

incisions, qui ouvrent plus largement l'orbite, sans exposer au sphacèle comme l'incision circulaire de Langenbeck.

Avec une large canthotomie externe et, tout au plus, une incision libérant la partie externe de la paupière supérieure sur une étendue de 2 centimètres, on aura le jour désirable pour pratiquer l'exentération complète de l'orbite.

Après avoir ainsi exécuté le premier temps de l'opération, on passe au deuxième temps.

2° TEMPS. — *Incision du pourtour orbitaire.* — Le deuxième temps consiste à inciser, jusqu'à l'os, tout le cercle conjonctival qu'on trouve à la base de l'orbite. C'est exactement sur la base même, au niveau de l'angle que forment les parois de l'orbite avec les os de la face, qu'on doit faire cette incision, à l'aide d'un fort bistouri à lame courte, bien tranchante.

Cette incision représente le deuxième temps.

3° TEMPS. — *Décollement du périoste.* — Le 3° temps consiste à

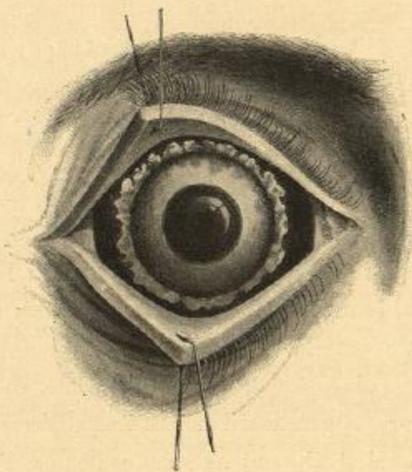


FIG. 134. — Exentération de l'orbite. Débridement de l'angle externe. Décollement du périoste.

décoller tout le périoste de l'orbite à l'aide d'une rugine, décollement facile chez tous les sujets, particulièrement chez les enfants, et qui ne

présente de danger qu'au niveau de la voûte orbitaire, où il convient d'appuyer doucement pour ne pas fracturer la base du crâne.

La rugine permet ainsi de séparer le périoste orbitaire des parois osseuses de l'orbite dans tous les points, jusqu'à la fente sphénoïdale et le trou optique; à la fin de ce troisième temps, l'opérateur a dans la main un cornet fibreux contenant tous les tissus et tous les organes de l'orbite, globe de l'œil, muscle, vaisseaux, nerfs, glandes et tissu graisseux (fig. 134).

Le sommet du cornet seul adhère, et le quatrième temps de l'opération consiste à sectionner cette adhérence, ce pédicule.

4° TEMPS. — *Section du pédicule.* — Les auteurs conseillent de pla-

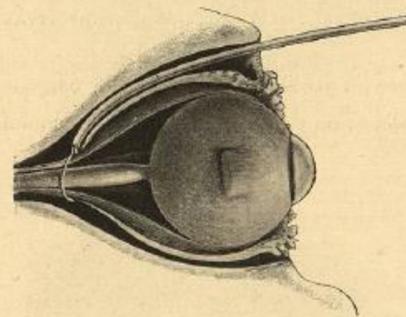


FIG. 135. — Section du pédicule avec l'anse galvanique.

cer sur le pédicule, au sommet de l'orbite, une forte pince hémostatique, et de sectionner le pédicule en avant de la pince. On peut agir ainsi avec sécurité; on peut aussi se servir d'une anse galvano-caustique et sectionner le pédicule sans pince hémostatique préalable, en portant l'anse au rouge sombre; c'est là un moyen très pratique et très élégant, que nous avons le premier mis en œuvre et que nous devons recommander (fig. 135).

Si l'hémostase n'est pas parfaite, on la complète au thermo-cautère et au besoin on laisse sur le pédicule, à la manière de Verneuil, une pince à demeure pendant deux jours. Il ne reste plus qu'à faire la toilette de la cavité orbitaire avec un jet d'eau froide antiseptique, particulièrement

avec l'eau oxygénée, et à faire un pansement compressif après avoir tamponné doucement la cavité. Les incisions palpébrales sont, en dernier lieu, suturées.

La guérison de la vaste plaie ainsi obtenue se fait par bourgeonnement, et le tissu cicatriciel a l'inconvénient de faire rétracter les paupières, de les attirer vers le sommet de l'orbite, ce qui rend impossible l'usage de l'œil artificiel, à moins d'avoir recours à la prothèse sus-palpébrale.

