

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

insister ici, mais que nous avons largement traitée déjà ¹. Toutes les cavités péri-orbitaires seront explorées, s'il y a lieu, par les procédés spéciaux.

La *palpation* avec l'index ou le petit doigt sera également utilisée autour du globe.

Radiographie. — La radiographie est une ressource extrêmement précieuse pour l'orbitoscopie, aussi bien pour préciser le diagnostic que la forme, l'étendue et le siège de l'intervention opératoire. Elle montrera les lésions ou l'intégrité des parois orbitaires et des cavités osseuses voisines. S'il s'agit d'un *projectile*, d'un *corps étranger*, d'un cal vicieux ou d'une esquille déplacée, elle indiquera s'il est resté dans l'œil, dans l'orbite, dans les os, ou s'il a dépassé la cavité orbitaire. S'il s'agit d'*accidents inflammatoires* chroniques, elle montrera s'ils sont dus à une lésion osseuse ou à un corps étranger ignoré. Pour les *tumeurs osseuses*, souvent impossibles à délimiter, elle donnera quelquefois le siège exact d'implantation, le volume du pédicule ou les propagations de voisinage, surtout intracrâniennes, qui sont d'une importance majeure et commandent l'intervention ou l'expectation. Elle joue un rôle médico-légal déjà très fréquent.

Il sera absolument indispensable de s'adresser à un radiographe compétent qui puisse, en appliquant ou en modifiant les procédés spéciaux de localisation qui ont donné déjà de si brillants résultats (Contremoulins, Davidson), préciser non seulement l'existence, la forme et le volume de la lésion, du ou des corps étrangers, mais encore le siège exact et la distance du rebord orbitaire en tous sens, de façon à permettre une intervention opératoire dans les conditions les plus sûres. De plus les précautions recommandées pour éviter les troubles trophiques qui ont été

1. A. TERSON. Maladies de l'œil. *Traité de chirurgie* dirigé par Le Dentu et Delbet, tome V.

signalés dans les débuts de la radiographie, seront ici plus indiquées que jamais.

Il est à espérer que, même pour les néoplasies autres que les néoplasies osseuses, on pourra arriver à quelques résultats utiles pour la délimitation et le diagnostic, en suivant la voie que nous trace la radiographie des organes thoraciques et pelviens.

En tous cas la radiographie est la seule méthode qui puisse avec avantage *s'ajouter* à tous les procédés d'orbitoscopie et résoudre souvent des problèmes thérapeutiques insolubles sans elle.

Interventions exploratrices. — Lorsque les moyens précédents auront été mis en œuvre avec un succès variable, on pourra être amené à une *intervention directe, exploratrice*, lorsqu'il est reconnu qu'elle est indispensable.

1^o *Ponction exploratrice et aspiratrice.* L'*acupuncture* seule n'a pas grande valeur, sauf dans les cas où elle tombe sur une tumeur osseuse (exostose, etc.) et où elle joue alors un rôle explorateur utile analogue à l'*acupuncture* du rein où l'on soupçonne un calcul.

La ponction *aspiratrice* sera pratiquée avec une petite seringue stérilisable (celle en verre de Wülfing-Lüer est tout à fait parfaite) et une aiguille hypodermique un peu large. En cas d'insuccès, la ponction sera répétée avec une aiguille-trocart notablement plus large, en communication avec une seringue plus forte ou même un aspirateur. On évitera, sauf défaut d'outillage, les poires en caoutchouc et les aspirateurs à succion buccale qui pourraient injecter de l'air. On pénétrera le plus souvent *par la peau* et en rasant les parois orbitaires, afin d'éviter dans les manœuvres précédentes comme dans celles qui suivent, de rencontrer le globe de l'œil et on n'enfoncera pas trop loin pour éviter le nerf optique. La ponction ne serait faite très prudemment par la *conjonctive*, que si une saillie considérable à son niveau indique que la collection (puru-

lente, parasitaire ou autre) a pénétré dans la capsule de Tenon et vient affleurer au dehors directement autour du globe.

La ponction donnera du sang, du pus (examen des microbes) ou un liquide spécial de nature variable, dont l'étude chimique et histologique sera utile.

Le liquide *céphalo-rachidien* (méningocèle) est incoagulable; son albumine est analogue à la caséine: on y trouve aussi une certaine proportion de phosphates, de sels de potasse et de glycose.

