

truction de l'œil y voyant encore, destruction qui s'imposerait au cours des énormes délabrements opératoires que nécessite l'ablation de la tumeur souvent si volumineuse et sa destruction tardive par les troubles trophiques extrêmement fréquents à la suite de l'extirpation du nerf optique et des nerfs ciliaires, particulièrement difficile ou impossible à éviter dans le cas d'angiome de l'entonnoir musculaire. — Aussi devra-t-on penser d'abord à des moyens conservateurs. — La ponction exploratrice, soit avec un aspirateur à aiguille assez forte, soit avec un long bistouri étroit, devra être pratiquée. Dans quelques cas, on aura des résultats précis. Dans le cas de Valude, la ponction au bistouri donnait plusieurs grammes d'un liquide brunâtre hématiche caractéristique et l'*exophthalmie disparaissait*, après chaque évacuation. Le diagnostic était donc parfaitement affirmé.

L'électrolyse est la seule intervention d'abord indiquée. Les autres traitements compressifs, médicamenteux, les injections coagulantes sont inefficaces ou extrêmement dangereux.

On doit se demander, comme pour les angiomes palpébraux, si l'électrolyse positive (Thompson) ou négative (Valude) qui ont donné chacune des succès, doivent être employés exclusivement. Les résultats remarquables et rapides de l'électrolyse négative, qui tend à être de plus en plus employée dans les angiomes, nous semblent devoir faire préférer le pôle négatif. On enfoncera donc dans la tumeur une longue aiguille flambée formant le pôle négatif et on fera passer un courant de 3 à 5 milliampères pendant 4 à 5 minutes. On agira avec toutes les précautions antiseptiques, et on referra de nouvelles séances, d'intensité et de durée appropriées à l'amélioration.

Quelles que soient les incertitudes possibles d'une semblable méthode (piqûre du nerf optique, insuccès, récidives, etc.), elle constitue en somme à l'heure actuelle la

méthode de *choix*, puisque, prudemment faite, elle offre un minimum de danger, entraîne souvent la guérison définitive sans aucun délabrement, et, en cas d'insuccès répété, laisse l'extirpation, opération de nécessité, s'imposer, s'il y a lieu, comme par le passé et comme pour les autres tumeurs profondes.

Kystes. — 1° KYSTES PARASITAIRES¹. — a) *Cysticerques*. — Les cysticerques orbitaires se trouvent le plus généralement dans la partie antérieure et sous-palpébrale de l'orbite. Il y a le plus grand intérêt à extirper de bonne heure le parasite et la poche fibreuse par dissection minutieuse : il survient sans cela fréquemment des phlegmons palpébraux, ténoniens ou orbitaires avec leurs graves dangers immédiats et consécutifs : de plus, l'inflammation masque souvent le parasite, dont l'extraction pourra être alors plus difficile et dont les résultats ont naturellement moins bons que ceux de l'extirpation précoce.

b) *Kystes hydatiques*. — L'intervention est tout à fait variable suivant la période de la maladie. Tout au début, le diagnostic est des plus délicats, lorsque le kyste est profond et ne se manifeste que par des signes trompeurs (ténonite, paralysies oculo-motrices, papillite, etc.) et larvés. A la période de tumeur, la *ponction exploratrice* au point culminant, cutané ou conjonctival suivant le cas, sera faite avec une seringue stérilisée et une aiguille creuse un peu forte. Si elle donne un liquide manifestement hydatique (voir page 498), elle sera suivie, soit ordinairement plus tard lors de la reproduction possible du liquide, d'une injection de quelques gouttes de sublimé à 1/1000^e ou d'une solution iodée, comme pour les kystes hydatiques des autres régions du corps. On est encore assez mal fixé sur la

1. Consulter le travail de FROMAGET. Cysticerques de l'orbite (*Archives d'ophtalmologie*, 1896) et la Thèse de MANDOUR. Les kystes hydatiques de l'orbite. Paris, 1895.

valeur de ces injections. L'inconvénient de l'aspiration simple, sans injection modificatrice, est qu'elle laisse se produire quelquefois une récurrence, malgré un temps assez long, souvent plusieurs mois, de guérison apparente totale : mais ses succès et son innocuité engagent à commencer par elle.

L'électrolyse mérite d'être essayée soit d'emblée, soit en cas d'insuccès.