Cette exentération complète de l'orbite, nécessaire dans bien des cas, peut assez souvent être remplacée par un autre procédé, que nous appellerons l'exentération sous-conjonctivale.

B. — EXENTÉRATION SOUS-CONJONCTIVALE.

Ce procédé diffère du précédent en ce que la conjonctive oculaire est conservée tout entière ; on commence l'opération, comme pour enlever le

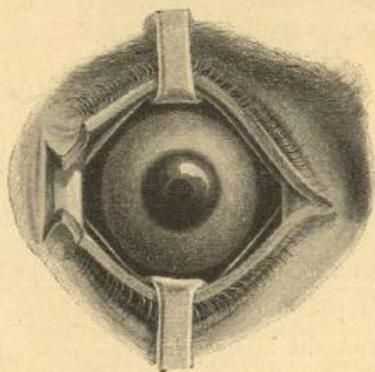


FIG. 136. — Exentération sous-conjonctivale de l'orbite.

globe de l'œil, en libérant la conjonctive bulbaire sans toucher aux muscles ; cette conjonctive est fendue en dehors et en dedans, de façon à pouvoir former deux lambeaux, correspondant : l'un à la paupière supérieure, l'autre à la paupière inférieure. Ces lambeaux conjonctivaux sont ensuite relevés chacun avec la paupière correspondante, et l'exentération faite comme précédemment (fig. 136).

Bien souvent, il sera suffisant de pratiquer une exentération sus-périostée et de faire l'ablation complète des parties molles en laissant intact le squelette de l'orbite, y compris le périoste. On comprend d'ailleurs que l'ablation des parties molles pourra être plus ou moins large, au gré de l'opérateur, qui fera ainsi l'exentération presque complète ou complète sus-périostée, ou l'exentération sous-périostée, tout en respectant la conjonctive (fig. 137).

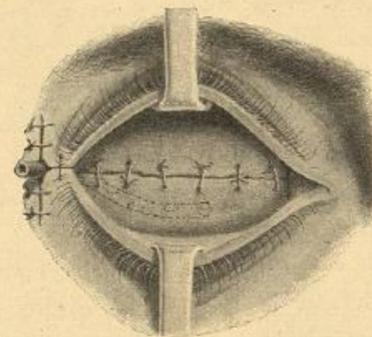


FIG. 137. — Exentération sous-conjonctivale de l'orbite. Suture de la conjonctive et drainage de la cavité.

La conservation de la conjonctive joue, dans ce cas, le rôle des greffes et de la clôture plastique, que nous allons maintenant étudier.

C. — EXENTÉRATION DE L'ORBITE-AVEC CLÔTURE PLASTIQUE.

Après l'exentération complète de l'orbite, les paupières sont attirées en arrière par une cicatrice rétractile ; il en résulte une sorte d'entropion, caractérisé par l'adhérence de la face postérieure de la paupière aux parois de l'orbite, et la prothèse ordinaire devient impossible ; c'est pour les cas de ce genre qu'on a eu recours à la prothèse sus-palpébrale, aux *ecbléphara*, qui n'ont vraiment rien de gracieux.

Dans un assez grand nombre de cas, où l'intervention est faite pour des tumeurs malignes, la récurrence est à craindre, et la surveillance prolongée que nécessite le mal empêche de recourir aux opérations complètes.

mentaires destinées à recouvrir la cavité orbitaire, à la masquer, à la clôturer. Lorsque cette récidive n'est pas à craindre, ce qui est rare, puisqu'on fait l'exentération complète surtout pour des tumeurs malignes, on pourra recourir aux procédés suivants, qui ont été successivement conseillés par Kuster¹, Busachi², Noorden³, Romano Catania⁴ et Golovine.

Kuster conseille de couvrir l'orbite par les paupières cousues ensemble, si elles peuvent être conservées; et, dans le cas où elles sont inutilisables, il se sert d'un lambeau taillé dans la peau de la tempe et appliqué dans l'orbite.

Busachi a recouvert les parois orbitaires en se servant de greffes, selon la méthode de Thiersch; Noorden employa le même moyen; Romano Catania fait connaître le procédé pratiqué par son maître, le professeur Angelucci (de Palerme).