Le liquide *hydatique*, transparent comme de l'eau de roche, non coagulable par les acides, contient du chlorure de sodium, *sans albumine*, sauf si les hydatides sont mortes (Gubler). Le microscope permet d'y voir souvent des crochets d'échinocoques.

Les autres liquides (kystes séreux congénitaux, ténonite enkystée, etc.) auront des caractères variables (albumine, coagulabilité, etc.) que l'on diagnostiquerait surtout par exclusion des précédents.

2° *Incision*. — L'incision exploratrice de l'orbite est analogue à la laparotomie exploratrice. Horizontale ou oblique, rarement verticale, elle pourra être faite un peu sur tous les points du rebord de l'orbite, en évitant le plus possible, en haut la région du releveur palpébral, en haut et en dedans les gros vaisseaux et la poulie du grand oblique, en bas et en dedans le petit oblique. C'est donc dans tout le croissant externe de l'orbite qu'on agira surtout, sauf dans les cas où la collection ou la néoplasie se trouvent manifestement dans une région opposée. De même, c'est la région externe et inféro-externe qu'on choisira dans les cas douteux. Une incision en T pratiquée, soit en continuité directe avec la commissure externe (Voy. Exentération de l'orbite), soit sur un autre point du pourtour orbitaire sans atteindre le bord palpébral, nous a donné un jour en général beaucoup plus considérable

qu'une simple incision concentrique au pourtour osseux de l'orbite, qui suffira cependant quelquefois. Les dimensions de ces incisions varieront avec chaque cas particulier. On évitera dans la très grande majorité des cas une incision exploratrice *conjonctivale* qui donne d'ailleurs peu de jour et expose à diverses lésions oculaires.

Par l'incision, il est possible d'introduire soit le doigt (index ou auriculaire), soit une tige métallique mousse. Le *sondage* avec un stylet olivaire par une fistule ou une plaie existant déjà est soumis aux mêmes règles et aux mêmes précautions (flambage, antisepsie, etc.). L'explorateur électrique de Trouvé pourra éventuellement être utile. La *radiographie* et la localisation radiographique préalables seront précieuses pour indiquer la direction générale à suivre.

Il est à peine besoin d'ajouter que ce n'est que dans les cas extrêmes que l'exploration *digitale* sera pratiquée, vu sa grossièreté et ses dangers (compression du globe quelquefois ulcéré).

3° *Résection orbitaire externe temporaire*. — Toutefois, lorsque les moyens précédents ne suffisent pas, dans les cas où les lésions sont très profondes, *au sommet de l'orbite*, on sera obligé de compléter l'incision exploratrice par la résection de la paroi externe de l'orbite. Cette large éventration orbitaire sera d'ailleurs, pour ainsi dire toujours, le premier temps de l'intervention curatrice: mais, dans quelques cas où l'exophtalmie est directe, d'une nature restée malgré tout indéterminée, où l'on ne peut se résigner à sacrifier d'emblée l'œil et où d'autre part l'incision large en T ne permet pas d'aller assez loin, on sera obligé d'en venir à la résection de la paroi externe. Cette idée a pu naître dans l'esprit de divers opérateurs. De Wecker¹ dit que pour pouvoir pénétrer plus librement dans la pro-

1. DE WECKER. Chir. oculaire, 1879, p. 300.

fondeur de l'orbite, on peut, non seulement élargir la fente palpébrale, mais même réséquer sans grand inconvénient une partie de la paroi externe de l'orbite.

C'est Krönlein (1887) qui a systématisé la résection *temporaire*, opération qui a rencontré depuis une assez grande faveur.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — Krönlein incise la peau suivant une ligne courbe correspondant en partie dans sa concavité antérieure au rebord orbitaire externe. Une large incision en T horizontale, un large volet rectangulaire ou une raquette pourraient également donner de bons et larges résultats. L'os est mis à nu et les parties molles externes de l'orbite décollées et réclinées avec une spatule mousse. On détache ensuite au ciseau et au maillet (préférables en général aux cisailles ou à la scie à chaîne, mais inférieurs

