

rieur du crâne. Les autres, et parmi eux Panas, pensent qu'il faut être sobre d'interventions.

Il est très exact que certains ostéomes, très lents dans leur développement, causent peu de gêne et, sans danger, peuvent être respectés. Si l'ostéome est petit, avec évolution indolore et sans aucune complication inflammatoire, on devra n'y pas toucher; dans certains cas même, dit Mackenzie¹, il faudra se contenter, quand la vision est perdue, d'enlever le globe de l'œil pour éviter de gros désordres inflammatoires et de vives douleurs. Demarquay², si l'œil a perdu ses fonctions, recommande aussi son énucléation; d'une façon générale, il conseille l'ablation totale quand les tumeurs sont superficielles, et l'extirpation partielle quand la néoplasie est profondément placée. Pour peu que la tumeur menace le crâne, Demarquay, comme plus tard Panas, recommande la plus grande prudence.

De Wecker³ est partisan de l'opération radicale, mais en faisant des réserves qui résultent des cas malheureux dont il rapporte l'observation (Halthenoff).

Berlin⁴ émet une opinion décourageante au sujet de l'intervention chirurgicale. Il a réuni 32 cas d'ostéomes, opérés par l'ablation partielle ou la résection totale, et constaté que dans 8 des cas (25 0/0) les malades ont succombé avec complication cérébrale. La gêne occasionnée par la tumeur, la défiguration du sujet ne sont pas, pour l'ophtalmologiste allemand, une cause suffisante d'intervention, et la raison majeure qu'il en donne c'est que un quart des opérés meurent. La seule indication, d'après lui, pour enlever la tumeur, est dans la conservation de l'œil, mais comme après tout la conservation de l'œil est secondaire, il ne faut pas mettre en danger la vie du patient; on n'interviendra que lorsque la paroi supérieure ou cérébrale de l'orbite sera respectée par le néoplasme.

Après l'opinion de Berlin il convient de placer celle de Bornhaupt⁵, qui, en parlant des ostéomes du sinus frontal, remarque que les données

¹ MACKENZIE, *Traité pratique des maladies de l'œil*, t. I, p. 61.

² DEMARQUAY, *Tumeurs de l'orbite*.

³ DE WECKER, *Traité d'ophtalmologie*, t. IV, p. 859.

⁴ BERLIN, *Ostéome de l'orbite. Handbuch von Graefe-Semisch*.

⁵ BORNHAUPT, *Arch. f. Chirurgie*, t. XXVI, p. 599.

statistiques sont très défavorables. Steinheim¹, en faisant connaître un cas d'ostéome de la paroi interne de l'orbite, traité avec succès par l'extirpation, développe des considérations qui confirment également l'opinion de ces derniers auteurs.

Panas², avec sa grande autorité de chirurgien et d'ophtalmologiste, a combattu l'opinion des interventionnistes en s'appuyant sur des cas personnels malheureux. Dans l'un de ces cas, la tumeur proéminait à la fois dans l'orbite, le crâne et les fosses nasales, partout faisant corps avec les os et se prolongeant jusque dans le sinus frontal du côté opposé. Après avoir sculpté la tumeur à coups de ciseaux, l'opérateur dut abandonner la poursuite plus loin, ce qui n'empêcha pas le malade de succomber à une méningite. Dans un second cas, Panas eut encore une terminaison fatale, bien que l'exostose orbito-sinusique fût pourvue de pédicule et qu'elle fût extraite par avulsion. La table postérieure du frontal était résorbée sur un point circonscrit, permettant de voir par là les battements du cerveau à travers la dure-mère restée intacte. Un pansement antiseptique parfait fut exécuté, mais il n'en survint pas moins une méningite mortelle.

Il est naturel, après cela, que Panas ne partage pas l'optimisme de ceux qui ne redoutent pas l'opération; mais nous croyons que notre éminent confrère a été particulièrement malheureux, car beaucoup d'opérateurs ont eu à se louer de l'intervention chirurgicale, même dans les cas les plus graves. Nous citerons ici les opérations, d'ailleurs rappelées par Panas lui-même, de E. Jones, de Grossmann, de Weiss, de Silcock-Queny, Smith, Peters, Bessel Hoyen, Jackson, Beaumont et celle de Badal, qui présente un intérêt tout particulier à cause du volume de la tumeur, des gros délabrements que l'opération entraîna, de la mise à nu du cerveau et surtout du succès final, qui fut complet, sans incident.