Ce dernier procédé consiste à détacher deux grands lambeaux, l'un supérieur, sur le front, l'autre inférieur, sur la joue; ces lambeaux, décollés et étendus, se rejoignent au niveau de l'orbite, de telle façon que les sourcils viennent occuper la ligne médiane horizontale de la cavité oculaire; ils contribuent ainsi à masquer la mutilation, et à leurs lieu et place ordinaires, ils sont remplacés par un tatouage approprié. Le résultat ainsi obtenu ne doit pas être d'une élégance exagérée, mais vaut mieux cependant que celui qu'on obtient après l'exentération de l'orbite lorsque les paupières n'ont pu être conservées.

Golovine⁵ a utilisé un procédé dont les divers temps peuvent être ainsi résumés :

1° Tailler un lambeau cutané sur la tempe, comme en le pratique dans la blépharoplastie d'après Fricke; 2° introduire ce lambeau dans

¹ KUSTER, Die Deckung der Augenhöhle nach Ausräumung derselben. *Centralblatt f. Chirurg.*, 1890, n° 3, et in NEUMANN, Inaugural Dissertation, Freiburg, 1902.

² BUSACHI, Come si debba coprire la cavità orbitaria dopo averla svuotata. *Rif. méd.*, 1891, 4, p. 467.

³ NOORDEN, Ein Fall von Thiersch'schen Transplantat. der ganzen Orbitalhöhle. *Berlin. kl. Woch.*, 1891, n° 4.

⁴ ROMANO CATANIA, Un nuovo processo di plastica per la copertura della cavità orbitaria. *Arch. di oftalmol.*, 1, p. 209.

⁵ GOLOVINE, *Archives d'ophthal.*, p. 679, 1898.

l'orbite, en prenant bien garde d'altérer la commissure externe; 3° appliquer ce lambeau dans l'orbite, sa surface épithéliale étant en dehors, et en réunir les bords avec les restes de la conjonctive des paupières par quelques points de suture. Les figures ci-dessous (fig. 138, 139), que nous empruntons à Golovine, montrent mieux qu'une longue description son *modus faciendi*.

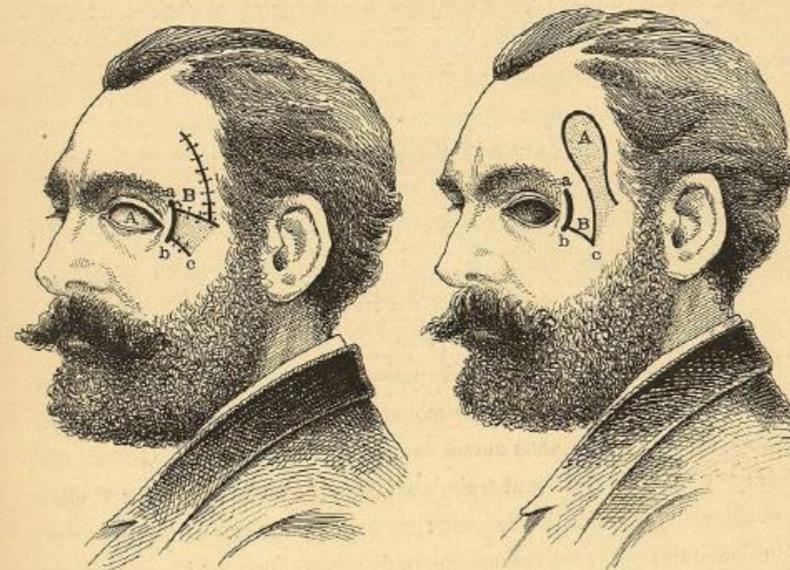


FIG. 138 et 139. — Exentération de l'orbite avec clôture plastique. Procédé de Golovine.

Telles sont les opérations chirurgicales dont chaque opérateur doit connaître la technique pour traiter avec succès les tumeurs de l'orbite. Tout praticien doit encore savoir lier les carotides et les gros vaisseaux aboutissant à l'orbite et aux paupières, faire l'électrolyse, etc., etc., mais ce sont là autant de manœuvres que nous n'avons pas à indiquer ici.

Le moment est maintenant venu de dire quelles sont les indications spéciales de chacune des opérations que nous venons d'étudier.