

Masgana¹, pendant trois mois, courut les plus grands dangers, et il convient d'autant plus d'éviter ces dangers aux jeunes malades que ceux-ci ne sont pas voués à une mort prématurée. Ils peuvent vivre longtemps et se développer avec une petite tumeur orbitaire.

Nous devons citer ici une observation de Klingelhoff² concernant une fillette de 9 mois, opérée à l'hôpital de Manheim par le professeur Weiss. L'œil était repoussé en bas et du côté du nez, le nerf optique atrophié; l'intelligence de l'enfant était normale. On pratiqua l'opération de Krönlein et on découvrit un kyste à parois fortement tendues. Les manœuvres faites en vue de le dégager lésèrent la poche, et il s'en écoula un liquide séreux; il se produisit une hémorragie veineuse très abondante qui obligea l'opérateur à tamponner et à interrompre son opération, reprise deux jours plus tard et terminée par l'extirpation du sac kystique, qui allait jusqu'à la fente sphénoïdale. La malade guérit, et l'examen histologique de la paroi permit de ranger ce kyste parmi les méningocèles.

Pour les kystes séreux *congénitaux*, avec microphthalmie, la question de conserver ou d'enlever l'œil ne se pose pas, à cause même de l'insignifiance de l'organe; souvent l'ablation de l'œil a été faite par mégarde et il a été retrouvé, gros comme un petit pois, sur les parois du kyste.

Le seul traitement est l'extirpation, en prenant la précaution d'extraire la totalité de la poche.

Il faut s'appliquer à respecter le globe de l'œil, non seulement lorsqu'il est sain, mais encore lorsqu'il n'est que faiblement microphthalmie. Cet œil peut avoir une acuité visuelle médiocre ou nulle, mais sa présence dans l'orbite n'en est pas moins utile, autant pour le développement régulier du squelette, que pour l'aspect général de la physionomie. Dans le cas où, à ce dernier point de vue, l'œil, trop petit, ne serait pas favorable, on l'extirpera avec le kyste.

Il faudra, d'ailleurs, ménager autant que possible les muscles de l'œil, tout en disséquant profondément le tissu cellulaire de l'orbite, de façon

¹ MASGANA, *Gazette des hôpitaux*, 1870.

² KLINGELHOFFER, Extirpation of an orbital cyst by temporary resection of the external orbital wall after Krönlein's method. *Arch. of ophthalmology*, 1898, p. 25.

à atteindre et à exciser les parties les plus profondes du pédicule.

Pour mener à bien cette opération, le mieux est de ne pas toucher au sac conjonctival et de pénétrer dans l'orbite à l'aide d'une incision séparant la paupière de l'orbite au niveau de son bord adhérent, à travers l'épaisseur de l'orbiculaire. La sonde cannelée, aidée du doigt, permettra de faire le tour de la poche kystique sans l'ouvrir, bonne condition pour enlever toute la tumeur sans lacérer les organes à ménager. Lorsque la poche se déchire, son contenu s'échappe en totalité, et la dissection de la paroi ratatinée ne se fait pas sans grand danger de blesser les artères, les nerfs et les muscles.

Dans tous les cas il faut toujours faire cette extirpation complète; nous ne parlerons de la ponction simple de la poche et des injections irritantes qui ont été conseillées, que pour en proscrire l'usage.

Kystes dermoïdes. — Le traitement des kystes dermoïdes de l'orbite est, d'une façon générale, soumis aux mêmes règles que celui de tous les kystes du même nom. C'est l'extirpation totale qui doit être faite.

La ponction simple, suivie d'une injection irritante, doit être absolument proscrite, et l'électrolyse, que signale de Wecker, ne mérite pas qu'on s'arrête à la discuter. Les bons résultats indiqués par ce dernier auteur concernent probablement toute autre tumeur que les kystes dermoïdes, ce qui ne doit pas nous surprendre, car notre éminent confrère a écrit son article sur les kystes folliculaires sous l'influence d'idées anatomiques certainement erronées.