L'opinion de Panas est cependant approuvée par Maydl³ à propos de l'extirpation heureuse d'un ostéome de 160 grammes ayant refoulé le globe en bas et en dehors, et en avant la table interne du frontal; cet

¹ STEINHEIM, *Deutsche med. Wochens.*, 19 déc. 1895.

² PANAS, *Traité des maladies des yeux*, t. II, p. 420.

³ MAYDL, *Zeitschrift d. technischen Aerzte*, mars 1892.

auteur ajoute que, sur 12 ablations de ce genre, deux opérés seulement ont survécu.

Ces opinions de Maydl et de Panas sont à coup sûr très importantes, mais nous n'hésiterons pas, cependant, à les considérer comme inacceptables. En outre des cas que nous venons de rappeler, nous leur opposerons les six observations d'ostéomes du sinus frontal publiées par Coppez fils¹ dans les *Archives d'ophtalmologie* (1895, p. 279). Cinq malades furent opérés : dans quatre cas on pratiqua l'ablation totale, et la guérison fut constante et définitive. Dans le cinquième cas opéré, on eut recours à une résection partielle, il persista des fistules qui entraînèrent un ectropion de la paupière supérieure et la perte consécutive du globe.

C'est là une statistique bien restreinte ; mais nous en avons d'autres plus étendues, celle de notre élève Tschilinghiroff², qui est presque aussi favorable à l'intervention : sur 50 cas opérés il y eut 8 extirpations partielles et 42 ablations de la tumeur ; quarante-cinq fois l'opération a été suivie de guérison, et cinq fois seulement de mort. La mortalité est par conséquent de 10 p. 100. L'extirpation partielle est moins favorable que l'extirpation totale : sur 8 cas, la mort est survenue trois fois, et deux fois seulement dans les cas d'extirpation totale. Ces deux cas mortels d'ablation totale, cités par Tschilinghiroff, appartiennent à Knapp ; dans l'un, la tumeur intéressait toute l'épaisseur du frontal ; dans l'autre, elle envahissait la cavité crânienne. A ces deux cas fâcheux de Knapp il faut ajouter le deuxième fait que signale Panas dans son traité, et dont nous avons déjà parlé. Comme dans les cas de Knapp, il s'agissait d'une ablation partielle suivie de méningite.

Dans la statistique de Tschilinghiroff³, portant sur 50 cas opérés, 45 ont donc été soumis à l'opération avec succès ; les accidents opératoires ont presque toujours été nuls ; il n'y est question que de suppurations légères de la plaie, d'épiphora, de fistule et de phénomènes cérébraux sans gravité.

¹ COPPEZ, *Arch. d'opht.*, 1895, p. 279.

² TSCHILINGHIROFF, th. Bordeaux, 1901.

³ BADAL, *Annales d'oculistique*, t. XCII, p. 23.

La statistique qui nous est personnelle est beaucoup plus étendue et plus démonstrative encore que celle de Tschilinghiroff : elle porte sur 150 cas ; 108 opérations ont été faites, et nous ne relevons que 20 faits malheureux. Encore de ces faits malheureux en faut-il supprimer trois (Haltenhoff, Silcock, Guaita), dans lesquels le malade est mort, longtemps après, de la propagation de la tumeur au cerveau. Il faut encore en éliminer un cas de Desprès, dans lequel le malade est mort d'une otite interne préexistante à l'opération. Citons aussi le cas de Weinlechner et d'Hutchinson, où le malade succomba à des complications intercurrentes, facilement évitables aujourd'hui : érysipèle et septicémie.

Le dépouillement de la statistique montre d'ailleurs que la plupart des cas de mort post-opératoire datent de la période où l'on ne faisait pas l'antisepsie ; dans ces dernières années, la mortalité est tombée à 6 p. 100.

Notre statistique personnelle est, sur ce point, bien d'accord avec celle de Taranto⁴ a publiée dans la remarquable thèse qu'il a consacrée à l'étude de la question.

