Panas), se voient quelquefois. Quelquefois l'œil est expulsé : on laisse alors le malade sans prothèse, si les procédés applicables à l'ectropion (procédés en vanne, tarsorrhaphies interne et externe, etc.) et au symblépharon (greffes, canthoplasties avec interposition de lambeau cutané, etc.) n'aboutissent pas.

Ces accidents sont plus fréquents à la suite de l'emploi des coques qui *coupent*, qui usent la muqueuse, plus fréquents aussi si la suture post-opératoire a été mal faite et la prothèse mal entretenue ; ils diminueront, naturellement d'une part avec le nombre des énucléations et le nombre croissant des résections où la coque *coiffe* un moignon et blesse moins le cul-de-sac, et peut-être avec de nouveaux progrès dans l'exécution de la pièce artificielle.

Prothèse. — L'inconvénient *esthétique* de l'énucléation et de la prothèse est certain, en plus de ses nombreux autres inconvénients sociaux, pécuniaires et organiques. L'œil artificiel est beaucoup plus *enfoncé* que l'autre et il y a un creux sus-orbitaire auquel on n'a remédié qu'assez imparfaitement jusqu'ici par la prothèse qu'au prix d'inconvénients à peu près aussi grands que l'avantage qui en résulte. Sur les sujets où l'œil sain est fort saillant, le résultat apparent est *détestable*, impossible à cacher. Sur les sujets qui ont les yeux *enfoncés* naturellement et à

paupières maigres et plissées, la prothèse est au contraire bien meilleure.

La mobilité varie, quoique faible, bien plus faible que celle où le moignon reste, mobilité mesurée par Truc au périmètre.

Quant à la prothèse chez les miséreux et chez les ouvriers (yeux toujours salis de plâtre, de corps étrangers, etc.), elle est absolument désastreuse comme soins et entretien.

Enfin, chez les enfants, elle est particulièrement déplorable au point de vue esthétique, au point de vue du développement de l'orbite et, comme entretien et mise en place, elle est une source permanente d'ennuis, de craintes et de dangers.

Aussi devra-t-on encore plus hésiter, avant de pratiquer les énucléations chez des sujets trop jeunes ou dans des conditions qui seront un ennui perpétuel pour le malade. C'est du reste la question des amputations en général, chez les ouvriers.

Nous dirons un mot des opérations proposées pour donner, *après énucléation* totale, un moignon solide aux opérés. La greffe d'un œil de lapin faite par Chibret (1885) n'a pas eu de succès. Lang (1887), avec des globes en verre ou métalliques, Belt avec une éponge aseptisée, Bourgeois, avec des pelotes de soie, Lagrange des fragments osseux, ont fait des tentatives plus ou moins réussies, mais dont l'avenir reste incertain, même pour la conservation du corps étranger qui se résorbe souvent peu à peu (éponge). Le corps étranger prothétique est introduit après l'énucléation à la place du globe et on suture au-devant d'elle la conjonctive, la capsule et les muscles qu'on a préalablement enfilés, avant de couper leur insertion. Il n'y a pas encore lieu de conseiller définitivement d'adjoindre cette prothèse intra-ténonienne à l'énucléation.

D'autre part les nouveaux yeux artificiels (Snellen) ne nous ont pas encore donné, chez plusieurs malades, de

résultats supérieurs aux anciennes pièces : de plus le poids a paru plus gênant.

On fera la prothèse *provisoire* (c'est-à-dire par une pièce temporaire, destinée à préparer la cavité définitive et à habituer le malade à sa nouvelle situation), le plus tôt que l'on pourra, c'est-à-dire dès que la réunion sera assez solide pour ne pas céder aux manœuvres d'introduction de la pièce artificielle, et ne risque aucune infection nouvelle.

L'intéressant livre de Pansier¹ sur l'œil artificiel est tout à fait recommandable en le complétant par quelques détails sur ce qui s'est fait depuis son apparition. Bien que la fabrication, *si intéressante à voir*, et même l'application de la prothèse oculaire soient, comme celle des lunettes, une spécialité dans la spécialité, il est extrêmement important pour l'ophtalmologiste d'être très au fait de tout ce qui touche à l'œil artificiel et d'être secondé par des ocularistes habiles et non routiniers. On ne peut se douter des abus commis et du mal que font au malade les pièces artificielles achetées au hasard et sans l'intervention simultanée de l'oculiste et de l'oculariste.

INDICATIONS OPÉRATOIRES. — Les indications de l'énucléation sont absolues ou relatives.

Parmi les indications *absolues*, et qui doivent être absolues pour tout le monde, il y en a une formelle, c'est d'*enucléer* toutes les fois que l'œil contient une *tumeur maligne*, mais après s'être entouré de tous les moyens possibles de diagnostic et avoir même souvent tenté un traitement général destiné à appuyer le diagnostic.

Ainsi donc l'œil contenant une tumeur soigneusement étudiée et considérée comme maligne, après avoir épuisé tous les éléments de diagnostic, doit être *enucléé*.