La simple incision du kyste, suivie du drainage, n'est pas plus recommandable. En présence d'un kyste dermoïde il faut pratiquer l'extirpation totale de la poche; quand l'opération sera terminée, pour être bien sûr de n'avoir laissé aucun fragment de la paroi dans la cavité, il faudra suivre le conseil de Nélaton et s'assurer, au moyen d'un stylet introduit dans la poche, que celle-ci ne présente aucune ouverture capable de livrer passage à l'extrémité du stylet et que, par conséquent, l'extirpation de la paroi a été bien complète.

C'est ainsi que nous avons toujours procédé. D'une façon générale, il ne faudra pas hésiter à faire une incision très longue, afin d'aborder la

tumeur par son extrémité antérieure et par ses côtés; cette incision devra, pour les tumeurs placées au-dessous de l'œil, passer par l'origine de la paupière inférieure; la section des fibres de l'orbiculaire n'a, dans la suite, aucun inconvénient.

Quand on doit aborder le kyste à travers la paupière, le releveur de la paupière est un obstacle majeur, et il vaudra mieux faire une canthotomie, relever la paupière avec un écarteur et aborder l'orbite par la région externe et supérieure en respectant ainsi, non seulement le tendon du releveur, mais le muscle lui-même. Il ne faut pas oublier que la moindre section de ce muscle, soit dans sa partie charnue, soit dans sa partie tendineuse, compromet le jeu de la paupière et entraîne du ptosis.

Le principe de l'extirpation complète étant bien posé, en ce qui concerne les kystes dermoïdes de l'orbite, il convient de lui apporter immédiatement un correctif nécessaire. Lorsque le kyste enflammé a contracté avec le voisinage des adhérences adventices, l'extirpation complète de la poche est dangereuse, même en ouvrant largement l'orbite par la méthode de Krönlein. En effet, la traction qu'on exerce sur elle entraîne les organes qui ont pris des adhérences avec sa paroi, la sonde cannelée ne suffit pas à la libération de la poche, il faut employer les ciseaux et couper les nerfs ciliaires, les branches de l'ophtalmique de Willis et même injurier le nerf optique. C'est là ce qui nous est personnellement arrivé¹: la cornée a été, après l'opération, le siège d'une kératite neuro-paralytique, et le nerf optique fut atteint d'une névrite qui, terminée par l'atrophie, entraîna la perte de la vision.

En pareille circonstance, il vaut mieux exciser la partie antérieure de la poche, l'hémisphère antérieur de la tumeur, et pratiquer le curettage de la paroi, de façon à détruire les éléments de la peau. Quand le kyste est ulcéré à sa face interne, ces éléments sont déjà détruits, et le raclage n'est pas, à la rigueur, nécessaire; mais, comme il est à craindre que l'ulcération du derme de la paroi ne soit pas totale, il vaut mieux agir comme on le fait pour les abcès tuberculeux et éliminer, par une abrasion attentive et soignée, toutes les parties de la paroi kystique destinées à

¹ *Annales d'oculistique*, t. CXXIII, 1900, p. 321.

disparaître. On pourra ainsi enlever tout le mal sans occasionner aucun désordre dans les parties voisines. Nous avons regretté une fois de n'avoir pas suivi cette ligne de conduite.

En résumé, le kyste dermoïde de l'orbite doit être extirpé en conservant l'œil; lorsque cette extirpation ne sera pas facile par les parties molles, il ne faudra pas hésiter à utiliser la voie transosseuse, et c'est là, certainement, l'une des indications les plus nettes de la méthode de Krönlein.

Lorsque le kyste siègera en dedans, entre l'œil et le nerf optique d'une part, d'autre part la paroi interne de l'orbite, il faudra utiliser la modification à l'opération de Krönlein que nous avons décrite page 524, figure 125.

Une seule exception sera faite au principe de l'ablation complète de la poche, elle concerne la suppuration du kyste et l'ulcération de la paroi interne; dans ce cas, même par la voie transosseuse, la dissection de la poche enflammée est difficile, dangereuse même par les délabrements orbitaires qu'elle entraîne, et le procédé le plus avantageux consiste dans l'ablation de toute la partie antérieure de la poche, le curettage de sa paroi et le drainage de la cavité, qui s'oblitére assez vite lorsque tous les éléments dermiques ont été éliminés.