On peut donc entreprendre, avec 94 p. 100 de chances de succès, l'opération d'un ostéome orbitaire, tant que le cerveau n'est pas manifestement intéressé. L'opération est encore permise, même quand la tumeur adhère à la dure-mère (obs. Badal). La crainte d'ouvrir la boîte crânienne ne doit pas nous arrêter : on ouvre le crâne avec impunité, grâce aux procédés modernes, et c'est ici le lieu de rappeler les larges trépanations mises à la mode par Doyen et quelques autres chirurgiens hardis et heureux. Après une large incision cutanée, le périoste sera soulevé et écarté, et la tumeur, prise avec un solide davier ou des tenailles, sera mobilisée ; quand la tumeur est pédiculisée, enkystée à la manière décrite par Dolbeau, l'extraction est facile, mais il est loin d'en être toujours ainsi, il faut souvent l'attaquer à la gouge, au maillet ou à la scie pour en venir à bout et il peut arriver qu'on n'y parvienne pas ; cependant, on l'a vu dans notre statistique, d'une façon générale on peut compter sur la possibilité d'une ablation complète. Le manuel opératoire a été décrit plus haut, dans ses grandes lignes seulement (p. 525 et suiv.), car il est impossible, en pareille

⁴ DE TARANTO, *Les ostéomes de l'orbite*. Th. Paris, 1901.

matière, d'entrer dans les détails, le chirurgien devant s'inspirer des circonstances.

Pour bien préciser les indications thérapeutiques, nous parlerons ici, en deux paragraphes séparés : 1° des ostéomes ethmoïdaux ; 2° des ostéomes du sinus frontal.

1° OSTÉOMES ETHMOÏDAUX. — On sait que les ostéomes ethmoïdaux présentent tous un prolongement orbitaire plus ou moins volumineux. Parfois, dans des opérations partielles, on s'est contenté d'enlever ce prolongement à la scie ou au maillet ; plus souvent, on s'est proposé de faire une extirpation complète.

La technique opératoire est loin d'avoir été la même selon les opérateurs. Nous avons déjà indiqué les incisions faites pour un ostéome ethmoïdien par Bowmann, Letenneur, Andrews, Sprengel, Mott.

Maisonneuve, dans les cas bien connus qu'il a rapportés, fit une incision à peu près analogue à celle de Letenneur, et nous-même, dans un fait personnel, avons fait, en l'agrandissant, celle de Bowmann. Il ne saurait y avoir de règle à ce sujet : il faut s'inspirer des particularités propres à chaque malade.

Il faudra conduire d'emblée l'incision jusqu'à l'os, décoller le périoste, en ménageant autant que possible les attaches des muscles, surtout la poulie du grand oblique, dont le sort, dans la majorité des cas, est très compromis.

Quand l'ostéome est spongieux, on peut l'enlever morceau par morceau ; après la partie orbitaire, la partie ethmoïdale suivra aisément ; l'extirpation de l'ostéome éburné est beaucoup plus difficile : sur lui, les instruments s'émousent ; il faut essayer d'enlever la tumeur en totalité, en la saisissant avec un davier et la mobilisant ; si le davier ne donne pas le résultat désiré, on glisse entre la tumeur et la paroi de l'orbite des instruments capables de faire levier. La tumeur se détache en bloc quand la pression est suffisante.

Écoutons ce que dit Maisonneuve : « Après avoir acquis la conviction qu'il s'agissait d'un ostéome éburné, je me suis mis en devoir de le détacher en bloc, en introduisant le ciseau dans la rainure profonde qui le séparait des os du nez. Enfin, il devint mobile sans que rien annonçât

une fracture des os du voisinage ; la partie antérieure fut saisie avec une forte pince ou ciseau en acier, formant levier, introduite entre elle et le bord interne de l'orbite, et la mobilité augmenta. Un fort davier put alors l'extraire sans difficulté, et on constata que, ni la paroi crânienne, ni la fosse nasale n'étaient ouvertes. »

Mais l'usage des instruments destinés à former levier n'est pas toujours facile. Dans un second cas, qu'il opéra dix ans après le premier, Maisonneuve essaya vainement d'attaquer l'exostose avec la scie à molettes de Charrière, la scie de Martin, les pinces de Liston ; deux fois les pinces se brisèrent. Avec un ciseau à froid on arriva à détacher un mamelon, gros comme une petite noisette, puis le ciseau finit par pénétrer dans une rainure moins dense, la tumeur devint mobile et, avec des leviers, fut extraite d'un seul bloc.

