

cot¹ qui se soit terminé par la guérison. Le malade eut la persévérance de se comprimer, pendant trois semaines, la carotide avec un petit coussin et un bâton.

Digitale ou instrumentale, la compression, quand elle n'entraîne pas la guérison, a l'avantage de favoriser le développement des voies collatérales et de diminuer le danger des accidents cérébraux lorsque, dans la suite, on est conduit à lier la carotide primitive.

3° LIGATURE DE LA CAROTIDE PRIMITIVE. — C'est la méthode la plus ancienne et celle qui compte le plus de cas heureux. La statistique de Sattler, portant sur 106 observations, donne pour 63 ligatures pratiquées chez 61 malades, 8 cas de mort par l'opération, 17 cas d'insuccès ou de résultats temporaires et 36 succès durables; à ce point de vue l'étude de notre statistique personnelle nous montre que 99 malades ont été traités par la ligature de la carotide; la guérison complète a été obtenue 67 fois; 18 fois il y a eu amélioration et récurrence plus ou moins rapide; 12 fois la mort a été la conséquence de l'opération; 2 fois le résultat n'est pas mentionné.

Il est très intéressant de constater que la ligature de la carotide primitive donne une mortalité beaucoup moins grande, quand elle est faite pour l'exophtalmie pulsatile, que dans les autres affections: 4,7 0/0 dans le premier cas, 42,5 0/0 dans les autres (Le Fort); c'est là un fait clinique absolument bien établi qui permet de recourir, sans grand danger, à la ligature de cette artère dans l'affection qui nous occupe.

Quand l'artère vient d'être liée on voit d'habitude les souffles, les bruits intra-craniens, les pulsations disparaître immédiatement pour reparaitre ensuite avec beaucoup moins d'intensité qu'auparavant; lorsque l'opération doit être suivie d'un résultat durable, le souffle et les pulsations cessent ensuite complètement peu à peu. L'exophtalmie n'est pas immédiatement influencée par la ligature des vaisseaux, parce que le gonflement des veines orbitaires joue le principal rôle dans la protrusion de l'œil et que la suppression de l'onde carotidienne ne peut vider immédiatement les vaisseaux veineux trop remplis. C'est dans la suite, quel-

¹ GLASCOT, *Ophth. Review*, t. II, 1883, p. 193.

ques semaines après l'intervention, que, dans les cas heureux, l'exophtalmie disparaît complètement.

Il y a du reste de grandes variations dans les résultats immédiats et définitifs de l'intervention chirurgicale. Dans l'observation de Busk¹ tous les symptômes, sauf l'exophtalmie, disparurent après la ligature, pour reparaitre 4 heures après et cesser définitivement le lendemain; dans celle de Halstead², les symptômes ne reparurent que le sixième jour pour disparaître complètement après deux mois. Dans un cas de Nunneley³, il y eut récurrence, et la guérison survint ensuite au bout d'un an. Corner⁴ vit les bruits intra-craniens reparaitre le soir même de l'intervention; ils durèrent 12 ans, puis disparurent d'une façon définitive sans nouvelle opération.

Dans un assez grand nombre d'observations il y eut récurrence après une amélioration de plus ou moins longue durée; et dans quelques-unes il n'y eut aucune amélioration.

A ces cas de ligature de la carotide primitive il convient d'ajouter celui de Legouest⁵, dans lequel cet auteur lia la carotide externe après la primitive pour guérir un anévrysme de l'artère ophtalmique, et les faits peu nombreux dans lesquels on eut successivement recours à la ligature de l'une et l'autre carotides primitives. Cette double ligature a été pratiquée 7 fois; nous rappellerons ici les faits qui appartiennent à Gordon Buck⁶, à Foote⁷, à Le Fort⁸.

Gordon Buck lia d'abord la carotide primitive droite pour un exophtalmos pulsatile du côté droit; il y eut diminution des pulsations; mais quelques mois plus tard tous les symptômes avaient reparu; treize mois après, la carotide gauche fut liée, et le malade guérit définitivement.