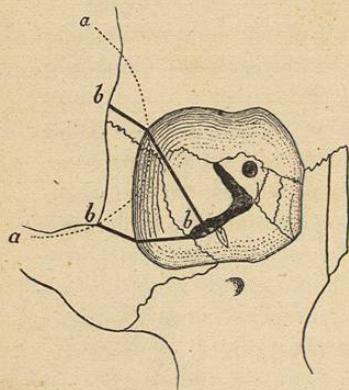


FIG. 127. — Résection cunéiforme temporaire de l'orbite.

aa, incision cutanée.
bb, triangle osseux sectionné.

peut-être aux instruments actuellement employés (Doyen) pour la chirurgie crânienne) la paroi externe de l'orbite, en triangle (fig. 127) dont le sommet correspond à la fente orbitaire inféro-externe. L'apophyse zygomaticque du frontal et l'apophyse frontale de l'os malaire sont ainsi divisés. Le coin osseux est récliné et on visite l'orbite. Les tumeurs à enlever nécessiteront quelquefois le détachement du muscle droit externe, qu'on enfilera préalablement pour pouvoir le remettre ensuite en place.

Finalement le lambeau ostéo-musculo-cutané est remis en place, la suture ne comprenant que les parties molles. Une

consolidation suffisante de l'os est généralement rapide et demande douze à quinze jours.

INDICATIONS OPÉRATOIRES. — Quoi qu'il en soit, cette opération ne doit être pratiquée qu'*exceptionnellement*, lorsque l'*incision exploratrice externe* en T, pratiquée d'abord, ne permet pas l'ablation complète de la tumeur, ou lorsque la tumeur paraît trop profondément située pour être abordée autrement que latéralement et vers le sommet de l'orbite, surtout chez les enfants (petitesse de l'orbite). Outre les risques d'infection, l'opération expose à un recul du globe, au strabisme paralytique et à la diplopie par rétraction cicatricielle des muscles de l'œil, sans parler d'autres accidents optiques et trophiques. C'est donc une intervention de *nécessité*, dans quelques cas seulement. De plus elle n'est justifiée qu'en cas de tumeur *bénigne profonde* ou dans les cas absolument douteux.

Lorsqu'il y a une tumeur que tous les moyens de diagnostic et l'évolution clinique doivent faire considérer comme *maligne*, il vaudra mieux pratiquer le *curage total* de la cavité orbitaire, suivant les cas soit d'emblée, soit comme continuation *immédiate* de l'incision orbitaire exploratrice ou même de l'opération de Krönlein. Il a été question aussi de cette intervention dans les infections orbitaires.

§ I. — Traumatismes.

Les plaies orbitaires sont extrêmement variées et d'un pronostic fort différent suivant leur origine. Leur pronostic immédiat dépend, en général, du siège de la pénétration qui, si elle se fait obliquement de bas en haut, perfore la voûte orbitaire si mince et intéresse le cerveau, et, si elle se fait d'avant en arrière, pénètre, plus facilement encore, dans le crâne par la fente sphénoïdale. La pénétration

latérale en avant de la tempe est la moins grave de toutes, au point de vue de la vie bien entendu. Nous avons vu survivre des malades dont les deux orbites et les fosses nasales ont été traversées par une balle. Le pronostic *visuel* et le pronostic *vital* sont fréquemment, pour ainsi dire, opposés, et tel malade restera aveugle, sans avoir eu à redouter de danger pour sa vie, tandis que tel autre succombera rapidement sans avoir eu les globes oculaires et la vue intéressés.

Les cas de pénétration antéro-postérieure sont connus de tous temps pour avoir une gravité immédiate considérable. « Ces plaies passent quelquefois si avant dans l'orbite de l'œil qu'elles pénètrent jusqu'au fond, de sorte que l'instrument aigu, passant par cette longue fente qui se voit au profond de l'orbite, se plonge dans la substance du cerveau, d'où il arrive que ceux qui sont blessés de la sorte tombent tout incontinent à terre. Voilà pourquoi aussi les maîtres d'escrime tiennent celui-ci pour un *excellent coup de maître* ; entre autres, un certain tireur d'armes français s'en tenait assuré, comme d'un *coup inévitable* » (Fabrice d'Acquapendente). Pline le naturaliste rapporte qu'un beluaire tua un éléphant d'un seul coup de javelot dans l'orbite, et l'on sait que cette voie est souvent recherchée par les chasseurs pour les gros animaux. N'a-t-on pas signalé aussi des infanticides par introduction d'une aiguille dans le cul-de-sac conjonctival, l'orbite et le crâne ? Ces exemples démontrent que l'orbite a même été recherchée, comme facile *point de mire* et véritable vestibule, couloir, conduisant au cerveau, pour tuer à coup sûr.