Nous continuons à considérer comme absolue l'indication (Pritchard) d'enlever l'œil *sympathisant* même en

1. PANSIER. Traité de l'œil artificiel. Paris, 1896.

pleine ophtalmie sympathique, lorsqu'il a perdu toute vision. Nous avons eu deux malades où le traitement mercuriel intensif et tous les autres soins n'amenaient aucun soulagement à une iritis sympathique déclarée, et où la détente s'est faite dès l'énucléation et a dans les deux cas abouti à la conservation d'yeux excellents pour la vision.

On cite de nombreux insuccès en revanche où l'énucléation n'a pas empêché l'ophtalmie sympathique de continuer ou d'apparaître ; mais l'énucléation du moignon sympathisant donnera alors peu de remords à l'opérateur et au malade, et si l'opération peut être insuffisante comme tout le monde en a vu des cas, les cas où elle s'est développée après l'énucléation ont semblé bénins.

Les *autres indications* de l'énucléation sont *relatives* : elles dépendent, *pour le même mal*, du *siège*, de l'*étendue*, de l'*intensité* et du *danger général*, vital ou *sympathisant*, de la lésion dans *chaque cas particulier*.

On peut *donc avoir à enucléer* avant ou après d'autres opérations pour des corps étrangers intra-oculaires, le glaucome absolu, des tumeurs récidivantes et perforantes de la cornée et de la conjonctive, des moignons largement ossifiés, des décollements douloureux, des infections *progressives* de l'œil, des traumatismes avec évacuation totale et irrégularité extrême de certains moignons, des moignons très douloureux, après irido-cyclite atrophique, des moignons enserrés, encastrés dans un symblépharon incurable, des désorganisations de toute sorte d'origine *oculaire* ou même *orbitaire*.

Mais dans tous ces cas-là on n'enucléera *presque jamais*. Il suffira de s'en convaincre en parcourant toutes les autres parties d'indications cliniques de ce livre. Un grand nombre d'opérations conservatrices sont applicables *d'abord*, *suffront* presque toujours, et conserveront, même si on a été obligé quelquefois à un curage ou à une résection par-

tielle, un œil suffisant, parfois pour la vision, souvent pour l'esthétique et la prothèse. Aussi doit-on se garder de conclusions trop absolues en pareil cas. L'énucléation, quels qu'en soit les inconvénients et même les dangers si atténués qu'ils puissent être, est quelquefois le plus grand des bienfaits : appliquée où avec une autre thérapeutique médicamenteuse ou chirurgicale conservatrice, on aurait pu *faire autrement*, c'est faire au malade un dommage irréparable et de tous les instants : cela équivaut à une amputation de cuisse, là où une résection ou un curage aurait suffi à conserver le membre. Aussi nous sommes de ceux qui croient fermement que ces indications ne se résolvent pas complètement en préceptes et en discussions et que c'est sur le terrain pratique que le chirurgien devra savoir faire plier ses préférences, au lieu de se ranger dans le camp des énucléateurs et des anti-énucléateurs à outrance. Mais, comme il faut avoir une ligne générale de conduite et une base, on doit reconnaître qu'à l'heure actuelle on ne doit énucléer que dans des cas *absolument exceptionnels*.

Le vigoureux appel de Wecker a eu une influence décisive, il restera vrai, s'il s'applique seulement à « l'abus de l'énucléation » et non à l'opération elle-même et à ses bienfaits dans certains cas.

L'opérateur se gardera donc de se lier les mains par une formule qui l'hypnotisera bientôt lui-même, et le conduira, sauf revirement, à des sacrifices ou à des concessions, aboutissant à un massacre trop réel d'innocents ou à la conservation non moins réelle de coupables ; la recherche de l'intérêt du malade dans chaque cas particulier s'impose à lui comme seule conduite à tenir.

CHAPITRE DOUZIÈME

ORBITE

L'orbite a été dans ces dernières années le terrain de remarquables progrès chirurgicaux, tenant, les uns, à de nouveaux modes d'investigation positive de la cavité orbitaire, les autres, à l'étude toujours plus poussée, d'une part des tumeurs, et d'autre part des relations des lésions chirurgicales de l'orbite avec des altérations voisines ayant progressivement altéré la cloison orbitaire. La technique des opérations orbitaires a aussi acquis plus de précision dans son ensemble, mais ce qui prédomine, c'est le progrès dans l'*investigation* de cette loge jusqu'ici inéclairable, et aussi le très grand pas fait dans la voie du diagnostic et de l'opération des collections et des tumeurs des sinus osseux que leur position doit faire nommer *péri-orbitaires*.

Méthodes d'investigation orbitaire. Orbitoscopie. — On s'efforcera bien entendu d'établir l'existence *réelle* d'une exophtalmie *permanente*, qu'il faudra éviter de confondre avec un état oculaire anormal (extrême myopie unilatérale, buphtalmie, énophtalmie du côté opposé, etc.)

On priera le malade de pencher la tête en avant, pour éliminer l'exophtalmie *intermittente* succédant momentanément à l'éнопhtalmie du même côté (énophtalmie et exophtalmie *alternantes*).

Une fois l'exophtalmie indiscutablement confirmée, on en déterminera la nature, sur laquelle nous n'avons pas à