Kystes hydatiques. — Nous ne nous arrêterons pas au traitement prophylactique, qui est celui de tous les kystes hydatiques et ne présente ici rien de spécial, et nous indiquerons parmi les moyens qu'on peut mettre en œuvre, avec des chances de succès très inégales: 1° la ponction; 2° l'incision; 3° l'excision; 4° l'extirpation, qui sera faite tantôt par les parties molles, tantôt par la voie transosseuse.

1° **PONCTION.** — La ponction peut être curative, même sans être suivie d'injections modificatrices, mais c'est là un résultat bien exceptionnel; elle n'a, en général, qu'un pouvoir palliatif: en diminuant le volume du kyste elle fait cesser tous les phénomènes de compression et peut donner au malade l'illusion d'une guérison complète. Bien rarement d'ailleurs, la ponction a été utilisée seule comme moyen de guérison; souvent elle remplit le double but d'établir le diagnostic et de donner un peu de répit

au malade. Ce répit peut quelquefois être long. Dans un cas de Dieu¹, qui a écrit sur ce sujet un remarquable mémoire, la tumeur fut ponctionnée et le kyste vidé; la vision, qui était très réduite, redevint normale et, pendant deux ans, tous les symptômes disparurent presque complètement; après ce délai la tumeur récidiva avec tous les symptômes primitifs; dans un autre cas, du même auteur, la ponction exploratrice fut infiniment moins durable: 24 heures après, tous les accidents reparurent.

Les ponctions ont été souvent répétées un certain nombre de fois (Holscher², Carathéodori³), et souvent aussi suivies d'une incision devenue nécessaire après l'insuccès de la ponction simple (Westphal⁴, Meyer⁵).

Nul ne s'étonnera de l'insuffisance de la ponction simple, puisqu'on laisse la poche germinatrice intacte; la guérison n'est possible que dans les cas, très rares, d'acéphalocystes.

Pour tirer un bénéfice définitif de la ponction, il convient de la faire suivre d'une injection de sublimé au millième. Ce procédé, appliqué aux kystes du foie pour la première fois par Mesnard⁶ (de Bordeaux), est susceptible d'amener une guérison complète, et l'on pourra y avoir recours chez les malades qu'effrayerait une intervention plus compliquée. Notons cependant que, dans son cas, Fage n'en a tiré aucun avantage.

2° INCISION. — L'incision, quoique généralement insuffisante, peut rendre des services. Dans presque tous les cas où elle a été employée, la suppuration avait envahi la poche; elle a été souvent curative après une suppuration plus ou moins longue; la vision a été quelquefois améliorée, et même, dans le cas de Meyer, elle redevint normale.

En somme, l'incision, suivie d'un lavage complet de la poche et d'un bon drainage, est un procédé peu expéditif, mais recommandable; par l'antisepsie on peut empêcher la suppuration de la poche; le meilleur

¹ DIEU, Documents relatifs à l'histoire des kystes de l'orbite. *Recueil d'ophtalmologie*, 1883-1884.

² HOLSCHER, *Caspar's Wochensch.*, 1883, t. I, p. 237.

³ CARATHÉODORI, *Gazette d'Orient*, t. IV, p. 9, 1860.

⁴ WESTPHAL, *Berl. klin. Woch.*, 1873, p. 205.

⁵ MEYER, *Gazette des hôpitaux*, 1884.

⁶ MÉSNAUD, *Bull. et mém. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 22 janvier 1890.

moyen, pour obtenir un résultat rapide, consiste à faire, comme Terson¹, des lavages copieux de la poche à l'aide du sublimé à 1/2000^e, solution déjà employée d'ailleurs à dose moins forte par Weeks² et par Sgrosso³. Panas a conseillé l'injection alcoolique au sublimé après la simple ponction.

3° EXCISION. — Déjà Demarquay⁴ avait conseillé l'excision partielle de la poche de préférence à l'incision; le reste du kyste était abandonné à la suppuration. Goyrand⁵ a également conseillé ce procédé dans le traitement des kystes orbitaires et il a cité une observation dont le résultat fut très heureux, si on tient compte de la période pré-antiseptique où elle a été prise.