En plus des armes (épée, fleuret cassé, lance, flèche), il y a des instruments ou des objets qu'on ne s'attendait pas toujours à trouver en pareille occurrence (tuyau de pipe, fourche, crayon, bâton pointu, corne). Le parapluie a été souvent incriminé et on ne compte plus les cas de mort rapide que cet objet manié avec précision a entraînés

par pénétration dans le crâne ; on en trouve encore souvent dans les journaux médicaux et les annales judiciaires. La mort survient le plus fréquemment par pénétration directe dans le crâne. On connaît le cas célèbre de Nélaton où le fragment de parapluie rompit la carotide dans le sinus caverneux. Nous ne pouvons insister ici sur les suites immédiates ou tardives des innombrables traumatismes de l'orbite que l'on observe si souvent. Certains, avec ou sans extraction d'un corps étranger, sont d'une surprenante bénignité, d'autres entraînent une mort rapide, souvent après quelques heures ou même quelques jours d'un calme trompeur, quelquefois pour des plaies minimes dont la profondeur a été mal appréciée. Nous avons observé une paralysie du petit oblique à la suite d'une très violente contusion sur le rebord orbitaire inférieur. Elle guérit peu à peu complètement. La tolérance pour les corps étrangers est également très variable, suivant leur nature, leur siège, leur volume et va de la mort prompte à l'enkystement définitif, en passant par les abcès, la migration, etc. Nous avons vu un cas où un écoulement nasal de liquide céphalo-rachidien se prolongea plus de 15 jours, à la suite d'une fracture du sinus frontal par une balle que nous enlevâmes ; il n'y eut pas la plus légère fièvre. Même dans la période préantiseptique, les auteurs de tous pays et surtout les chirurgiens militaires rapportent des cas d'extraction pénible de corps étranger et de guérison, encore que le cerveau fût intéressé.

Quoi qu'il en soit, le *pronostic* est absolument variable et on n'en viendra pas toujours tout de suite à la recherche et à l'ablation du corps étranger, ni surtout à l'énucléation ou même au curage orbitaire *d'urgence*, comme on l'a conseillé.

Ce n'est qu'en présence de phénomènes menaçants qu'on pourra y penser.

L'expectation antiseptique suffira le plus souvent après

désinfection de la porte d'entrée. L'œil *luxé* et en paraphimosis prépalpébral, sera réduit et fixé par une tarsorrhaphie partielle, interne, externe ou médiane, suivant le cas.

Les plaies ne seront guère sondées que si on suspecte la présence d'un volumineux corps étranger. L'explorateur électrique pour les balles sera utilisé au cours de l'extraction pour déterminer la présence du corps étranger. *La radiographie sera pratiquée le plus tôt possible.*

Les esquilles ne seront pas toujours sacrifiées d'emblée, car elles se ressoldent quelquefois (Jobert, Baudens) ; d'autres fois nous avons été obligé de les extraire plus tard.

L'extraction plus ou moins pénible des corps étrangers, après incision, se fera avec une pince érigne, une pince de Museux, une pince hémostatique en évitant de comprimer l'œil, souvent déjà lésé. Les aimants ne sont guère de mise

ici. Quelquefois on est obligé d'aller chercher le corps dans les cavités péri-orbitaires ou plus loin.

Parmi les suites tardives, il faut compter les *cals vicieux*, où les opérations de blépharoplastie comportent quelquefois le redressement ostéoplastique du rebord orbitaire déplacé. On pourra le mobiliser, le fixer (fig. 128) avec des chevilles de platine ou d'ivoire, après avoir fraisé avec un tour des trous destinés à les recevoir. Gayet a communiqué sur ce sujet une observation intéressante. Quand

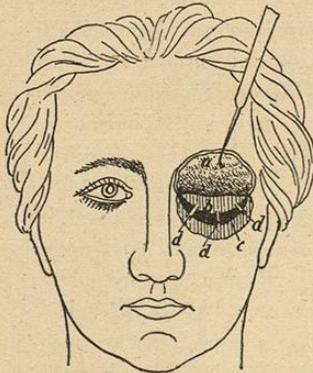


FIG. 128. — Redressement du rebord orbitaire (Gayet).