Dans les manœuvres on est quelquefois gêné par les os propres du nez ; alors on peut les écarter, comme Andrews, ou les réséquer, comme Letenneur.

L'extirpation faite, il reste une énorme brèche faisant communiquer les cellules ethmoïdales avec l'orbite ; on conseille généralement de faire le drainage par le nez ; nous n'y avons pas eu recours dans notre cas personnel, et la réunion n'en a pas moins eu lieu très rapidement. Un seul drain avait été mis dans la partie inférieure de l'incision orbitaire.

2° OSTÉOMES DU SINUS FRONTAL. — Les ostéomes du sinus frontal, plus fréquents que les ostéomes ethmoïdaux, méritent aussi quelques considérations thérapeutiques.

On a fait également pour les atteindre des incisions très variées, proportionnées à la forme et au volume du néoplasme (V. p. 527).

La division des parties molles est conduite d'emblée jusqu'à l'os ; s'il s'agit d'un ostéome spongieux, la partie extra-cranienne sera sciée ou enlevée par fragments ; puis, après la résection de la paroi antérieure du sinus, la partie intra-sinusale sera traitée de la même manière, en allant jusqu'au point d'implantation, qu'il faudra réséquer.

Si l'ostéome est éburné, on perdra son temps en essayant de le fragmenter (Dolbeau) ; il faut, en réséquant les parties osseuses qui l'entourent, lui créer une voie et l'extraire, ce qu'on fait parfois d'autant plus

aisément que l'ostéome est sans pédicule, « mort », comme disent les Allemands.

Il faudra souvent réséquer une grande étendue du squelette pour extraire un ostéome frontal.

En pareil cas le crâne sera ouvert plus ou moins largement ; mais, grâce à l'asepsie, il ne faudra pas désespérer de la guérison, et nous avons déjà dit que nous ne partagions pas, sur ce point, l'opinion pessimiste de Knapp et de Panas.

La plaie sera soigneusement lavée, le sinus écouvillonné, désinfecté, et bourré à la gaze salolée ; la suture du périoste et de la peau sera faite avec soin, en laissant un passage, un drain pour l'écoulement du liquide ; mais il est difficile, à cet égard, de tracer des règles bien précises ; le chirurgien, en pareille circonstance, devra s'inspirer des conditions particulières dans lesquelles il trouvera le néoplasme, en assurant toujours une aseptie parfaite et en donnant au cerveau, mis à nu, la plus efficace protection possible contre l'infection, qui peut venir des fosses nasales ou plus directement du dehors.

En somme, les ostéomes orbitaires sont tous justiciables de l'ablation ; ceux qui naissent dans les cellules ethmoïdales n'exposent à aucun danger ; l'ablation de ceux qui viennent du sinus frontal ou de la paroi supérieure de l'orbite entraîne très souvent l'ouverture de la boîte crânienne et, par là, peut occasionner des accidents ; mais la chirurgie cranio-cérébrale a fait, dans ces derniers temps, d'assez grands progrès pour que la gravité de cette opération ne soit pas une contre-indication et l'on peut encore, dans ce cas, considérer la guérison comme la règle.

C. Tumeurs malignes (ostéo-sarcomes et épithéliomes). —

Très rarement les ostéo-sarcomes des parois de l'orbite bénéficient de l'intervention ; on sait, en effet, que les sarcomes du squelette ne peuvent être enlevés avec succès que lorsqu'on ampute le membre dans la contiguïté, c'est-à-dire lorsqu'on enlève tout l'os malade, condition impossible à réaliser dans l'orbite ; il ne faut pas être absolu ; mais, en vérité, bien rarement le sarcome sera suffisamment limité pour que la

brèche osseuse, faite à la paroi orbitaire, puisse suffire à prévenir la récurrence. L'observation de Griffith¹ concernant un ostéo-sarcome du plafond de l'orbite est, *entre beaucoup d'autres que nous pourrions citer*, un exemple des difficultés insurmontables auxquelles se heurte le chirurgien. Malgré une intervention très complète la malade mourut quatre mois après l'opération, d'une récurrence très étendue de la tumeur.