Le cas de Meyer, dont nous avons déjà parlé, montre bien l'avantage de l'excision sur la ponction et sur l'incision. Chauvel avait traité la malade deux fois par la ponction, sans résultat; Meyer pratiqua une troisième ponction et, bientôt après, l'excision d'une partie de la poche. La guérison complète fut rapide, l'acuité visuelle remonta à 1/3, malgré la longue durée de la compression du nerf optique.

Après l'excision partielle de la poche, il sera toujours bon de pratiquer, non seulement le lavage antiseptique au sublimé de ce qui reste, mais encore le grattage avec une curette, comme on le fait pour les abcès froids.

L'excision, ainsi complétée et suivie ou non d'un drainage, selon la facilité avec laquelle la poche peut se vider, est une excellente opération.

C'est le procédé de choix pour les kystes hydatiques de l'orbite.

4° EXTIRPATION. — L'extirpation complète a été pratiquée par Lawson⁶, Barabaschew⁷, Maréchal⁸, Zehender⁹, Valude¹⁰, Joppe¹¹. Lorsque l'extir-

¹ TERSON, *Annales d'oculistique*, mars 1893.

² WEEKS, *Arch. f. Augenheilk.*, 1890.

³ SGROSSO, *Recueil d'ophtalm.*, 1893, t. XII, p. 337.

⁴ DEMARQUAY, *Traité des tumeurs de l'orbite*, p. 417.

⁵ GOYRAND, *Annales de la chirurgie française et étrangère*, t. VIII.

⁶ LAWSON, *The Lancet*, 15 avril 1876.

⁷ BARABASCHEW, *Wratsh*, n° 18, et *Arch. d'ophtalm.*, 1883.

⁸ MARÉCHAL, *Annales d'oculistique*, t. XCIII, p. 123, 1888.

⁹ ZEHENDER, *British med. Journal*, novembre 1887, p. 1150.

¹⁰ VALUDE, *Recueil d'ophtalmologie*, séance de la Société d'ophtalmologie de Paris

2 juillet 1889.

¹¹ JOPPE, *Revue générale d'ophtalmologie*, t. X, p. 361, 1891.

pation peut se faire facilement, comme dans le cas de Valude, on pourra en attendre de très bons et de très rapides résultats, mais elle n'est facile que pour les kystes superficiels. Quand la collection liquide est profonde, on s'expose, par la dissection de la poche, à blesser des organes profonds, filets nerveux ou vaisseaux; l'opération est inutilement laborieuse, car l'excision partielle et le raclage amènent tout aussi bien, et presque aussi vite, la guérison.

On peut, en principe, dans tous les cas, essayer l'extirpation complète; mais, si cette opération est tant soit peu compliquée, il faut, dans les kystes hydatiques, laisser de côté tout amour-propre et se contenter de l'excision partielle, suivie du lavage et du raclage du reste de la poche.

Ce traitement pourra toujours suffire à la guérison du kyste hydatique de l'orbite, aussi compliqué et aussi ancien que soit le cas. Nous lisons cependant, dans les observations, que l'œil a été quelquefois énucléé avec la tumeur. C'est qu'alors on avait fait une erreur de diagnostic. Goyrand, Waldhauer¹, de la Pena², et quelques autres ont commis ces erreurs, excusables par les allures malignes du mal et l'importance exceptionnelle des complications qu'il avait entraînées. Dans le cas de de la Pena, l'opération fut faite par de Wecker, qui, sans endormir le malade, fit avec un trocart une ponction qui donna issue à 100 grammes, à peu près, d'un liquide d'une couleur blanchâtre. Il pratiqua ensuite une incision circulaire de la conjonctive, comme pour faire l'énucléation, coupa les tendons du droit externe et du droit inférieur, sectionna le nerf optique et luxa l'œil, pour faciliter la sortie du kyste, qu'il croyait très difficile; mais à ce moment le kyste s'énucléa très simplement. Le globe fut ensuite remis à sa place normale.

Sans critiquer la conduite de l'opérateur en pareille circonstance, il est permis de dire qu'une excision partielle de la poche aurait, avec moins de peine, donné un aussi bon résultat que celui qui suivit cette large intervention; dans tous les cas l'extirpation aurait pu être complète sans la section du nerf optique.

¹ WALDHAUER, *Klinische Monatsb. f. Augenheilk.*, 1865, t. III, p. 365.