a, lambeau cutané relevé.
b, fragment osseux.
c, sinus.
d, chevilles.

les os ont été détruits, ou les séquestres enlevés, l'implan-

tation d'os décalcifiés, ou mieux d'os vivants, empruntés soit à des animaux, soit au sujet lui-même (métatarsiens), est une ressource utilisable, comme pour la chirurgie générale. La présence des sinus périorbitaires est une condition relativement défavorable.

Toute fistule intarissable devra engager à la recherche d'un séquestre ou d'un corps étranger ignoré. Mais on sera très réservé pour les corps étrangers petits et bien tolérés, quoique démontrés par la radiographie qui en rendra l'extraction mieux réglée, si elle devenait indispensable.

§ II. — Infections.

Ostéopériostites. — A la période *aiguë* où l'œdème inflammatoire souvent considérable est en cause et provoque l'exophtalmie, le traitement mercuriel (frictions et injections), iodé et ioduré *intensif* amène dans les cas *syphilitiques* et dans certains cas *douteux*, la résolution totale et rapidement progressive. Comme d'autres, nous avons obtenu chez des sujets de tout âge des guérisons par ces moyens qu'il faut toujours essayer patiemment, avec ou sans ponction exploratrice.

A la période d'*abcès*, puis de *fistule*, les ostéopériostites en général et les ostéopériostites *tuberculeuses* orbitaires ou périorbitaires (abcès froids) nécessitent le traitement approprié local et général en se conformant à ce que nous avons déjà dit (*Voy. Paupières*) pour éviter par le mode des incisions et au besoin par la tarsorrhaphie préventive, une cicatrisation vicieuse, qui, si elle est déjà produite, sera traitée par une blépharoplastie.

L'*actinomyose* sera toujours recherchée avec soin, de même la présence d'un corps étranger ou d'un séquestre.

Enfin on étudiera minutieusement les régions de voisinage, en particulier les trois *sinus* osseux périorbitaires

pour voir s'ils ne sont pas le point de départ direct ou indirect de l'ostéopériostite et s'ils ne doivent pas alors être très largement traités chirurgicalement.

Tous les moyens d'exploration et de diagnostic rhinologiques seront utilisés, ou même, s'il y a lieu, l'éclairage par transparence et la radiographie.

Dans le cas de *fistule* ancienne orbitaire ou de phlegmons orbitaires dépendant manifestement d'une sinusite frontale, ethmoïdale, maxillaire, sphénoïdale, d'un pronostic toujours dangereux pour l'avenir, une intervention orbitaire sera combinée à une intervention nasale ou bucco-nasale; de même dans les cas de *mucocele* et de pseudo-kystes, provenant des cavités frontales et ethmoïdales. Dans les cas rebelles au traitement topique, à la trépanation du sinus combinée à un drainage antiseptique nasal ou buccal, suivant le cas, à des curettages du sinus, la *cure radicale* rapide par l'ablation de toute la paroi antérieure du sinus (Ogston, Luc, Laurens) pourra devenir nécessaire, pour faire, comme on l'a dit, cesser la sinusite en supprimant le sinus. Les travaux de E. Berger, de Guillemain et Panas, de Laurens et surtout le livre de Luc¹, constituent les principaux documents à consulter sur cette question chirurgicale encore plus rhinologique qu'ophtalmologique. Les complications orbitaires ne sont en effet qu'un épisode de l'évolution et du traitement des sinusites, quoi qu'il arrive assez souvent que l'examen ophtalmologique mette sur la voie d'une sinusite chronique restée inaperçue ou négligée et que les complications inflammatoires orbitaires nécessitent des incisions orbitaires, bientôt suivies du traitement chirurgical de la sinusite.

Ténonite. — La ténonite guérit presque inmanquablement dans la forme séreuse aiguë et subaiguë par les

1. Luc. Leçons sur les suppurations de l'oreille moyenne et des cavités accessoires des fosses nasales. Paris, 1900.

moyens généraux et locaux. Il est cependant des cas où l'épanchement est tel qu'on pourrait penser à une intervention. Nous avons vu en coexistence avec des arthrites, un cas, où le cul-de-sac supérieur et la paupière supérieure furent assez distendus pour devenir nettement fluctuants avec une énorme exophtalmie et une forte protrusion de l'œil en bas et en avant, chez un sujet rhumatisant. Le traitement médical suffit néanmoins.

