

B. — INDICATIONS PARTICULIÈRES DE CHACUNE DE CES OPÉRATIONS

Les opérations qui viennent d'être décrites peuvent être utilisées dans trois groupes de faits, qu'il importe d'abord de catégoriser, afin de mettre un peu d'ordre dans le vaste chapitre des tumeurs orbitaires, si différentes dans leur forme, leur siège, leur volume, leur malignité.

Nous passerons successivement en revue :

- 1° Les tumeurs du nerf optique ;
- 2° Les tumeurs des autres parties molles de l'orbite ;
- 3° Les tumeurs des parois.

§ 1. — Tumeurs du nerf optique.

Les tumeurs du nerf optique se présentent dans des conditions qui permettent presque toujours de conserver l'œil sans augmenter les chances de récurrence et sans aucun dommage pour le patient. On sait, en effet, que ces tumeurs offrent trois particularités fondamentales : 1° elles n'envahissent pas le globe de l'œil ; 2° elles ne se propagent pas aux tissus orbitaires et sont comme enkystées dans l'orbite ; 3° elles s'étendent vers le chiasma et ne menacent l'économie que de ce côté.

Toute opération, par conséquent, qui permettra de sectionner le nerf optique, d'une part au sommet de l'orbite, d'autre part au ras de l'œil, remplira les conditions d'une bonne opération, puisqu'avec elle le néoplasme sera aussi complètement enlevé que possible. La voie transosseuse (opération type de Krönlein et opérations dérivées) permet d'atteindre le but ; la voie transpalpébro-conjonctivale le permet aussi. Il s'agit de savoir quels sont les avantages et les inconvénients respectifs de ces deux méthodes : la voie transosseuse, la voie transpalpébro-conjonctivale.

Les avantages de la méthode transosseuse, en ce qui concerne les tumeurs du nerf optique, sont plus apparents que réels ; sans doute on

arrive à découvrir largement le néoplasme, mais on ne l'extirpe pas plus aisément que par la méthode transpalpébro-conjonctivale.

Les inconvénients abondent au contraire. Nous dirons d'abord qu'il est impossible de ne pas sectionner le nerf lacrymal, et que le ganglion ophtalmique est également presque toujours endommagé, ce qui est très fâcheux au point de vue de la nutrition du globe ; mais nous devons ajouter que tous les procédés exposent à la dilacération du ganglion ophtalmique.

Nous n'insisterons pas sur la lésion des vaisseaux, artères ou veines, qui, dans aucun cas, ne sera pour l'opérateur un obstacle sérieux, mais nous signalerons, d'une façon toute particulière, les désordres que subissent les muscles au cours de l'opération, notamment le muscle droit externe, toujours plus ou moins atteint et très souvent complètement paralysé dans ses mouvements par les brides cicatricielles qui l'entourent.

D'après Domela¹, qu'on ne saurait suspecter de partialité contre la méthode de Krönlein, on peut ainsi résumer les troubles qui surviennent après cette opération : sur 35 cas, sept fois le releveur de la paupière supérieure fut lésé pendant l'opération, et il y eut quatre fois un ptosis complet ; il est remarquable de constater que cinq de ces cas de ptosis ont été consécutifs à l'extirpation des tumeurs du nerf optique, et, chose plus remarquable encore, ces cinq cas se sont produits sur 11 interventions.

De suite après l'opération, dit Domela, le bulbe est assez souvent en convergence par une lésion du droit externe, qui disparaît dans le cours de la guérison, ou du moins s'améliore beaucoup ; sur 35 cas, huit fois une opération complémentaire fut nécessaire ; dans un cas il y eut divergence. La position du bulbe redevient normale dans la majorité des cas (74 p. 100), mais non sa mobilité ; la mobilité en dehors est toujours un peu troublée par l'opération ; sur 30 cas suivis, huit fois seulement ces troubles furent passagers, onze fois de légers troubles persistèrent, neuf fois la mobilité était complètement abolie dans une direction, deux fois la mobilité était presque supprimée.

¹ DOMELA, *Ueber die retrobulbäre Chirurgie der Orbita*. Tübingen, 1900.

