

ANGIOME KYSTIQUE DE L'ORBITE

ÉLECTROLYSE

Par M. **E. VALUDE** (1)

Les angiomes de l'orbite, et en particulier les angiomes caverneux ou kystiques, sont des affections qui, sans être exceptionnelles, offrent cependant une certaine rareté. Elles sont, d'ailleurs, bien connues et ont été complètement étudiées dans tous leurs points. Sans mentionner tous les travaux, thèses ou observations qui ont été publiés sur ce sujet, rappelons un mémoire de M. Panas (*Archives d'ophtalmologie*, 1883, T. III, p. 1) où la question est traitée dans son ensemble, et l'article tout récent de H. Becker, dans les *Archiv für Ophthalmologie de de Græfe*, Vol. XLI, fasc. I, qui relate tous les travaux antérieurs sur la matière.

On sait, et tous les auteurs sont d'accord sur ce point, que ces sortes de tumeurs ont pour siège de prédilection l'entonnoir musculaire de l'orbite, c'est-à-dire la partie de cette cavité qui est le plus inaccessible à nos moyens d'action chirurgicale, lorsque le globe de l'œil est encore en place. On y atteint, en respectant le globe, pour une ponction ou un simple débridement plus ou moins large; mais lorsqu'il s'agit d'extirper une tumeur en totalité et surtout un angiome dont le caractère propre est d'être intramusculaire, il ne sera guère possible de mener l'opération à bonne fin sans causer de larges dégâts dans l'appareil musculo-nerveux de l'orbite et surtout sans enlever en même temps le globe oculaire.

C'est ce qui a eu lieu dans presque tous les cas où l'on a pratiqué l'ablation complète de la tumeur, et dans ceux-ci

(1) Extrait des *Annales d'Oculistique*, septembre 1895.



l'énucléation de l'œil se trouvait ordinairement légitimée par cette circonstance que l'organe était déjà perdu pour la vision.

Dans l'observation dont il s'agit ici, au contraire, l'œil, bien que projeté en avant assez fortement, avait conservé une acuité visuelle assez bonne et c'est cette circonstance qui, lors de toutes nos tentatives opératoires, nous avait fait écarter le dessein d'une extirpation complète. C'est encore pour laisser en place un œil doué d'une vision suffisante que nous avons songé, dans ce cas, à mettre en usage l'électrolyse, car jusqu'ici l'extirpation avait été le procédé de choix signalé par les auteurs. A notre connaissance une seule observation d'angiôme kystique de l'orbite traité par l'électrolyse a été publiée; elle est due à Thompson et elle offre l'exemple d'un succès complet (*Archiv. of Ophthalmology*, T. XII, p. 183, ou *Archiv für Augenheilkunde*, XIV, 22, p. 170, traduction de Schöneman).

Voici la nôtre, qui est aussi le type d'un beau résultat à l'actif de l'électrolyse :

Observation : Mlle M..., âgée de 10 ans, se présente à notre consultation des Quinze-Vingts le 13 octobre 1890, pour une légère exophtalmie de l'œil gauche.

Comme antécédents on note un traumatisme remontant à trois ans; l'enfant a eu à ce moment la tête violemment heurtée par une porte, à ce point qu'il en est résulté une ecchymose immédiate des deux paupières et du tissu cellulaire de l'orbite, avec protrusion du globe. Il ne s'est manifesté toutefois à ce moment aucun signe caractéristique d'une fracture du crâne; pas de perte de connaissance, aucun écoulement sanguin extérieur.

D'ailleurs aucune tare morbide; pas d'affection cardiaque, aucune maladie héréditaire.

Quand nous voyons la malade pour la première fois, l'examen objectif de l'œil gauche nous montre que les veines sont un peu tortueuses; l'acuité visuelle est $= 1/3$. Il est vrai que l'enfant est hypermétrope et que de l'autre œil, $V = 1/2$, sans verres.

Au moment de ce premier examen, l'exophtalmie est assez légère; on ne perçoit, par l'exploration digitale, aucune tumeur et l'auscultation ne révèle pas de bruit anormal.

Nous perdons la malade de vue pendant quelques années; le 11 avril 1894, près de quatre ans plus tard, elle nous revient avec une exophtalmie énorme, tellement considérable que l'occlusion des paupières est devenue impossible. L'exploration digitale

permet de reconnaître une bosselure rénitente dans le sillon palpébral supérieur; mais la sensation de tumeur est très vague: pas de bruit de souffle; la tumeur ne diminue pas sous la pression. L'acuité visuelle continue d'être bonne et à peu près égale des deux côtés, et les papilles offrent sensiblement le même aspect.

Ponction exploratrice sans résultat. Persuadé cependant 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; pansement antiseptique.

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

Je pratique de nouveau une incision à la paupière dans le même point, mais plus large, et j'arrive en débridant jusqu'à la poche kystique qui avait été vidée lors de ma première intervention. Une exploration avec le doigt bien désinfecté me permet parfaitement de reconnaître la vacuité de cette première poche, et au-dessous je sens, avec la pulpe de l'index une voussure rénitente qui m'indique la présence d'une seconde poche kystique sous-jacente. Celle-ci est incisée sur mon doigt servant de conducteur et aussitôt nous voyons réapparaître le même liquide hématique. L'œil se réduit de nouveau, mais de nouveau encore l'exophtalmie se reproduit dès les premiers jours.