Foote lia la carotide gauche avec un insuccès complet, puisque les pulsations et le thrill, disparus au moment de la ligature, reparurent en

¹ BUSK, *Med. chirurg. Transact.*, vol. XXII, p. 124.

² HALSTEAD, *New York med. Journal*, mars 1868, p. 864.

³ NUNNELEY, *Medic. chirurg. Transact.*, 1855, t. XLVIII.

⁴ CORNER, *Transaction of the Hunterian Society*, 1874.

⁵ LEGOUEST, *Mémoire de l'Académie de médecine*, t. XXVII, 1865-1866, p. 153.

⁶ GORDON BUCK, *Ophth. hospit. Rep.*, 1860, t. II, p. 219.

⁷ FOOTE, *New York med. Record*, avril 1868.

⁸ LE FORT, *Revue de chirurgie*, 1890.

deux heures; un mois après la première opération on lia la carotide droite, et la guérison fut complète.

Le Fort fit une première ligature le 31 mai et la seconde le 25 juillet de la même année; cet auteur fut conduit à cette double opération parce que, dans son cas, l'exophtalmie était double; après la ligature de la carotide droite, les symptômes avaient diminué de ce côté, mais s'étaient aggravés du côté gauche, et, en outre, la compression de la carotide gauche faisait disparaître le bruit de souffle des deux côtés.

La double ligature des carotides, faite à d'assez longs intervalles, a donc donné de très bons résultats, et nous devons, avec Le Fort, la recommander lorsque la ligature de l'une des carotides n'a été suivie que d'une amélioration et non d'une guérison, particulièrement lorsque la compression de la carotide non liée fait disparaître le souffle et les bruits intra-craniens.

Les ligatures ont été quelquefois multipliées, non seulement sur les troncs carotidiens, mais encore sur les branches collatérales; c'est ainsi qu'Éissen, après avoir obtenu une amélioration par la ligature de la carotide primitive, lia successivement la carotide interne, la carotide externe, l'artère thyroïdienne supérieure et l'artère pharyngienne supérieure, ligatures multiples dont on voit mal l'utilité et qui, d'ailleurs, n'amènèrent aucun résultat, puisque l'opérateur fut conduit à lier à nouveau le tronc commun au-dessous de la première ligature. Le globe oculaire dut, dans ce cas, être énucléé.

Un cas de Golovine prouve que dans l'exophtalmos pulsatile consécutif à des varicosités orbitaires, la ligature de la veine ophtalmique permet de faire disparaître les principaux symptômes: exophtalmie et pulsation. Cette ligature veineuse fut faite à la faveur de l'opération de Krönlein.

A cette thérapeutique, portant sur les troncs vasculaires, il faut ajouter d'autres moyens dont les indications spéciales ne doivent pas être négligées; ce sont la compression directe, la galvano-cautérisation, les injections d'ergotine, les injections coagulantes et, enfin, l'intervention dans l'orbite par une opération sanglante.

4° COMPRESSION DIRECTE. — Elle ne peut être curative que dans les cas d'anévrisme de l'orbite; en y ajoutant l'action de la glace, il est permis

d'espérer que la formation des caillots en sera facilitée. De Wecker¹ obtint ainsi une amélioration, et dans un cas personnel d'anévrisme diffus de l'artère ophtalmique dont nous avons rapporté l'histoire page 275, l'emploi de ce moyen fut suivi d'un heureux résultat.

Dans notre fait, il s'agissait d'une femme de 80 ans, atteinte d'artériosclérose, chez laquelle l'artère ophtalmique se rompit spontanément; il en résulta un anévrisme diffus de l'orbite et une exophtalmie pulsatile qui guérit sous l'influence de la glace et de la compression.

Il convient, en pareil cas, d'expliquer surtout la guérison par la limitation précise de l'anévrisme, entouré de tous côtés par des barrières résistantes osseuses ou fibreuses.