Il se produit encore, après l'opération de Krönlein, des troubles passagers dans la sensibilité de la cornée et quelquefois dans sa nutrition; dans un cas de gliome du nerf optique¹ il fallut ultérieurement faire l'énucléation de l'œil à cause d'un ulcère cornéen à hypopyon à croissance rapide. Mais de pareils désordres sont vraiment rares : sur 38 cas rapportés par Domela, le bulbe put toujours être conservé.

En résumé, la méthode de Krönlein a pour avantages de donner un jour relativement large et de permettre une extirpation facile de la tumeur du nerf optique, et pour inconvénients de détruire les nerfs ciliaires et le ganglion ophtalmique, d'entraîner du ptosis, du strabisme, de l'immobilité du globe, enfin d'être relativement très laborieuse et de laisser une cicatrice qui n'est pas toujours négligeable.

Les auteurs qui ont défendu la méthode de Krönlein dans le traitement des tumeurs du nerf optique, c'est-à-dire la très grande majorité de ceux qui ont écrit sur ce sujet, comparent ces résultats à ceux qu'on a obtenus, depuis Knapp jusqu'à Röhmer, en utilisant le procédé qui porte le nom du premier auteur, et ils triomphent aisément, parce qu'en effet l'opération décrite par Knapp n'est pas recommandable; c'est au procédé qui nous est personnel qu'il faut comparer la méthode de Krönlein en ce qui concerne l'extirpation des tumeurs du nerf optique. Ce procédé ne pourra bien évidemment être apprécié à sa juste valeur que lorsqu'il aura été pratiqué souvent; nous reconnaissons qu'il n'a pas encore pour lui la consécration de l'expérience, mais il nous paraît tellement simple, si facilement exécutable, et nous l'avons nous-même si aisément exécuté, qu'après l'avoir fait connaître plus haut dans tous ses détails, nous croyons devoir le recommander.

La voie transpalpébro-conjonctivale permet tout aussi facilement l'extirpation complète du néoplasme que la voie transosseuse. On se rendra compte de cette facilité en considérant que l'œil est chassé hors de l'orbite, souvent plus qu'à moitié, par la tumeur même du nerf optique; les parties molles de l'orbite sont moins dilacérées par la première méthode que par la seconde, et les muscles notamment seront toujours plus facile-

¹ HERMANN LINDNER, *Zur Kasuistik der temporären Resektion der äusseren Orbitalwand nach Krönlein*. Inaugural Dissertation, Giessen, 1902, p. 20.

ment conservés. Enfin, il sera possible, par la voie des parties molles autant que par la voie transosseuse, de sectionner le nerf au niveau du tissu optique et de vérifier l'état de l'œil qui, devra être sacrifié s'il est trop gravement endommagé.

La voie transpalpébro-conjonctivale est donc plus facile, aussi sûre et expose à moins de complications que la voie transosseuse.

En terminant ce paragraphe, nous dirons que, dans les cas où le diagnostic de tumeur du nerf optique ne sera pas certain, on devra, avant d'opérer, prendre le soin d'établir nettement ce diagnostic en désinsérant le muscle droit externe et en explorant l'orbite. S'il s'agit bien d'une tumeur, on continuera l'opération que nous préconisons; s'il s'agit d'un autre néoplasme rétro-bulbaire, susceptible d'être complètement enlevé sans léser l'œil, on appliquera, dans les conditions que nous allons maintenant étudier, l'un des procédés de la méthode de Krönlein.

§ 2. — Tumeurs du contenu de l'orbite (nerf optique excepté).

Nous l'avons vu, ces tumeurs sont très nombreuses; ce sont : A) des kystes, B) des tumeurs vasculaires, C) des fibromes, D) des sarcomes, E) des lymphadénomes.

Nous étudierons successivement le traitement de chacune de ces variétés.

A. — KYSTES.

Ces kystes sont congénitaux ou acquis; dans les premiers il faut faire une place à part aux encéphalocèles orbitaires, pour lesquels on n'interviendra que lorsqu'on sera sûr que la tumeur est transformée en kyste isolé par oblitération du canal de communication.

Mais il est bien difficile d'acquiescer une pareille certitude; aussi le praticien, en pareil cas, doit s'abstenir de toute intervention. L'opéré de