² DE LA PENA, *La oftal. práctica*, 1882, p. 6 et 12.

Pour enlever un kyste hydatique de l'orbite, Lucas-Championnière¹ fit la résection de 10 à 16 millimètres du rebord orbitaire; il fit bien, mais il y a mieux. C'est en pareille circonstance que la voie transosseuse devient utile; toutes les fois que le kyste sera profondément placé, et que, pour l'extraire en totalité, on rencontrera des difficultés considérables, on aura recours, soit à la résection de la paroi externe, soit à celle du trépied orbitaire. L'opération ainsi faite permettra de ménager tous les organes essentiels de l'orbite et d'extraire la poche en totalité. Mais en bonne clinique il sera bien rarement utile de recourir à la voie transosseuse, puisque l'extirpation partielle, le raclage et le lavage antiseptique de la poche peuvent suffire.

Ajoutons, en terminant, que l'énucléation de l'œil pourra être justifiée par les complications inflammatoires graves dont il aura pu être frappé, surtout lorsque des désordres irrémédiables, supprimant à jamais la vision, pourraient menacer l'autre œil d'une ophtalmie sympathique.

Les cysticerques de l'orbite, qui sont d'ailleurs très rares, ont tous été facilement extirpables à travers les parties molles, en laissant l'œil intact.

B. — TUMEURS VASCULAIRES.

Nous parlerons ici des angiomes de l'orbite et de l'exophtalmie pulsatile.

1° Angiomes. — Les méthodes mises en œuvre dans la thérapeutique des angiomes ont été divisées par Broca en trois groupes: la méthode atrophiante, la méthode perturbatrice, la méthode destructive.

La méthode atrophiante comprend la ligature des branches ou des troncs artériels et la compression du néoplasme par divers moyens; la méthode perturbatrice consiste en badigeonnages de collodion, de teinture d'iode, d'alun, de perchlorure de fer, etc.; les vésicatoires en font

¹ LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, in observation de KENDIRDJY, *Société anatomique de Paris*, 16 juin 1899.

aussi partie; en font partie également : les incisions et les excisions partielles, l'acupuncture, le seton, les injections de liquides caustiques ou coagulants, la cautérisation avec les caustiques, le cautère ou l'électrolyse.

La méthode destructive comprend, par excellence, un procédé : l'ablation, l'extirpation de l'angiome.

Voyons de tous ces procédés quels sont ceux qui conviennent le mieux dans la thérapeutique des angiomes orbitaires.

Nous ne parlerons que pour mémoire des applications d'eau de rose et d'alun utilisées par Abernethy, car leur inefficacité n'est pas discutable, et nous ne dirons rien non plus de la ligature de la carotide, qui doit être réservée aux tumeurs pulsatiles de l'orbite. Carron du Villards et Walton l'ont cependant utilisée pour le traitement de l'angiome. Le second tenta même la ligature des vaisseaux nourrissant la tumeur; il n'obtint aucun résultat et dut recourir à la cautérisation actuelle. Fano put guérir son malade avec la cautérisation au fer rouge.

Ces procédés sont médiocres ou mauvais, et il faut bien dire ici, qu'en aucun cas, pour l'angiome de l'orbite, il ne faut y avoir recours. Les deux méthodes recommandables dans cette affection sont la méthode perturbatrice, par l'électrolyse, et la méthode destructive, par l'ablation directe.

L'électrolyse donne d'excellents résultats; ses principaux avantages consistent en ce qu'elle ne provoque pas de douleurs, qu'elle ne nécessite pas la chloroformisation, qu'elle n'entraîne aucune hémorragie primitive ou consécutive et qu'elle n'a, en elle-même, rien qui puisse effrayer le malade, comme le cautère actuel ou l'opération sanglante.

Martin (de Bordeaux) nous paraît le premier auteur qui ait employé l'électrolyse pour la cure d'un angiome du grand angle de l'œil, se prolongeant profondément dans l'orbite.

Dans les premières séances, Martin¹ fit de l'électrolyse unipolaire; ce n'est qu'à la sixième électrisation qu'il eut l'idée de faire l'électrolyse bipolaire, dont l'action sur la coagulation du sang fut, dit-il, merveilleuse.