L'indication d'un pareil traitement doit être nécessairement très restreinte, car il ne peut, semble-t-il, avoir d'action curative complète sur les cas ordinaires, consistant dans une lésion artérielle ou artério-veineuse au niveau du sinus caverneux; nous devons cependant signaler un cas de Despagnet² dans lequel la compression de l'œil amena une grande amélioration. Il s'agissait d'un exophtalmos traumatique.

5° ACCUPUNCTURE. — Employée chez un malade de Jobert³, elle ne fit qu'accélérer la marche du mal; Brainard⁴ ponctionna la tumeur pulsatile avec des aiguilles rougies au feu; il se développa un érysipèle et une violente inflammation locale, qui entraîna une amélioration temporaire.

La galvano-puncture a été employée sans résultat par Bourguet et avec un résultat fâcheux par Pétrequin; les perfectionnements que Cini-selli apporta à la méthode autorisent certainement à y recourir, surtout contre les tumeurs pulsatiles de l'orbite, contre l'angiome et même contre l'anévrisme cirsoïde. Ce que nous avons dit précédemment au sujet du traitement de l'angiome a ici toute sa valeur.

Dans l'exophtalmos pulsatile, lié à une lésion du sinus caverneux, l'électro-puncture est beaucoup moins applicable; elle a cependant donné un bon résultat à Martin (de Bordeaux) dans un cas qu'il a rapporté dans

¹ DE WECKER, *Annales d'oculistique*, 1859.

² DESPAGNET et PICQUÉ, *Société de chirurgie*, 1893.

³ JOBERT, *Mémoires de l'Académie de médecine*, 1839.

⁴ BRAINARD, *Lancet*, 20 août 1851.

le *Journal de médecine de Bordeaux*, 1881. Il s'agissait d'un malade qui, à la suite d'une chute, eut une commotion cérébrale, une ecchymose sous-conjonctivale et un écoulement de sang par l'oreille, et chez lequel il se développa peu à peu un exophtalmos pulsatile. L'auteur s'arrêta au diagnostic d'anévrisme artérioso-veineux; l'exophtalmos, devenu très considérable, et l'état de la cornée, qui s'ulcérait, nécessitèrent une thérapeutique active qui consista à faire six séances d'électrolyse. L'exophtalmos disparut, ainsi que les pulsations et le bruit de souffle; le globe reprit sa mobilité complète. Le malade, qui ne comptait plus les doigts à 1 mètre, recouvra une acuité de 1/8, malgré une taie de la cornée.

C'est là, pour l'électrolyse, un résultat très encourageant, dont il importe de tenir d'autant plus compte que l'observation appartient à un praticien très attentif et très consciencieux, et nous inclinons à penser qu'on n'a pas suffisamment mis en œuvre ce procédé opératoire dans le traitement de l'exophtalmos pulsatile.

Nous ne connaissons de cas analogue à celui de Martin que le fait de Clarke¹ dans lequel il fut pratiqué six séances d'électrolyse avec un courant de 29 à 30 milliampères. Il n'y eut pas guérison complète, mais les pulsations et l'exophtalmie furent considérablement réduites.

Lorsqu'on se décidera à recourir à l'électrolyse, il sera bon de faciliter son action par le repos, la glace et la compression de la carotide.

6° INJECTIONS. — Les injections d'ergotine n'ont donné de résultats appréciables que dans le cas de Langenbeck², et encore l'amélioration ne fut-elle que temporaire; les injections coagulantes au perchlorure de fer et au lactate de fer ont donné quelques résultats heureux, le premier médicament entre les mains de Bourguet³ et de Désormeaux⁴, le second entre celles de Brainard; mais ce sont là des moyens violents et dangereux, entraînant une vive inflammation; nous ne saurions les recommander.

7° INTERVENTIONS SANGLANTES. — Pour en terminer avec la théra-

¹ CLARKE, *Transact. of the ophth. Society*, 1894.

² LANGENBECK, *Centralblatt f. praktische Augenheilk.*, 1888.

³ BOURGUET, *Gazette méd. de Paris*, 1855.