Quant à l'ouverture large de la poche, que l'on faisait suppurer autrefois avec de la charpie, elle serait souvent insuffisante, si on ne la complétait par l'extirpation de la poche, qui, en dehors même de toute infection opératoire, produit ordinairement de graves désordres mécaniques du côté des muscles de l'œil et du nerf optique. Sauf les cas où la poche serait très accessible et de petit volume, l'extirpation sera plus souvent réservée aux insuccès de l'injection modificatrice. On extirpera alors autant que possible toute la poche, avec tous les ménagements désirables. Les cas sont fort différents entre eux et la nature et gravité de l'intervention diffèrent complètement avec le siège superficiel ou profond du parasite (incisions larges, résection osseuse temporaire de Krönlein, etc.).

Il est des cas où le kyste, ancien et énorme, a déjà détruit plus ou moins complètement l'œil et les parties molles de l'orbite et où l'extirpation de la poche doit être complétée par l'énucléation de l'œil ou même des interventions orbitaires plus larges.

2° KYSTES CONGÉNITAUX. — a) *Kystes séreux*. — Lorsque l'œil est intact, l'ablation totale de la poche sera indiquée.

S'il y a microphthalmie, cryptophthalmie ou anophthalmie, l'extirpation de la poche ne s'imposera guère que si le kyste prend des proportions volumineuses.

b) *Kystes dermoïdes*. — L'opération des kystes dermoïdes à contenu pâteux mérite d'être décrite en détail, car ils constituent une tumeur orbitaire limitée et à con-

nexions souvent profondes, où la marche de l'extirpation servira de *guide pour l'ablation des autres tumeurs*. Quoiqu'il y ait des cas d'un volume considérable et ayant déterminé des dégagements variables (opération de Krönlein), il s'agit le plus souvent d'une opération bien réglée.

Après incision des téguments, soit oblique, soit horizontale, de façon que la cicatrice se perde dans la direction des plis de la paupière, l'orbiculaire apparaît; on l'incise et la masse jaunâtre du kyste, dont la paroi est souvent très mince, devient visible. Si on continue à disséquer prudemment, si on est bien aidé et si l'aide rétracte soigneusement la peau avec des crochets mousses (à strabisme), ou avec de très petits écarteurs plats, on pourra quelquefois faire saillir la plus grande partie du kyste, avant de le voir se perforer, soit par les pressions qu'il subit, soit par les instruments. On finit alors par le saisir avec une pince-érigne, dans l'endroit où sa paroi paraît la plus épaisse et un aide éponge avec soin le petit filet pâteux qui peut sortir au niveau des ériges pour empêcher la matière de retomber dans la plaie. Si la paroi est si mince que la pince-érigne la déchire, on saisira la poche avec une bonne pince hémostatique. Mais on ne peut l'employer d'emblée, car sa pression crève toujours le kyste à moins qu'on n'ait pu saisir sa paroi seule ou le tissu qui l'entoure et attirer ainsi l'ensemble du kyste sans le perforer. Avec un kyste énorme, on pourra être amené à le perforer d'emblée pour le diminuer de volume et pouvoir saisir fortement une partie de la poche devenue plus flasque, avec une forte pince hémostatique qui de plus referme l'orifice qu'on a volontairement pratiqué.

Sans ces diverses précautions, le kyste crève souvent au dernier moment; son contenu gêne pour le dernier temps, le plus délicat et le plus reculé de l'opération, la recherche du pédicule, qu'on sectionnera à son insertion osseuse : si le kyste a été totalement enlevé, la section du pédicule aux

ciseaux suffit absolument pour empêcher toute récurrence. Sinon, un grattage à la curette tranchante est indiqué. On désinfectera (eau phéniquée forte) le fond de la poche et on réunira totalement sans hésiter, à moins d'une très volumineuse poche, auquel cas un petit drain serait placé en un point déclive. Dans plusieurs cas que nous avons opérés, la réunion par première insertion sans drainage a été obtenue.

Exostoses. — Les exostoses orbitaires, abstraction faite des ostéopériostites, des hypertrophies osseuses en masse des os de la face, et des exostoses syphilitiques, ont une marche excessivement lente, et, pendant un grand nombre d'années, l'œil conserve ses fonctions et la plus grande partie de sa mobilité. Aussi dans ces cas-là peut-on temporiser dans une certaine mesure. Mais, si la néoformation prend un grand développement, on est amené à intervenir.

On pratiquera toujours dans ces cas-là l'examen radiographique qui a la plus grande importance et montrera : 1° si la tumeur a un *pédicule étroit* de section facile ; 2° son volume relatif ; 3° si elle est en grande partie sessile (Mackensie), non pédiculée ou incluse dans le squelette même (exostose parenchymateuse) ; 4° si elle a un développement *intracrânien* plus ou moins considérable.

Dans ces deux derniers cas, on pourra quelquefois être amené à refuser une intervention trop dangereuse et qui a entraîné déjà un nombre considérable de morts.