¹ MARTIN, *Annales d'oculistique*, 1879, t. LXXXII, p. 56.

Le résultat obtenu par notre collègue bordelais, dont l'observation est fort intéressante à consulter, fut très satisfaisant.

Snell¹, dans un premier cas, obtint la disparition de la tumeur chez un enfant de 9 mois, après quatre séances; dans un second cas il fit cinq séances chez un enfant de 3 mois, et les résultats pour ces deux malades furent excellents. Citons encore l'observation très curieuse de Valude², qui mérite d'être retenue, tant pour les particularités anatomiques et cliniques qu'elle présentait, que pour le résultat du traitement.

Il s'agit d'une malade de 40 ans qui, à l'âge de 7 ans, subit un violent traumatisme ayant entraîné une ecchymose des paupières et du tissu cellulaire de l'orbite; un premier examen, fait le 13 octobre 1890, n'indique rien de bien précis; la malade, perdue de vue, revient quatre ans plus tard avec une énorme exophtalmie et tous les signes d'une tumeur orbitaire. Pour fixer le diagnostic, Valude fit une ponction exploratrice sans résultat.

« Persuadé, dit-il, de l'existence d'une cavité kystique, je pratique sous le chloroforme une incision exploratrice au niveau du sillon palpébral supérieur. Un bistouri long et étroit est conduit profondément en suivant la voûte orbitaire, et, à un moment donné, on voit sortir de la plaie 8 grammes environ d'un liquide brun noirâtre, épais, hématique. Aussitôt l'œil revient en place, et l'exophtalmie disparaît.

« Sutures; pansements antiseptiques.

« Quinze jours après cette ponction, la plaie étant parfaitement cicatrisée, nous constatons que l'œil est progressivement revenu à son état de protrusion antérieur. »

Après une nouvelle tentative, la tumeur se reproduisit, et Valude mit en œuvre l'électrolyse.

« Introduisant, dit-il, une longue aiguille dans le sillon orbito-palpébral inférieur, vers le point où le doigt pouvait apprécier le plus nettement une sensation de tumeur profonde, j'enfonçai celle-ci jusqu'au fond de la cavité orbitaire. Cette aiguille constitua le pôle négatif, le pôle positif étant appliqué au voisinage, sur la joue.

¹ SNELL, *The Lancet*, II, 1886, p. 163.

² VALUDE, *Annales d'oculistique*, 1895.

« Courant de 4 milliampères 1/2 pendant cinq minutes.

« Au bout de quelques jours, nous fûmes surpris au dernier point du résultat obtenu. Cette tumeur kystique, qui augmentait depuis sept ans et qui avait résisté à nos diverses ponctions, avait déjà aux trois quarts fondu.

« Une seconde application d'électrolyse fut faite, dans les mêmes conditions que la première fois, et huit jours après elle amena une disparition complète de l'exophtalmie et de ce que le doigt pouvait percevoir de la tumeur. »

En moins de quinze jours une guérison complète avait été obtenue.

L'électrolyse est donc, de nombreuses observations le démontrent, un procédé de choix extrêmement efficace dans les angiomes de l'orbite, et nous ne saurions partager l'opinion de Panas¹, qui la range parmi les méthodes dangereuses.

L'électrolyse vaut beaucoup mieux que le fer rouge et les injections coagulantes, et ne présente aucun danger; mais il faut reconnaître que, pour les angiomes encapsulés, c'est-à-dire pour un grand nombre d'angiomes orbitaires, il existe une autre méthode, entre toutes recommandable et efficace, c'est l'extirpation.

L'extirpation convient surtout très bien aux angiomes caverneux, et elle a donné des résultats définitifs à beaucoup d'auteurs, à Dupuytren², à de Græfe³, à de Wecker⁴, à Samelsohn⁵, à Parinaud⁶, à beaucoup d'autres et à nous-même.

Elle doit remplir deux conditions essentielles :

1° Elle doit être complète ;

2° Respecter le globe de l'œil et autant que possible les parties importantes de l'orbite.

Il faut, en effet, que l'extirpation soit complète, car la tumeur se repro-

¹ PANAS, *Traité des maladies des yeux*, t. II, p. 426.