⁴ DÉSORMEAUX, in Th. LABURTHE, Paris, 1867.

peutique de l'exophtalmos pulsatile, il nous reste à parler de l'extirpation directe de la tumeur, qui est applicable aux tumeurs malignes à leur début et aux angiomes pulsatiles encore circonscrits ou ayant résisté à l'électro-puncture.

En somme, il est possible de résumer ainsi les diverses indications des opérations utilisables dans la cure de l'exophtalmie pulsatile :

La compression digitale ou instrumentale sera d'abord appliquée aux anévrismes traumatiques ou spontanés, dépendant d'une lésion dans le sinus caverneux; si le résultat obtenu n'est pas suffisant, on devra néanmoins se féliciter d'avoir fait cette compression, car le sujet sera mieux préparé à la ligature de la carotide primitive. Cette ligature sera alors pratiquée et si elle ne donne pas un résultat satisfaisant, on aura recours, soit à la ligature de l'autre carotide, soit à une intervention directe sur l'orbite, en s'ouvrant une voie osseuse par la méthode de Krönlein (Golowin¹).

L'électro-puncture, procédé de choix dans les angiomes, sera utilisée dans l'exophtalmos traumatique ou spontané, lorsque le malade refusera l'opération sanglante; l'extirpation sera réservée aux tumeurs malignes orbitaires et la ligature de l'artère ophtalmique aux cas très exceptionnels où il s'agit d'un sac anévrisimal orbitaire.

Nous avons résumé dans le tableau suivant les résultats obtenus par les différentes méthodes thérapeutiques.

1° Cas traumatiques.

Traitement	Nombre des malades	Succès	Echecs	Morts
Traitement d'expectation.	16	8	5	3
— par médicaments.	12	9	2	1
Electrolyse et galvano-puncture.	3	3	—	—
Compression de la carotide primitive.	39	20	18	1
— de la carotide interne.	1	1	—	—
— directe de l'œil.	1	1	—	—
Ligature de la carotide primitive d'un seul côté	89	62	21	6
Excision du contenu orbitaire.	1	1	—	—
Résection d'un fragment de l'orbite	3	2	1	—
TOTAL.	165	107	47	11

¹ GOLOWIN, *Arch. für Augenheilkunde*, septembre 1900.

Chez les 21 malades ligaturés une première fois sans succès, on a fait : sept fois la ligature de la seconde carotide et six fois avec un résultat favorable; chez un huitième malade on lia avec succès de nouveau la même carotide.

2° Cas idiopathiques.

Traitement	Nombre des malades			Morts	Résultat inconnu
	Succès	Echecs			
Traitement expectatif	49	5	4	3	10
— par médicaments	4	2	4	1	—
Compression de la carotide primitive	12	6	6	—	—
— directe de l'œil	4	4	—	—	—
Ligature de la carotide primitive	31	20	3	6	2
TOTAL	67	34	11	10	12

Dans deux cas de ligature avec insuccès on fit :

Ligature de la carotide suivie de la ligature de la carotide interne, de la pharyngienne ascendante, de la thyroïdienne supérieure, de la carotide externe, de l'autre carotide primitive	1	1			
Ligature de deux artères à l'angle interne de l'œil	1	1			

3° Tumeurs.

Traitement expectatif	1	—	—	—	—
Compression des carotides primitive et externe	1	—	1	—	—
Ligature de la carotide primitive	4	—	1	3	—
Electrolyse	1	1	—	—	—

C. — FIBROMES, SARCOMES ET LYMPHADÉNOMES DE L'ORBITE.

Il n'y a pas de traitement médical des véritables tumeurs orbitaires; les pseudo-tumeurs seules peuvent bénéficier de l'application des topiques ou des médications internes; mais, pour parfaire le diagnostic, il sera

nécessaire, souvent, d'avoir recours à ces médications; tous les ophtalmologues ont vu des pseudo-tumeurs syphilitiques, gommés, périostoses, entraînant de l'exophtalmie, et en général tous les accidents des néoplasmes, disparaître sous l'action du traitement spécifique. Nous en avons personnellement publié et recueilli plusieurs observations.