Aussi dans les cas *séveux* aigus, toute intervention sera rejetée pour n'être pratiquée qu'à la dernière extrémité, en présence, ce qui serait absolument exceptionnel, d'une violente congestion et stase papillaire, avec affaiblissement notable de l'acuité et fluctuation des plus manifestes, après insuccès du traitement médical.

Dans les cas *suppurés* au contraire, on ouvrira en présence d'une fluctuation nette, généralement par la peau, exceptionnellement par la conjonctive où l'on est exposé à infecter l'œil par le pus qui s'écoulera ensuite par le cul-de-sac. De plus, le drainage, nécessaire ici, sera fait dans de meilleures conditions par la peau. On *s'inspirera* dans chaque cas particulier, des circonstances, tout en intervenant surtout par la peau et en avançant avec la sonde *cannelée* et le bistouri boutonné, s'il y a lieu.

C'est dire que l'intervention pour une ténonite *suppurée* sera sensiblement la même que pour un phlegmon de l'orbite.

Dans les cas séveux aigus où des altérations du fond de l'œil paraîtraient dus à la compression, et dans certains cas d'*hydropisie chronique* (hydrocèle de la bourse de Tenon, ténonite séreuse enkystée), on pourrait penser à l'évacuation du liquide par une incision conjonctivale pratiquée entre les muscles droits et ouvrant largement la capsule, procédé sans danger, si on se sert de ciseaux mousses courbes et aseptiques. Carron du Villards, auquel on doit une importante contribution à ce sujet, a conseillé le premier ce procédé.

Les erreurs de diagnostic de cette rare affection ont entraîné plusieurs fois, et déjà dans les mains de l'auteur précédent, de vastes opérations intra-orbitaires où la tumeur liquide s'est évanouie au dernier coup de ciseaux et c'est ce qui a conduit Carron du Villards à préférer d'abord la ponction exploratrice et aussi l'opération précédente, qui semble moins incertaine que la ponction par la voie cutanée ou le cul-de-sac conjonctival.

Phlegmon. — Le phlegmon vrai de l'orbite, aigu ou chronique, bien diagnostiqué de l'ostéopériostite, de la ténionite non suppurée, et surtout de la phlébite orbitaire primitive ou secondaire, devra être immédiatement traité aussi bien directement que dans son origine. Généralement il s'agit d'une origine locale pour laquelle on passera soigneusement en revue le sac lacrymal, tous les sinus périorbitaires et le crâne, les fosses nasales, la bouche et les infections oculaires dentaires, péri-dentaires et amygdaliennes, les infections palpébrales et faciales diverses (panophtalmies, érysipèles, anthrax, etc.), et on éliminera soigneusement la présence d'un corps étranger orbitaire quand il y a une origine traumatique (plaies palpébrales, projectiles, cathétérisme et injections lacrymales, etc.). Les causes générales (grippe, fièvres éruptives, etc.) et les infections viscérales chroniques doivent être aussi examinées, l'abcès orbitaire étant quelquefois même métastatique.

Si l'on est appelé dès le début, on devra mettre en œuvre simultanément tous les moyens antiphlogistiques, et l'on pourra exceptionnellement, de même que pour le phlegmon lacrymal, obtenir l'*avortement* du phlegmon. Les anciens auteurs rapportent ces faits et nous nous rappelons le cas d'un enfant de 8 ans, qui au cours d'une angine avec catarrhe nasal abondant fut pris du *côté droit* d'une exophtalmie considérable, avec immobilité de l'œil, vive douleur spontanée et à la pression, empâtement palpébral, chémosis, stase papillaire, fièvre très violente et vomissements et

donna tout à coup le tableau d'un phlegmon de l'orbite. Les compresses chaudes, l'antiseptie interne (calomel) furent employés, puis trois sangsues furent placées à la tempe par les soins des parents, et entraînèrent une telle hémorragie, probablement par plaie d'une artère, que le petit malade tomba en syncope prolongée; le gonflement de l'orbite diminua *immédiatement* et, en deux jours, tout était redevenu absolument normal. On s'explique les résultats que l'*artériotomie* aurait quelquefois donné au dire des anciens.