² DUPUYTREN, *Journal hebdomadaire*, t. VI, 1830, p. 75.

³ DE GRÆFE, *Archiv f. Ophthal.*, 1883, p. 12.

⁴ DE WEAVER, *Gazette hebdomadaire*, nov. 1867, et *Traité d'ophtalmologie*, t. IV.

⁵ SAMELSOHN, *Berlin. klin. Woch.*, 1880, p. 1.

⁶ PARINAUD et ROCHE, *Angio-fibrome de l'orbite. Modifications au procédé de Krönlein. Annales d'oculistique*, octobre 1901.

duit avec une grande facilité quand l'extirpation a été partielle. Ricci observa une récurrence au bout de trois mois; Horner, au bout d'un mois, et Lawson après deux ans. Mais il faut bien dire que cette extirpation complète sera toujours facile lorsqu'on fera l'ablation dans les seuls cas, d'ailleurs de beaucoup les plus nombreux, où la tumeur est encapsulée.

Dans les cas d'angiome diffus, dont l'ablation complète est en effet difficile ou impossible, il ne faut pas tenter l'ablation, mais l'électrolyse.

Les angiomes caverneux encapsulés sont isolés, par leur capsule même, du reste de l'orbite; la sonde cannelée permet souvent de les détacher très facilement. Nous en avons observé et publié plusieurs observations¹.

Il faudra, autant que possible, et les cas seront bien rares où on ne le pourra pas, respecter le globe de l'œil et le nerf optique; même lorsque la vision sera perdue sans espoir, il ne sera pas mauvais de conserver le globe oculaire au point de vue plastique.

Lorsque la tumeur sera profondément placée, et que l'œil gênera le chirurgien pour arriver jusqu'à elle, on aura recours à l'opération de Krönlein, c'est-à-dire à la résection temporaire de la paroi externe de l'orbite; par cette large voie on se rendra aisément compte des rapports de la tumeur, de ses connexions, et on fera sans difficulté l'ablation totale.

Si la tumeur vasculaire siège à la partie interne de l'orbite, il sera indiqué, pour se donner du jour, de mettre en œuvre l'opération décrite page 524, figure 125, qui consiste dans la mobilisation de la paroi externe de l'orbite. Cette mobilisation permet de luxer l'œil en dehors et d'opérer entre l'œil et la paroi ethmoïdale de l'orbite.

La méthode transosseuse a d'ailleurs fait ses preuves dans le traitement de l'angiome orbitaire; c'est ainsi que nous connaissons déjà les observations favorables de Schreiber², Sokoloff³, Leber⁴, Weiss⁵, Valude⁶,

¹ IN FERMOND, *De l'angiome de l'orbite*. Th. Bordeaux, 1900.

² SCHREIBER, *Jahresbericht der Augenheilanstalt in Magdeburg*, 1895 und 1896, S. 27.

³ SOKOLOFF, *Wratch*, n° 32, 1898.

⁴ LEBER, *Original Mittheilung aus der Heidelberger ophthalmologischen Klin.*, 1897.

⁵ WEISS, *München, med. Woch.*, n° 39, 1899, S. 1265.

⁶ VALUDE, *Annales d'oculistique*, 1900, t. CXXIV, p. 119.

Knapp¹, Mandach², citées par Domela et par Chaillous. L'indication de cette méthode est simple à établir; il nous suffira de dire qu'il faudra y avoir recours toutes les fois que, par la voie transpalpébro-conjonctivale, le chirurgien redoutera de sérieuses difficultés.

2° **Exophtalmie pulsatile.** — L'exophtalmie pulsatile est d'une cure difficile; les cas de guérison spontanée cités par G.-E. Walker³ et Adam Frost⁴ sont de rares exceptions; il s'agit dans le premier fait d'un malade qui guérit à la suite d'une violente frayeur, pendant une panique au théâtre, et dans le second d'un malade dont l'affection guérit en six semaines sans que rien expliquât cette heureuse terminaison.

Si cette affection était toujours semblable à elle-même, il serait possible de recommander à son sujet une méthode thérapeutique générale ou un procédé opératoire donnant les meilleures chances de résultat, mais les tumeurs pulsatiles de l'orbite sont de natures trop différentes pour qu'un traitement unique leur soit applicable.