En dehors de ces affections syphilitiques, il peut exister, dans l'orbite, des pseudo-tumeurs malignes; à l'Association médicale britannique, en juillet 1895, Panas a rapporté l'histoire d'un malade, âgé de 35 ans, présentant une exophtalmie identique en tous points à celle qu'occasionne le sarcome de l'orbite; ce malade, dont l'usage de l'iodure de potassium avait aggravé l'état, guérit complètement par l'administration de l'arséniat de soude.

Dans ce cas, Panas explique la fausse tumeur par une cellulite de l'orbite dépendant d'un ozène; chez un autre malade, du même auteur, une fausse tumeur maligne orbitaire dépendait de la présence d'un polype naso-pharyngien. Les faits de ce genre sont assez nombreux pour qu'on y songe dans tous les cas de tumeur orbitaire et pour qu'avant de recourir à l'intervention chirurgicale on institue, lorsque le diagnostic sarcome paraît douteux, un traitement général antisiphilitique, si on soupçonne la syphilis, arsenical, si on redoute une cellulite orbitaire.

Sous la direction de Panas, Sanchez¹ a écrit sur les pseudoplasmes de l'orbite une thèse où sont consignées ces idées et où sont rappelées les principales erreurs de diagnostic relatives aux pseudoplasmes et aux vrais néoplasmes de l'orbite; Nydleton Gavay² a également publié un travail intéressant sur ce sujet.

Quand le traitement médical aura été inefficace, ou lorsqu'on n'aura pas jugé utile de le mettre en œuvre, ce qui sera la règle, devra-t-on toujours recourir au traitement chirurgical?

Il est certain que le pronostic de toutes les tumeurs malignes de l'orbite est mauvais, et en principe nous approuvons Ch. Stedmann Bull³

¹ SANCHEZ, Contribution à l'étude clinique des pseudoplasmes de l'orbite. Th. Paris, 1895.

² NYDLETON GAVAY, Tumeurs symétriques de l'orbite. Trans. ophth. Society, t. XVIII, p. 176.

³ CH. STEDMANN BULL, L'évolution et le pronostic des tumeurs orbitaires traitées chirurgicalement. Americ. ophth. Society transactions, 1896.

et Bullard¹ lorsqu'ils disent qu'une opération n'est justifiée que lorsque la tumeur est encapsulée; mais nous croyons qu'il faut substituer au mot *encapsulé* le mot *limité*: il peut se faire qu'un sarcome très malin, ne présentant autour de lui aucune capsule, au sens précis du mot, soit encore assez limité pour bénéficier d'une intervention. En un mot, pour légitimer, et rendre très recommandable même, l'acte chirurgical, il convient que l'opérateur puisse enlever la totalité du mal orbitaire; cette première condition est nécessaire, mais elle ne suffit pas, il faut encore que l'état général du sujet soit bon, qu'il n'y ait aucune généralisation dans l'organisme. Lorsque l'une et l'autre conditions seront réunies, il faudra intervenir, même pour les tumeurs non encapsulées, même pour les sarcomes les plus malins.

On peut appliquer aux néoplasmes dont nous parlons les diverses opérations décrites plus haut, c'est-à-dire: 1° enlever la tumeur sans sacrifier l'œil; 2° enlever l'œil et la tumeur sans enlever complètement l'orbite; 3° exenter l'orbite, dont on ne laissera que les parois osseuses.

Voyons dans quelles conditions ces opérations sont utilisables pour les fibromes, les fibro-sarcomes, les sarcomes, les lymphadénomes de l'orbite.

1° Fibromes et fibro-sarcomes. — Les fibromes et les fibro-sarcomes à cellules fusiformes, bien limités, encapsulés, seront susceptibles de guérir par la première opération; selon qu'ils seront plus ou moins volumineux et plus ou moins profondément situés, on pourra les enlever par la voie transconjonctivale; s'ils occupent une grande place dans la région rétro-bulbaire, il faudra les atteindre par la méthode de Krönlein.