Si la situation s'aggrave, malgré les moyens précédents et malgré *le traitement immédiat de l'origine de voisinage*, en particulier l'ouverture large des sinusites, l'incision sera pratiquée. A moins d'une fluctuation particulièrement nette sur un autre point, auquel cas on inciserait sur ce point (en ne pénétrant pas trop profondément avec le bistouri, mais en se servant surtout de la sonde cannelée pour éviter le globe et le nerf optique), l'incision la plus recommandable (Richet) est celle qui longe le rebord *orbitaire inférieur*, surtout dans la région inféro-externe, où ne se trouve aucun organe important et qui est dans une situation déclive. On usera aussi de la sonde cannelée pour faire sortir le pus, et on drainera. On ne ferait des incisions supplémentaires qu'en cas d'insuccès dans l'évacuation du pus.

Si le plus souvent la vie est conservée, et même quelquefois la vision (le décollement de la rétine, l'atrophie du nerf optique et la panophtalmie ne s'étant pas produits), il y a d'autres cas où, lorsqu'il existe des lésions osseuses ou sinusiques très anciennes, des infections méningitiques ou phlébitiques avec abcès du cerveau, des nécroses osseuses et d'autres lésions entraînent brusquement la mort, alors que cependant l'orbite et les sinus sont ouverts et irrigués antiseptiquement de la manière la plus complète et la plus large, le malade ayant été pendant longtemps, après l'opération, dans un état des plus satisfaisants. Le pronostic

doit donc toujours être assez réservé, tant qu'il reste la moindre trace de suppuration.

Phlébite. — S'il y a une phlébite *primitive*, outre le traitement le plus énergique de l'origine (avulsion des dents cariées, incision des foyers péri-dentaires, *thermo-cautérisation* énergique des anthrax et foyers d'infection), les vastes émissions sanguines, les vésicatoires, le mercure, on a proposé les injections phéniquées en plein tissu orbitaire, suivant la pratique de Verneuil dans des cas analogues (Valude).

On doit se demander si ce moyen ne peut augmenter l'œdème déjà considérable.

Lancial, dans le but de couper la route à l'infection progressant vers l'orbite à la suite d'un anthrax labial, en établissant un vrai barrage, a cautérisé à fond au thermo-cautère la veine faciale et les parties molles de la région inféro-interne de l'orbite : il a réussi à guérir son malade, dont le chémosis et l'œdème palpébral paraissaient annoncer le début d'une phlébite. Le même auteur a aussi proposé le curage total de l'orbite pour empêcher la pénétration progressive dans le sinus caverneux. C'est le curettage utérin large au début d'une septicémie puerpérale.

Dans la phlébite *secondaire* et *intracrânienne*, tous les moyens généraux et locaux, les injections antistreptococciques, le lavage du sang, sont indiqués.

Zaufal (1880), Horsley ont proposé la ligature de la jugulaire au cou et l'ouverture du sinus latéral infecté avec drainage et cette conduite a été depuis adoptée par un assez grand nombre de chirurgiens. On a également fait, après curage de l'orbite, des tentatives pour désinfecter et désobstruer le sinus caverneux. On consultera à ce sujet le travail de Descazals¹.

1. DESCZALS. *Th.* de Paris, 1898.

§ III. — Affections vasculaires et nerveuses.

Exophtalmie pulsatile. — On essaiera d'abord la compression locale combinée à la pression digitale de la carotide primitive, par séances répétées le plus longtemps possible.

Les injections d'ergotine, les applications glacées ne méritent guère de confiance, tandis que les moyens précédents ont guéri quelquefois.

Il nous semble par contre que, malgré les succès possibles, les injections sous-cutanées de gélatine qui ont donné, surtout dans les anévrismes, plusieurs succès remarquables, méritent d'être essayées avec les précautions nécessaires.

Sans doute cette méthode a été faite pour les anévrismes et exige une longue série d'injections : mais elle nous paraît à expérimenter ici, en suivant les indications et la technique récemment exposées¹, afin d'éviter des accidents.