C'est ainsi que nous étudierons successivement: 1° la compression digitale de la carotide; 2° la compression instrumentale; 3° la ligature de ce vaisseau; 4° la compression directe sur l'orbite; 5° l'acupuncture; 6° les injections coagulantes; 7° l'intervention sanglante dans l'orbite; soit pour lier l'artère ophtalmique, soit pour extirper le néoplasme. Nous allons passer successivement en revue tous ces procédés, en disant ce qu'ils valent et l'usage qu'on peut en faire.

1° **COMPRESSION DIGITALE DE LA CAROTIDE PRIMITIVE.** — Elle a été fréquemment utilisée depuis les travaux de Vanzetti et elle a vraiment donné un assez grand nombre de succès. Nous relevons à son actif vingt-deux guérisons sur 46 cas où elle a été employée. Scaramuzza⁵, guérit son malade après sept heures vingt minutes de compression en 18 jours; Hyort⁶ après trente-cinq heures de compression en 5 jours;

¹ KNAPP, *Arch. of ophthalmology*, New-York, 1900.

² MANDACH, in thèse DOMELA, p. 67.

³ G.-E. WALKER, *Revue générale d'ophtalmologie*, 1887, p. 476.

⁴ ADAM FROST, Exophtalmie pulsatile guérie spontanément, *Transact. ophl. Soc.*, XVI, p. 181.

⁵ SCARAMUZZA, *Arch. gén. de médecine*, 1858.

⁶ HYORT, *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, 1879.

Gayet¹ fit la compression digitale pendant un an: d'abord des séances quotidiennes d'une heure, puis de quatre heures; en deux mois le bruit du souffle disparut, et en un an la guérison fut complète; Clackson² obtint la guérison en quelques semaines; Harlan³ a guéri un malade en faisant la compression intermittente pendant une année.

Mais, à côté de ces succès, la compression digitale compte un très grand nombre d'échecs, et il faudra réserver ce procédé thérapeutique aux malades qui ne pourront ou ne voudront se soumettre à un traitement plus chirurgical. Les cas de Lawson⁴, de Sæmisch⁵, de Morton⁶, et beaucoup d'autres nous apprennent que, même lorsqu'il est appliqué rigoureusement, ce procédé thérapeutique est inconstant. On ne peut espérer le succès que dans les cas d'exophtalmie pulsatile sans anévrysme artério-veineux. Il est évident que lorsqu'il existe une large ouverture entre l'artère et la veine, la stagnation entraînée par la compression digitale ne peut suffire à la formation d'un caillot solide. Il en est autrement quand l'exophtalmie pulsatile résulte d'une dilatation variqueuse des vaisseaux artériels et veineux; dans ce cas les parois vasculaires sont plus ou moins altérées, et les caillots oblitérateurs, à la faveur de l'arrêt ou du ralentissement du cours du sang, se forment avec une facilité relative. Dans les cas de ce genre, si l'on dispose d'un personnel suffisant, il sera donc indiqué de commencer la cure de l'affection par la compression digitale.

2° **COMPRESSION INSTRUMENTALE.** — La compression instrumentale n'a été utilisée que dans un très petit nombre de cas, et avec raison, car elle a le grave inconvénient d'entraîner presque nécessairement la compression de la jugulaire; elle a été essayée vainement par Nélaton⁷, chez un malade qui mourut subitement d'épistaxis; par Lawrence⁸, qui dut recourir à la ligature de l'artère. Nous ne trouvons que le cas de Glas-

¹ GAYET, *Annales d'oculistique*, t. LXXXIX, p. 35.

² CLACKSON, *American Journal of med. sciences*, 1866, t. 52.

³ HARLAN, Société américaine d'ophtalmologie. *Annales d'oculistique*, 1891, p. 432.

⁴ LAWSON, *British med. Journal*, déc. 1869.

⁵ SÆMISCH, in thèse WOLF, Bonn, 1875.

⁶ MORTON, *American Journal of med. sciences*, 164.

⁷ NÉLATON, in thèse DELENS, Paris, 1870.

⁸ LAWRENCE, *British med. Journal*, février 1867, p. 289.