Cette méthode de Krönlein est actuellement acceptée, pour le traitement des tumeurs rétro-bulbaires, comme une méthode de choix; elle est en effet capable de rendre bien des services; mais il ne faudra pas méconnaître ses inconvénients et ses contre-indications.

Nous avons, au sujet du traitement des tumeurs du nerf optique, indiqué ses inconvénients; nous ajouterons ici qu'elle est contre-indi-

¹ BULLARD, Malignant growths of the orbit with report. *New York med. Journal*, 29 aug. 1896.

quée lorsqu'il s'agit d'une tumeur orbitaire enkystée, d'un volume modéré, siégeant vers la base de l'entonnoir orbitaire, sensible à la palpation. Il est incontestable qu'on peut, en pareil cas, l'extraire sans avoir recours à la voie ostéo-plastique. Il suffira souvent, et beaucoup d'opérateurs pourraient citer des cas de ce genre, de désinsérer l'un ou l'autre des muscles droits, de récliner l'œil, pour extraire la tumeur avec facilité. Nous avons ainsi enlevé deux kystes dermoïdes et nous pourrions citer plusieurs faits de ce genre appartenant à Badal.

L'œil peut, sans souffrir dans sa nutrition, être ainsi séparé de l'orbite dans une grande étendue; et si la désinsertion d'un muscle droit ne suffit pas, rien ne s'oppose à ce qu'on en désinsère deux. Écoutons ce que dit Adamük¹: « C'est pourquoi nous dûmes, par dissection, séparer l'œil de la conjonctive voisine et de la capsule de Ténon, de telle sorte qu'il n'était plus tenu que par le droit externe et par la conjonctive qui adhérait à ce muscle. Nous laissâmes le bulbe tout le temps, jusqu'à la fin de l'opération, pendre librement sur la région temporale; la cornée, dans cette position, regardait en bas; le nerf optique, au contraire, en haut. Il s'écoula au moins un quart d'heure avant que nous ayons totalement nettoyé l'orbite, et alors nous pûmes remettre dans sa position normale l'œil, qui était déjà froid et mou au toucher, et dont la cornée était devenue rugueuse et insensible. »

Malgré ce traitement, vraiment brutal, le globe oculaire échappa à la phtisie; il suffit donc d'une attache musculaire et des vaisseaux qui l'accompagnent pour assurer, par la voie collatérale, la nutrition du globe.

Il faudra s'appliquer à éviter ces grands délabrements; mais en désinsérant un muscle ou deux on pourra, bien souvent, se frayer un passage large et extirper complètement toutes les tumeurs développées vers la base de l'entonnoir orbitaire.

S'il s'agit d'une tumeur rétro-bulbaire profonde, surtout lorsque cette tumeur laisse encore un certain pouvoir visuel, il faut, de toute nécessité, ouvrir largement l'orbite par la méthode de Krönlein, et tâcher d'enlever le néoplasme en conservant le globe. C'est d'ailleurs, ne

¹ ADAMÜK, *Arch. f. Augenheilk.*, 1893, Bd. 27, pp. 256-267.

l'oublions pas, pour des faits de ce genre que le professeur de Zurich a d'abord conseillé son opération.

Mais il convient de remarquer ici que cette opération conduit difficilement au résultat lorsque le néoplasme siège du côté interne de l'orbite, près de la paroi ethmoïdale.

Dans ce cas, il faut encore avoir recours au volet périostique de Krönlein, mais en faisant subir à l'opération la petite modification que nous recommandons (p. 524, fig. 125) ; l'œil peut être ainsi fortement rejeté du côté de la tempe, et l'opérateur travailler à l'aise dans la région interne. Ce procédé fait moins de délabrement que celui de Franke et donne un jour beaucoup plus grand.

Ce sont les angiomes, les fibromes ou fibro-sarcomes, relativement bénins, les kystes congénitaux ou à entozoaires qui bénéficient surtout de l'opération de Krönlein et, dans une faible mesure, les tumeurs malignes développées dans la région rétro-bulbaire.