Dans les autres cas, on pourra par une incision périorbitaire arriver sur la tumeur et *scier* son pédicule avec une petite scie ou avec la scie à chaîne. L'ablation à la gouge et au maillet est indiquée, si l'exostose est d'une extrême dureté et résiste aux moyens précédents.

Mais ce procédé est extrêmement lent, expose à des ébranlements, à des fissures, et est ici bien moins rationnel que le sciage de la partie *orbitaire*. On agira avec modération pour éviter un trop grand ébranlement et l'ar-

rachement brusque *du pédicule* qui met alors souvent la dure-mère à nu et prédispose à l'infection méningitique soit au moment de l'opération, soit ultérieurement. Cet arrachement par fracture, quoique plus facile que le sciage, doit donc être évité, si possible.

On désinfectera ensuite énergiquement (eau phéniquée forte) et on drainera après suture. On évitera le bourrage à la gaze iodoformée ou même stérilisée, qui est passible de diverses infections dans la manipulation ou la mise en place de la mèche, et on s'en tiendra au drainage, destiné à conduire aussi les jours suivants des injections antiseptiques dans la cavité opératoire.

On devra, si l'incision cutanée périphérique ne donne pas, dans le cas d'une volumineuse exostose, assez de jour, s'aider extemporanément, s'il y a lieu, de l'opération de Krönlein, mais elle sera souvent inutile.

L'œil devra être scrupuleusement respecté, et fréquemment protégé, *quelque temps auparavant*, par une tarsorrhaphie médiane ou interne, plus ou moins complète, extrêmement utile ici.

Dans certains cas, le malade se présente au contraire avec un œil *détruit* et une exostose très volumineuse. Dans des cas de ce genre, l'intervention pourrait se borner quelquefois à l'énucléation (Mackensie), au lieu d'aller opérer l'exostose, dont on aura soin d'ailleurs de déterminer la nature (acupuncture), les proportions et le siège (radiographie).

Quant à la tarsorrhaphie partielle, c'est-à-dire médiane, interne, externe, elle sera indiquée comme moyen général de protection de la cornée, surtout si le malade refuse l'intervention ou si le volume, l'implantation de l'exostose, l'état *général* du malade, empêchent de proposer l'intervention.

La chirurgie des exostoses de l'orbite a donné, même avant la période antiseptique (voir, entre autres auteurs,

Demarquay, et le superbe cas opéré et guéri par Maisonneuve, après une intervention extrêmement laborieuse), des succès remarquables, mais aussi un grand nombre de morts. Actuellement les séries semblent un peu meilleures (H. Coppez, Mitvalsky) et il y a lieu de croire qu'elles pourront s'améliorer encore si, tout en usant de l'antisepsie et de l'asepsie les plus rigoureuses, avant, pendant et après l'opération, de même que dans les pansements consécutifs, on adopte ici les modifications *techniques* et *instrumentales* toutes récentes qui ont donné récemment à la chirurgie ostéo-crânienne un maximum de netteté, de *rapidité* et de sécurité, surtout pour le sciage du pédicule.

Nous ne parlons que pour mémoire des exostoses, non plus ostéogéniques, mais d'origine diathésique, accessibles à un traitement résolutif, des hyperostoses diffuses et des ostéosarcomes.

Fibromes, névromes. — Les fibromes et leurs variétés, souvent mobiles, les névromes et les autres *tumeurs bénignes* seront extirpés, s'il y a lieu, avec tous les ménagements désirables.

Celles qui siègent dans l'entonnoir musculaire rappellent comme traitement celles du nerf optique, quoiqu'il faille être aussi conservateur que possible, en présence d'un œil dont le nerf optique est quelquefois sain. La conservation de l'œil non altéré et du nerf optique sera donc avant tout recherchée, tandis qu'elle est souvent imprudente ou inutile, lorsqu'il y a une véritable dégénérescence néoplasique du nerf optique.

De même que les tumeurs *du nerf optique*, les tumeurs des *glandes lacrymales* ont déjà été étudiées.

Sarcome et autres *tumeurs malignes* (lymphadénomes, endothéliomes, etc.). —

On devra toujours s'attacher à diagnostiquer si la tumeur est primitive, secondaire par voisinage, enfin métastatique ou d'origine générale. De plus un traitement

mercuriel, iodé et arsenical intensif devra dans la plupart des cas être institué et amènera quelquefois la résolution de volumineuses *pseudo-tumeurs*.