Cette fois je cherche à attaquer la poche kystique par en bas et l'incision est portée dans le sillon palpébral inférieur. L'évacuation donne issue à du liquide plus franchement sanguin que celui qui avait été retiré lors des premières interventions. L'œil, comme précédemment, se remet en place aussitôt l'opération.

Les suites de cette troisième ponction furent aussi simples que dans les cas précédents, mais l'exophtalmie reparut de même et très rapidement après.

Découragée, la petite malade décide de retourner dans son pays jusqu'à nouvel ordre. Elle quitte mon service le 15 décembre 1894 avec une exophtalmie aussi forte, sinon plus, que celle qu'elle présentait à son entrée et une acuité visuelle un peu diminuée: OG, V = 1/6; OD, V = 1/2. La papille gauche est un peu nuageuse et les veines légèrement flexueuses; pas d'atrophie.

Le 29 avril 1895, la malade revient de nouveau se mettre entre nos mains; la situation est restée la même qu'à son départ de l'hôpital de la fin de l'année 1894.

J'agitai à ce moment le projet d'une intervention radicale et

d'une extirpation de la tumeur, mais outre ma répugnance, à sacrifier un œil doué encore d'une acuité visuelle passable, il restait aussi la question de difficulté de l'opération. Dans l'exploration que j'avais pratiquée à l'occasion de la seconde ponction, j'avais pu me rendre compte de ce fait que la tumeur, par ses enveloppes, faisait intimement corps avec les parois de l'orbite et les parties qui tapissent le fond de l'entonnoir orbitaire. Etant donnée, de plus, la circonstance qu'il s'agissait d'une tumeur vasculaire, l'extirpation s'annonçait comme devant être laborieuse.

Je résolus de tenter encore autre chose avant d'en venir à cette extrémité et je songeai à unir une compression méthodique à l'emploi d'injections sous-cutanées d'ergotine. Après une ponction aspiratrice, pratiquée avec l'appareil Potain, qui nous donna 15 grammes environ d'un liquide sanguin presque pur, nous pûmes faire revenir l'œil dans sa place et une compression énergique fut instituée. Dans les jours qui suivirent nous pratiquâmes une succession d'injections sous-cutanées d'ergotinine, mais le tout demeura sans le moindre résultat. Au bout de quinze jours l'exophtalmie était aussi considérable qu'auparavant.

J'essayai alors de l'électrolyse. Introduisant une longue aiguille d'acier dans le sillon orbito-palpébral inférieur, vers le point où le doigt pouvait démêler le plus nettement une sensation de tumeur profonde, j'enfonçai celle-ci jusqu'au fond de la cavité orbitaire. Cette aiguille constitua le pôle *négalif*, le pôle positif étant appliqué au voisinage, sur la joue. 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 ainsi été obtenue.

Nous avons conservé encore quelques semaines la malade en surveillance et elle nous a quitté après que nous fûmes assurés que la disparition de l'exophtalmie était absolument définitive. Il n'existe plus trace de protrusion de l'œil qui est absolument revenu à sa place normale. Il subsiste seulement une légère limitation des mouvements du muscle droit supérieur, et un certain enfoncement du sillon orbito-palpébral supérieur qui marquent la trace de nos opérations antérieures. Pas de ptosis véritable. L'acuité visuelle est revenue à ce qu'elle était antérieurement; $V = 1/3$.

Tout commentaire nous paraît inutile après l'exposé de ce succès rapide. Thompson, dans son cas, a noté de même un résultat également prompt et brillant. Il s'agissait d'un sujet jeune aussi, d'un enfant de cinq ans. Il n'y eut qu'une séance d'électrolyse et ce fut le pôle *positif* qui avait été introduit dans la tumeur.

Peut-être dans notre observation une seule séance eût-elle suffi aussi, car au bout de huit jours déjà l'amélioration était telle, qu'en laissant aller les choses, il est probable que la rétraction eût continué jusqu'à être complète. Mais qu'il s'agisse d'une seule ou de deux séances d'électrolyse, il n'en reste pas moins que le résultat est extrêmement prompt.

C'est là un beau succès à l'actif de la méthode de traitement que nous avons employée, surtout si l'on songe que vis-à-vis des angiomes du fond de l'orbite, en dehors de l'électrolyse, il ne reste que l'extirpation avec les conséquences les plus graves au point de vue du globe et de l'intégrité des parties musculaires contenues dans l'orbite.

Dans le cas que nous venons de rapporter, ne pouvant me résoudre à énucléer un œil doué d'une bonne acuité visuelle, j'avais été jusqu'à songer à m'ouvrir un chemin par le côté externe de l'orbite en faisant sauter, quitte à le remettre en place au moyen d'une suture, le rebord temporal de la cavité. J'aurais ainsi pu arriver à une extirpation complète de la tumeur du fond de l'orbite et en laissant l'œil en place, mais au prix de quels dégâts et de quels dangers ! Et l'œil lui-même, sans parler des paralysies musculaires inévitables, n'eût-il pas été exposé à tous les accidents, depuis les troubles trophiques les plus graves jusqu'à l'atrophie optique ?

En regard d'interventions d'une telle gravité et de l'inconvénient d'avoir un orbite vidé et mal rempli par un œil artificiel, il faut placer, comme un contraste saisissant, la simplicité d'une application d'électrolyse, qui donne un résultat si parfait et si rapide, qu'aucune autre méthode de traitement ne peut lui être comparée; elle ne laisse après elle aucune trace visible et ne donne lieu qu'à une douleur insignifiante.

Biblioteka Główna WUM



Biblioteka Główna WUM

Br.6272



000028058



www.dlibra.wum.edu.pl