2° Sarcomes. — Lorsqu'il s'agit d'une tumeur maligne, encore assez circonscrite pour que l'opérateur puisse espérer dépasser les limites du mal, la question ne se pose pas, en général, de savoir si on peut, oui ou non, conserver l'œil ; la question est presque toujours de savoir si on peut, oui ou non, sauver la vie du malade, et l'opération indiquée est, en pareille circonstance, l'exentération de l'orbite.

L'exentération sera complète, sous-périostée, dans les cas les plus graves ; quelquefois, après avoir constaté l'intégrité absolue de la conjonctive, on fera l'exentération sous-conjonctivale.

Cette dernière opération est surtout recommandable dans les cas de tumeur maligne intra-oculaire, ayant un peu dépassé ou menaçant de dépasser la coque scléroticale. Les études anatomiques ont montré que souvent, alors que l'orbite paraissait saine, les cellules néoplasiques se propageaient le long des vaisseaux et infectaient toute la région. Il peut être très utile alors d'enlever complètement les parties molles de l'orbite, tout en laissant la conjonctive, afin de conserver un sac conjonctival propre à la prothèse.

Richet¹ a déjà posé en principe, en 1878, que les tumeurs malignes intra-oculaires devaient être enlevées par l'exentération de l'orbite.

Dans une leçon sur un cas de mélano-sarcome de la choroïde, ce chirurgien a écrit, en effet, les lignes suivantes, qui méritent d'être retenues : « Il en est du tissu rétro-oculaire comme des ganglions de l'aisselle dans les tumeurs du sein. J'ai donc posé en précepte que dans les cancers mélanotiques du globe, il faut simultanément enlever le globe et le tissu rétro-oculaire. »

Nous devons la connaissance de cette opinion de Richet à notre confrère A. Terson, qui a bien voulu, très récemment, nous faire profiter sur ce sujet de son érudition ; nous croyons devoir appeler l'attention des ophtalmologistes sur cette manière de comprendre la thérapeutique chirurgicale des tumeurs intra-oculaires, d'autant plus que dans un mémoire présenté à la Société de chirurgie le 6 mai 1891, alors que nous ne connaissions pas la leçon du professeur Richet, nous sommes arrivé à des conclusions de tout point identiques, que nous croyons devoir ici reproduire :

1° Les tumeurs malignes intra-oculaires se propagent de bonne heure dans l'orbite. Cette propagation explique la grande fréquence des récurrences locales ;

2° Dans la thérapeutique des tumeurs malignes intra-oculaires l'évidement de l'orbite doit être la règle ; l'énucléation, l'exception ;

3° L'énucléation convient seulement aux leuco-sarcomes fusiformes du tractus uvéal et aux rares cas de gliome endophyte au début ;

4° L'évidement complet de la cavité orbitaire doit toujours être pratiqué dans le sarcome mélanique du tractus uvéal, dans le sarcome blanc embryonnaire et dans la grande majorité des gliomes rétiniens.

Nous n'avons rien à changer à ces conclusions de notre travail de 1891 : les études anatomiques que nous avons faites depuis, sur le mode de propagation des tumeurs intra-oculaires dans l'orbite, études que le lecteur a trouvées plus haut (p. 381 et suiv.), nous ont même montré que le danger de cette propagation était extrêmement redoutable ; et nous dirons,

¹ RICHET, *Recueil d'ophtalmologie*, 1879, n° 1 (leçon du 18 juin 1878).

en terminant ce paragraphe concernant les néoplasmes intra-oculaires, que lorsqu'ils sont encore cliniquement enfermés dans l'œil, c'est l'exentération sous-conjonctivale de l'orbite qui leur convient, et que lorsqu'ils sont de toute évidence propagés en dehors de la sclérotique, l'opérateur devra recourir à l'exentération totale, sous-périostée, de la cavité orbitaire.

