

cet oeil. Il avait en plus des démangeaisons, des maux de tête, et l'appétit était mauvais. Le malade déclare n'avoir jamais eu aucun passé pathologique oculaire autre que celui-ci.

A l'examen nous constatons une atrophie assez considérable de l'œil droit, qui est ratatiné, brunâtre, et tout infiltré par le cancer. Les culs-de-sac sont remplis par une masse bourgeonnante, rougeâtre et saignée, saignant au moindre contact. Les paupières sont prises dans toute leur étendue jusqu'à environ un millimètre des rebords orbitaires. Il existe une cavité ulcérée permettant l'introduction du bout du petit doigt au cantus externe. Un bourrelet irrégulier fait le tour de ce néoplasme.

Les ganglions pré-auriculaires de ce côté ne sont pas hypertrophiés.

L'œil gauche est absolument normal, à tous les points de vue.

La rhinoscopie antérieure nous permet de constater une rhinite hypertrophique double.

Pharyngite catarrhale.

Rien d'intéressant à noter du côté des choanes.

Le diagnostic clinique d'épithélioma étant tellement positif et peu discutable, nous ne jugeons pas à propos de recourir à une biopsie pour nous renseigner au sujet des éléments anatomo-pathologiques qui composent ce néoplasme. Aussi après avoir donné à notre malade toutes les explications nécessaires en pareil cas, nous lui proposons l'opération qui fut acceptée et faite le 9 mai 1908.

*Opération.* — Le patient fut endormi au chloroforme, après avoir eu la barbe, le sourcil, et une partie du cuir chevelu temporal droit rasés. Le champ opératoire étant bien aseptisé, nous commençons d'abord par faire l'extirpation classique de l'orbite. Nous menons ensuite successivement deux incisions légèrement concaves et parallèles aux rebords orbitaires, qui nous permirent de nous débarrasser à la fois de tout le néoplasme palpébral. Le périoste de l'orbite ayant été soigneusement enlevé, et le canal nasal bien cureté, nous nous occupons de refermer cette large cavité. Bien qu'il y ait pour combler une plaie, plusieurs procédés autoplastiques, nous n'avions au point de vue pratique, dans notre cas, qu'à choisir la méthode française. Même la méthode italienne nous aurait donné de nombreux ennuis, par la difficulté du drainage de la cavité, par l'infection probable des lèvres de la plaie, par l'impossibilité d'une immobilisation parfaite, par la nutrition insuffisante des lambeaux, et enfin, pour notre malade, par une quinzaine de jours de torture auxquels il aurait été condamné par le port d'un appareil spécial. La méthode française au contraire est idéale en ce sens qu'elle nous permet de tailler, dans des tissus environnants la plaie, les lambeaux nécessaires à son comblement, après les avoir glissés et bien coaptés. Aussi ayant décollé la peau du nez, de la joue, de la tempe et du front, une incision cutanée de trois centimètres, à concavité supéro-externe est faite, se dirigeant du cantus interne à la région inter-sourcilière. Nous faisons une autre incision cutanée d'environ huit centimètres, à forte concavité supéro-interne, partant

du cantus externe et se terminant à la tempe, pouvant être assez justement comparée à un fer à cheval légèrement ouvert. Ayant vérifié la coaptation de ces différents lambeaux, et fait une dernière toilette du champ opératoire, nous suturons la plaie à la soie, après avoir laissé un drain à la partie externe de l'orbite. Pansement aseptique un peu compressif. Les suites post-opératoires sont des plus simples. On remarque dans les premiers jours qui suivirent l'opération, un léger œdème des lambeaux qui recouvraient la cavité orbitaire, mais celui-ci disparut graduellement. Nous lavons cette cavité avec une lotion d'acide borique, et la cicatrisation se faisant par première intention, nous commençons vers le sixième jour, à enlever les points de suture. Comme il n'y eut jamais de suppuration de l'orbite, et que l'eau des injections était à peine souillée, au bout



d'un mois après l'intervention, nous considérons notre malade suffisamment rétabli pour lui permettre de laisser l'hôpital et retourner dans sa famille. Il emporta avec lui tout ce qu'il fallait pour continuer ses lavages — après en avoir eu la technique — et une pommade borico-mentholée pour le nez. Nous constatons à son départ de l'immobilité de la peau de toute la région péri-orbitaire décollée pour permettre l'autoplastie, ainsi que de l'insensibilité de toute la partie innervée par les nerfs sus et sous-orbitaires. Cependant ce dernier symptôme disparut presque entièrement dans la suite. L'ouverture de l'orbite qui servait à faire les lavages, se rétrécit graduellement et au bout de six mois après l'opération, se ferma définitivement sans amener aucune complication. Le sourcil après être repoussé fut naturellement abaissé, et la dépression cavi-