L'*électrolyse*, souvent conseillée, et pratiquée comme pour un angiome, ne serait pas exempte de dangers, sans qu'on puisse la rejeter d'une manière absolue.

Les injections *coagulantes* directes seraient ici plus hasardeuses que jamais.

Lorsque le malade, après avoir tout essayé sans succès, mène une existence insupportable, surtout à cause des bruissements qu'il entend constamment, on pensera à la *ligature de la carotide primitive* (Travers), qui paraît plus efficace que la ligature de la carotide interne. Après insuccès, la ligature de la carotide primitive du côté opposé a

1. LANCEREUX et PAULESCO. *Trait. des anévrismes par la gélatine en inj. sous-cut.* (*Gaz. des Hôp.*, juillet 1900.)

pu compléter la guérison (Bock). Cette opération grave entraîne de temps à autre la mort et chez les survivants des accidents cérébraux et oculaires (lésions vasculaires, atrophie du nerf optique), mais elle constitue une ressource dernière et amène quelquefois la guérison définitive.

Dans le cas d'exophtalmie attribuable à des varices de la veine ophtalmique ou à un anévrisme orbitaire, serait-il permis d'aller, grâce au jour considérable que donne au sommet de l'orbite la résection osseuse temporaire cunéiforme (Krönlein), pratiquer la ligature ou la section entre deux ligatures, des paquets vasculaires ou de l'artère ? La question mérite d'être envisagée. De même, si la ligature de la carotide échoue, comme tous les autres moyens, devrait-on, plutôt que de laisser le malade se suicider, en venir au curage de l'orbite, ultime ressource.

Exophtalmie et énophtalmie alternantes. — L'exophtalmie variqueuse alternant avec l'éнопhtalmie ne paraît pas susceptible d'une intervention sur les veines.

Hématome. — L'expectation est indiquée, sauf incision et évacuation, si la tension est excessive ou si une infection se manifeste.

Goître exophtalmique. — La thyroïdectomie et surtout l'ablation des ganglions sympathiques cervicaux, conseillée par Abadie, ne seraient applicables qu'aux cas exceptionnels où l'exophtalmie est énorme et les cornées menacées, que la tarsorrhaphie soit ou non possible. Dans tous les autres cas, le traitement médical seul sera employé et souvent avec succès.

Enophtalmie. — La section d'un ou plusieurs muscles droits (Fuchs, Darier) ne serait guère tentée que si l'œil éнопhtalme était, soit dévié, soit pourvu d'une très médiocre vision, un strabisme pouvant se développer à la suite de ces interventions et produire en plus des troubles visuels gênants (diplopie).

§ IV. — Tumeurs.

Angiomes. — En présence d'un angiome encapsulé de l'orbite, diagnostiqué par exclusion et par les symptômes cliniques de sa présence dans l'entonnoir musculaire, la conduite à tenir variera surtout d'après l'état du globe oculaire.

Si par les progrès de l'exophtalmie il a été ulcéré, détruit quelquefois et réduit à l'état de moignon, on aura beaucoup moins de ménagements à garder, et on pourra penser à l'extirpation de la tumeur et à la suppression possible de l'œil. Toutefois, dans le but d'avoir une meilleure prothèse, on ne se pressera pas trop d'énucléer l'œil pour commencer, même réduit à l'état de moignon. Il s'agit en effet d'un angiome, tumeur bénigne, et on doit s'efforcer ici de conserver le *cul-de-sac conjonctival* et le moignon qui peuvent alors être l'objet d'une prothèse utile. On procédera donc systématiquement par l'incision *externe* (à compléter ou à remplacer si le volume de la tumeur est énorme, par l'opération de Krönlein) en relevant les paupières débridées.

On disséquera ensuite l'angiome et on l'enlèvera avec le bistouri, la pince et les ciseaux. L'hémostase sera faite avec les pinces hémostatiques et le thermocautère. — On terminera l'opération, soit en enlevant l'œil s'il y a lieu, soit en le conservant, et en désinfectant énergiquement la cavité (solution phéniquée). On mettra ensuite un drain et on suturera.

Dans le cas au contraire où l'œil est bon, malgré une exophtalmie si énorme que les paupières ne peuvent quelquefois pas se fermer et que la tarsorrhaphie préparatoire a pu être indiquée, on doit être fort hésitant avant de commencer une extirpation qui pourrait amener la des-