Ce traitement, combiné à tous les autres moyens généraux appropriés, sera aussi celui (sauf opérations *palliatives* sur l'œil, l'orbite ou les parties voisines) applicable aux tumeurs métastatiques à distance, résultant d'une localisation orbitaire de sarcomes ou de cancers d'autres régions du corps, et aux tumeurs multiples ou symétriques d'origine endogène (lymphadénie).

Le crâne, l'œil, les fosses nasales, la bouche, le pharynx et les sinits seront explorés avec soin. On voit souvent encore des *pseudo-polypes* des fosses nasales envahir rapidement l'orbite et les cavités voisines, surtout chez les enfants. Dans ces cas, ordinairement inopérables au moment où on est consulté, l'intervention orbitaire est tout à fait secondaire à l'intervention sur le point de départ de la néoplasie. Il en est de même dans les ostéosarcomes.

C'est dans ces cas surtout que comme dans d'autres un peu moins accentués, la *toxithérapie* des tumeurs malignes a toutefois donné quelques résultats, nécessite de nouvelles recherches (travaux de Répin et Emmerich) et pourrait être tentée de plus en plus par une sérothérapie spéciale.

Le *sarcome primitif* de l'orbite sera traité, après le traitement d'épreuve, par le curage total de l'orbite. On observe bien rarement la guérison locale définitive, quoique la métastase reste possible, même après la guérison locale.

Curage total (exentération) de l'orbite. — L'énucléation même du globe a été longtemps une opération qui intéressait l'orbite bien au delà de la capsule de Tenon et se complétait d'un évidement partiel de l'orbite. C'était donc souvent une opération mixte, bâtarde, allant de la simple extirpation du globe jusqu'au curage partiel ou total de l'orbite avec rugination et cautérisation des os en cas de cancer. Jusqu'à Bonnet d'ailleurs, l'énucléation seule du

globe était fort rare et on s'en tenait presque toujours à l'ablation du segment antérieur. Sinon on dépassait presque toujours le globe pour aller plus ou moins profondément en arrière.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — Lorsque les paupières sont envahies par la néoplasie, elles doivent être sacrifiées et enlevées en dépassant convenablement les limites du mal.

Lorsqu'elles sont saines, aussi bien dans leur partie conjonctivale que dans leur partie cutanée, elles seront conservées scrupuleusement.

Diverses incisions permettent d'exécuter en totalité le curage, sans être gêné en rien par les paupières.

Dupuytren fendait chaque paupière d'un coup de ciseaux perpendiculaire ou oblique au bord ciliaire, près des commissures et rabattait en haut et en bas les volets ainsi constitués.

Langenbeck détachait circulairement les paupières à leur base, en rondelle, au niveau du pourtour osseux de l'orbite, mais en laissant en dedans un pédicule adhérent. L'opération terminée, les paupières étaient remises en place et l'incision suturée.

Ces procédés réussissent quelquefois, mais donnent lieu d'autres fois à un sphacèle et à des difformités.

Acrel, Desault se bornaient à une canthotomie allant jusqu'au rebord orbitaire externe. Ce procédé ne donne pas toujours un jour suffisant.

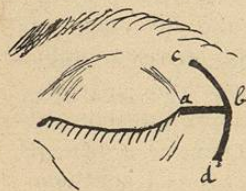


Fig. 129. — Incision (a, b, c, d), pour le curage de l'orbite.

En y ajoutant une incision en T de dimensions variables (fig. 129), mais qui, en aucun cas, ne comprendra plus du tiers externe correspondant au pourtour osseux de l'orbite, nous ouvrons une très large porte d'entrée qui sera toujours largement suffisante pour agir complètement et à ciel ouvert, et qui, suturée

après le curage, n'expose à aucun sphacèle et à aucune difformité.

Les paupières étant fortement écartées avec des releveurs à manche, on cerce les culs-de-sac conjonctivaux par une incision circulaire allant jusqu'à l'os : puis on décolle le périoste avec une rugine, après avoir frayé la voie avec le bistouri. L'énucléation du globe a été quelquefois faite comme premier temps, mais on a généralement plus d'avantages à le saisir en plein, après l'avoir vidé, avec une pince de Museux ou une pince-érigne, car il constitue avec le nerf optique l'axe et la partie solide de tout le cône de parties molles qu'il s'agit de désinsérer, et en tirant de la main gauche sur la pince, on décolle au bistouri avec la main droite. Quand la désinsertion, surtout au côté externe, est suffisante pour le permettre, on va avec une très forte pince hémostatique embrasser et comprimer le pédicule vasculo-nerveux du sommet de l'orbite. L'hémorragie au cours de l'opération sera déjà moindre.

On remplace le bistouri pointu par un bistouri boutonné à hernie, lorsqu'on arrive vers le sommet de l'orbite.