Il faudra, pour intervenir utilement, que la tumeur soit récente et le diagnostic précoce. Selon le siège du mal et l'état de l'œil, on pratiquera soit l'opération de Krönlein type, ou modifiée ainsi que nous l'avons indiqué, soit, et le plus souvent, l'exentération complète de l'orbite.

Les tumeurs malignes développées au voisinage de l'orbite et l'envahissant sont des néoplasmes extrêmement graves.

L'intervention chirurgicale présente, en pareil cas, peu de chances d'aboutir, parce que, lorsqu'une tumeur maligne née dans le sinus ou dans l'ethmoïde a envahi l'orbite, son développement est trop avancé pour pouvoir être arrêté. Lorsqu'on croira pouvoir intervenir, on utilisera l'opération faite par Gussenbauer ou celle que Moure (de Bordeaux) a récemment conseillée pour les tumeurs malignes de l'ethmoïde (V. p. 521 et suiv.).

En terminant ce long chapitre sur le traitement des tumeurs de l'orbite il pourra paraître bon de mettre en regard de chaque opération les indications qu'elle comporte. Nous résumerons ainsi les développements qui précèdent :

1. — Ablation du néoplasme avec conservation de l'œil.

A. A travers les parties molles :

- 1° Voie transpalpébrale : applicable aux tumeurs de la base de l'orbite ;
- 2° Voie tranconjunctivale : applicable aux tumeurs bénignes, peu volumineuses, bien enkystées, siégeant derrière le globe de l'œil ;
- 3° Voie transpalpébro-conjunctivale : applicable aux tumeurs du nerf

¹ GRIFFITH, Ostéo-sarcome de l'orbite, *Transact. ophthal. Society*, XXI, 1901.

optique et à un grand nombre de tumeurs orbitaires peu profondes, bénignes, enkystées ;

B. Extirpation du néoplasme à travers une brèche osseuse :

1° Résection de la paroi orbitaire externe (opération de Krönlein) : applicable aux tumeurs bénignes volumineuses et profondes, à quelques tumeurs malignes tout à fait à leur début ; applicable aux tumeurs du nerf optique, mais non indispensable en pareil cas ; la réclinaison en dehors, du volet ostéo-périostique externe, permet l'extirpation des tumeurs de l'orbite occupant la partie interne de la loge (p. 524).

2° Résection de la paroi supérieure de l'orbite, sans indications précises ;

3° Résection de la paroi orbitaire inférieure, sans indications précises ;

4° Résection de la paroi interne : applicable aux tumeurs malignes de l'éthmoïde envahissant l'orbite ;

5° Résection partielle de l'une des parties quelconques de l'orbite, applicable aux ostéomes, et très exceptionnellement aux ostéo-sarcomes des parois orbitaires.

II. — **Ablation de l'œil et d'une partie du tissu orbitaire.** — Applicable aux tumeurs malignes intra-oculaires menaçant d'envahir l'orbite.

III. — **Exentération de l'orbite.**

A. Exentération complète sous-périostée : applicable aux tumeurs malignes nées dans l'œil et en étant sorties, ou nées dans les parties molles de l'orbite.

B. Exentération sous-conjonctivale : applicable aux sarcomes du tractus uvéal et au gliome de la rétine remplissant la cavité oculaire.

C. Exentération de l'orbite avec clôture plastique : applicable aux cas de tumeurs traitées par l'exentération complète, et dans lesquelles, la récurrence n'étant pas à craindre, il n'y a pas lieu de surveiller la guérison de la plaie opératoire.

LIVRE VIII

TUMEURS DE L'APPAREIL LACRYMAL

Les tumeurs développées dans l'appareil lacrymal sont rares ; il en existe un très petit nombre dans les glandes lacrymales orbitaires et palpébrales et un plus petit nombre encore dans l'appareil excréteur : canalicules, sac lacrymal et canal nasal.

Nous décrivons successivement :

- 1° Les kystes des glandes lacrymales ;
- 2° Les tumeurs solides de ces glandes ;
- 3° Les tumeurs des voies lacrymales.