3° **Lymphadénomes.**— Le lymphadénome est souvent une affection très grave, échappant absolument à la thérapeutique chirurgicale, mais quelquefois aussi la tumeur est assez enkystée pour qu'une opération puisse être faite avec profit. Un malade d'Arnold et Becker¹, un autre de Hocheim², ont guéri, et Rollet³ vient de publier une observation dans laquelle il rapporte l'histoire d'un lymphadénome enkysté dont l'extirpation complète fut facile. Cinq mois après, il n'y avait pas de récurrence. On se comportera donc pour le lymphadénome de l'orbite comme pour le sarcome, c'est-à-dire qu'on devra intervenir toutes les fois qu'on se croira en mesure de dépasser les limites du néoplasme. La nécessité de cette extirpation complète s'impose avant tout; pour s'y conformer, on aura recours, selon les circonstances, à l'exentération complète de l'orbite, ou bien on enlèvera la tumeur en conservant l'œil, en utilisant soit la voie des parties molles, soit la voie transossense.

Après l'exentération complète de l'orbite faite, pour une tumeur maligne : sarcome embryonnaire, lymphadénome, etc., il vaut mieux ne pas procéder à la clôture de la cavité, afin de pouvoir mieux surveiller le bourgeonnement de ses parois et l'apparition de la récurrence. Dans les cas exceptionnels où cette surveillance paraîtra inutile, on aura recours au procédé de clôture plastique indiqué par Golovine (fig. 438 et 439, p. 535).

§ 3. — Tumeurs des parois et des parties voisines envahissant l'orbite.

Les tumeurs des parois sont tantôt bénignes, tantôt malignes. Les

¹ ARNOLD et BECKER, *Archiv f. Ophthalm.*, 1872.

² HOCHHEIM, *Arch. f. Ophthalm.*, 1900.

³ ROLLET, *Revue générale d'Ophthalmologie*, février 1903.

tumeurs bénignes sont les collections enkystées, les kystes hydatiques du sinus et surtout les ostéomes; les tumeurs malignes sont les ostéosarcomes et les tumeurs épithéliales, nés dans la muqueuse du sinus et surtout dans les cellules ethmoïdales.

A. Tumeurs liquides.— Il existe dans la science une dizaine de faits de kystes hydatiques des sinus frontaux, dont quelques-uns ont été traités chirurgicalement; il convient, dans ce cas, d'intervenir en ouvrant largement le sinus et de nettoyer la cavité osseuse comme on le fait pour la cure radicale des sinusites; c'est là ce que font, d'après ce que rapporte Escarraguel¹, les bergers de la Camargue sur leurs brebis fréquemment atteintes de kystes hydatiques du sinus: « Lorsque ces animaux présentent des cas d'hydatides des os du crâne et que ces derniers, usés, amincis, bombent en tumeurs, ils brisent tranquillement cette portion de la boîte crânienne, vident les hydatides et, par cette opération, guérissent leurs animaux. »

On peut encore rencontrer dans les sinus des polypes muqueux, souvent compliqués d'infections, de sinusites, de fistules, de concrétions calcaires. Leur ablation sera des plus simples après la large ouverture du sinus.

Le sinus peut être le siège de véritables collections séreuses, enkystées, prenant un grand développement par la distension progressive des parois osseuses de la cavité normale. Nous en avons observé un cas, encore inédit, que nous ne publierons pas ici pour ne pas surcharger ce chapitre, et que le lecteur trouvera dans le livre X de cet ouvrage; mais ce sont là des raretés. Les néoplasmes que nous devons surtout prendre en considération dans ce paragraphe sont les ostéomes.

B. Ostéomes.— Les auteurs ne sont pas d'accord sur l'opportunité du traitement chirurgical des tumeurs osseuses orbitaires. Les uns estiment que l'ablation de ces tumeurs doit être la règle, dans le but non seulement d'éviter la défiguration du patient, mais encore de conserver sa vision et même sa vie, menacée par la pénétration de l'ostéome à l'inté-

¹ ESCARRAGUEL, *Des hydatides du tissu osseux*. Th. Montpellier, 1838, p. 25.