On coupe le pédicule en avant de la pince hémostatique et on complète la toilette de l'os, mis totalement à nu.

Il ne reste plus qu'à faire la toilette du pédicule. La ligaturé et la torsion sont difficilement praticables. Après avoir enlevé le pédicule au bistouri boutonné, la cautérisation au thermocautère est en général préférable. Les ciseaux compresseurs de Warlomont ont été également employés, mais ne sont pas indispensables. L'hémostase avec la gélatine liquéfiée rendrait ici des services. Pour éviter qu'il ne reste une couche de gélatine pouvant favoriser une infection ultérieure, on pourrait l'enlever avec une injection d'eau bouillie très chaude. Une énergique compression avec un tampon aseptique, puis avec la gaze iodoformée à demeure, préférable à une éponge, enfin

la suture des parties externes divisées, complètent l'opération, qui est très rapide si elle est bien menée, et dont l'hémostase nécessite seulement une assez grande patience.

Le curage de l'orbite sera ordinairement total. Il ne s'agit plus d'une opération essentiellement conservatrice, comme l'extraction des tumeurs *benignes* de l'orbite, où l'on enlève la tumeur, mais où on conserve soigneusement tout le reste, en particulier l'œil et tout ce qui le fait voir et mouvoir. Quand au contraire on est amené à vider l'orbite, il faut le faire complètement, les curages partiels laissant, sans grand avantage pour la prothèse, des craintes plus grandes de *récidive*, et des débris graisseux qui s'infectent facilement et donnent lieu à des suppurations prolongées, des complications intracrâniennes mortelles.

La cautérisation chimique du pédicule aux flèches de Canquoin entraîne quelquefois (Hulke) l'exfoliation des os et sera rejetée.

Suites. — L'intérieur de la cavité orbitaire est recouvert au bout de quelques jours par un tissu bourgeonnant, dont les bourgeons exubérants ne sont pas toujours des récidives néoplasiques.

Après l'exentération, on a proposé de pratiquer immédiatement une autoplastie destinée à faciliter la réparation du revêtement des parois orbitaires, par première intention pour ainsi dire, à empêcher la sécrétion puriforme et muqueuse qui se produit pendant plusieurs semaines, si l'on s'est borné au curage seul, à s'opposer à la rétraction palpébrale, et à permettre dans la cavité ainsi restaurée d'emblée le port d'un œil artificiel. Après le curage de l'orbite, la rétraction des paupières est souvent telle qu'elles viennent tapisser l'os et que la *prothèse*, qu'on a essayée quelquefois avec des pièces *coniques*, devient souvent même impossible pour les plus petites coques d'émail. Toutefois une malade opérée par nous d'exentération

totale pouvait porter un petit œil artificiel, assez enfoncé.

D'autres malades, pour lesquels on pourrait penser à la prothèse *suspalébrale* (les anciens *ecblepharii*), sont réduits au port de conserves fumées ou d'un taffetas noir de forme variée comme après les vastes blessures du visage.

Aussi, dans ces dernières années, pour s'opposer à la pullulation du tissu nouveau, on a *tapissé* la paroi orbitaire avec des lambeaux autoplastiques soit à pédicule (Küster, Golovine), soit par greffe cutanée totale, soit par greffe de Thiersch (Noorden). C'est une chirurgie presque identique à celle du symblépharon.

Malgré quelques résultats immédiats ou même tardifs, cette intervention, d'ailleurs aléatoire et qui en cas d'insuccès, contribue encore à défigurer le patient, nous semble passibles des mêmes reproches que l'autoplastie immédiate après l'ablation des épithéliomas palpébraux, et encore ici même après l'exentération, il n'y a plus d'œil et il n'y a donc plus cette nécessité impérieuse de protéger le globe, qui impose quelquefois après l'ablation d'un cancroïde une blépharoplastie immédiate. Sous les vastes lambeaux cutanés, ayant d'ailleurs nécessité des cicatrices faciales nouvelles, peuvent se cacher de dangereuses repullulations, tandis qu'après le simple curage on inspecte à nu le bourgeonnement de la cavité où d'ailleurs il peut se produire comme après l'énucléation des proliférations bénignes qu'on ne confondra pas par exemple avec les récidives d'un sarcome et dont il ne faudra pas trop tôt s'alarmer. En tous cas, ces récidives, lorsqu'elles se produisent, sont directement accessibles à la cautérisation ignée ou chimique. Il en est tout autrement de celles que masque un épais lambeau cutané, plus ou moins plissé et nouveaux.

Il ne faut donc pas se hâter de considérer comme un progrès ce qui peut n'être qu'un bénéfice momentané et