

V. aussi ALCOOLISME, ALIMENTAIRES, ANILINE, ARSÉNICISME, BENZINE, CARBONE (OXYDE, SULFURE), CHAMPIGNON, COCAÏNE, ERGOTISME, HYDROGÈNE SULFURÉ, MERCURE, MORPHINE, MOULES, OPIUM, PHOSPHORE, SATURNISME, TABAGISME, VAPEURS IRRITANTES, etc.

**INTUBATION.** — V. TUBAGE.

**INVAGINATION.** — V. INTESTINALE (OCCLUSION).

**INVERSION.** — V. UTÉRUS, TESTICULE.

**INVERSION SEXUELLE.** — V. PERVERSION.

**INVOLUTION UTÉRINE.** — V. COUCHES.

**IODE, IODURES, IODOFORME (INTOXICATIONS).** — V. POISONS MÉDICAMENTEUX et VAPEURS IRRITANTES.

**IRIS ET CHOROÏDE (TUMEURS).** — *Kystes.* — Sans cause connue, mais le plus souvent après un traumatisme accidentel ou opératoire ou par fermeture

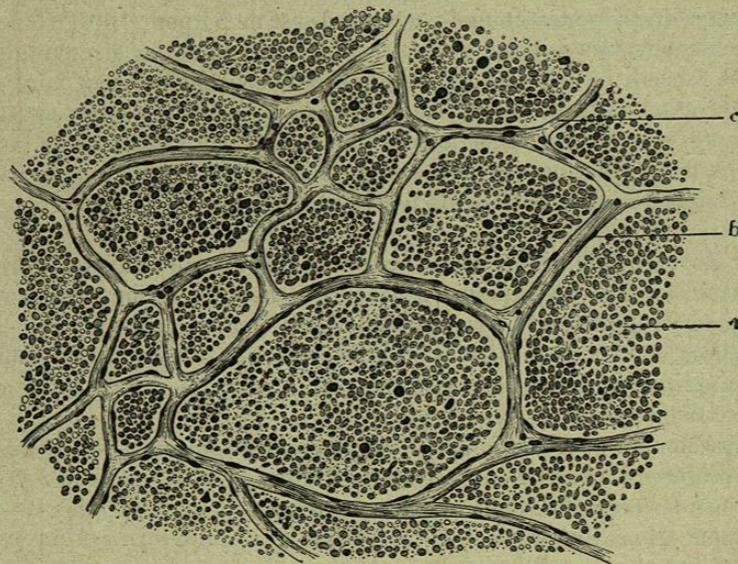


Fig. 241. — Angiome pur de la choroïde. Espaces caverneux remplis de sang. a, globules de sang; b, c, cloisons conjonctives avec couche endothéliale (Giulini).

spontanée d'une crypte irienne, apparaissent sur la face antérieure de l'iris une ou plusieurs petites tumeurs translucides (*kystes simples, séreux de l'iris*) ou de petites tumeurs blanches, nacrées, arrondies ou ovoïdes renfermant des cellules épidermiques, des cristaux de cholestérine et souvent un cil (*tumeurs perlées, kystes perlés de l'iris, kystes épidermoïdaux*).

Comme ces derniers, les *kystes* ou *tumeurs* sont rares; on les a trouvés dans l'iris et aussi dans la choroïde.

L'iris peut en outre être le siège de *kystes à entozoaires* (cysticerques).

**Traitement.** — On doit pratiquer l'excision du kyste avec la partie attenante de l'iris, afin d'éviter la perte de l'œil par iritis ou irido-choroïdite.

**Angiome de l'iris et de la choroïde.** — Petite tumeur vasculaire implantée sur l'iris, pouvant se compliquer d'hypohéma. Cette télangiectasie de l'iris est rare comme celle de la choroïde. Elle est due à la dilatation des vaisseaux préexistants et aussi à la formation d'autres vaisseaux, mais elle est

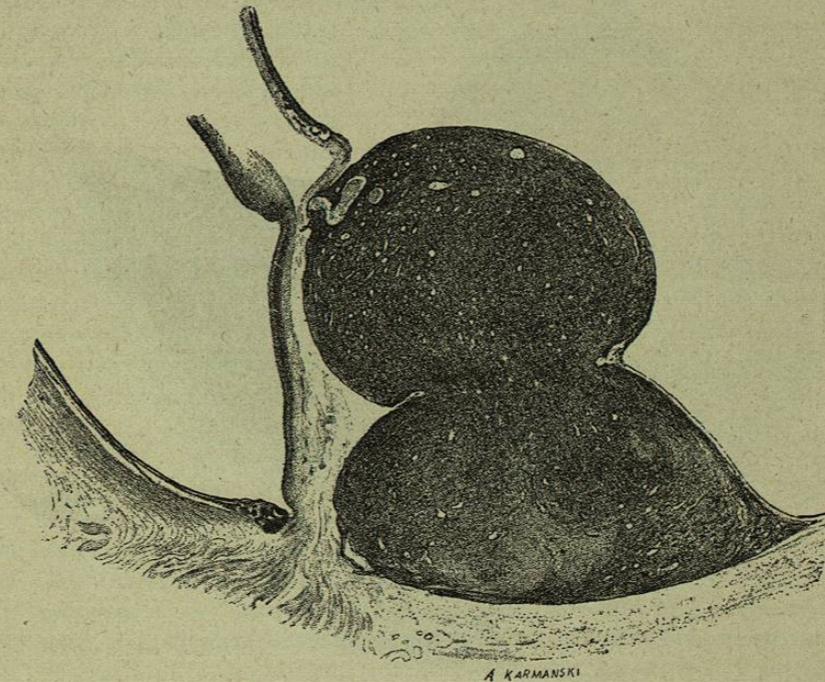


Fig. 242. — Sarcome mélanique prépapillaire bilobé avec décollement en convolvulus de la rétine dont une partie adhère latéralement à la tumeur (Panaz).

distincte de l'angio-sarcome (fig. 241). L'angiome irido-choroïdien s'accompagne de décollement rétinien, de phénomènes glaucomateux et d'irido-cyclite.

Quelques observations, notamment celles de Ivanoff, de Guaita et de Lagrange établissent l'existence du *myome de l'iris et de la choroïde*.

**Sarcome de la choroïde.** — Tumeur née dans les couches externes de la choroïde, composée de cellules arrondies ou fusiformes ou de ces deux variétés de cellules avec le plus souvent de nombreux vaisseaux habituellement pigmentée (sarcome mélanique) (fig. 242), survenant à tout âge, mais toutefois rare dans l'enfance et ayant son maximum de fréquence de 40 à 60 ans. L'étiologie est obscure comme celle de tous les cancers en général, mais le traumatisme semble bien jouer un rôle. Il est presque toujours unilatéral.

La symptomatologie varie avec l'emplacement et les réactions que déter-

mine une tumeur dont l'évolution peut se faire très lentement ou rapidement. Au début les malades se plaignent d'un abaissement de la vision qui s'explique par un décollement ou un soulèvement de la rétine. C'est à ce moment qu'il importe de bien étudier les caractères du décollement rétinien d'origine néoplasique et de le différencier du décollement dit séreux. Le décollement sarcomateux a une forme bosselée, bien circonscrite; les vaisseaux n'ont ni le nombre, ni la forme de ceux qu'on voit dans la rétine flottante du décollement

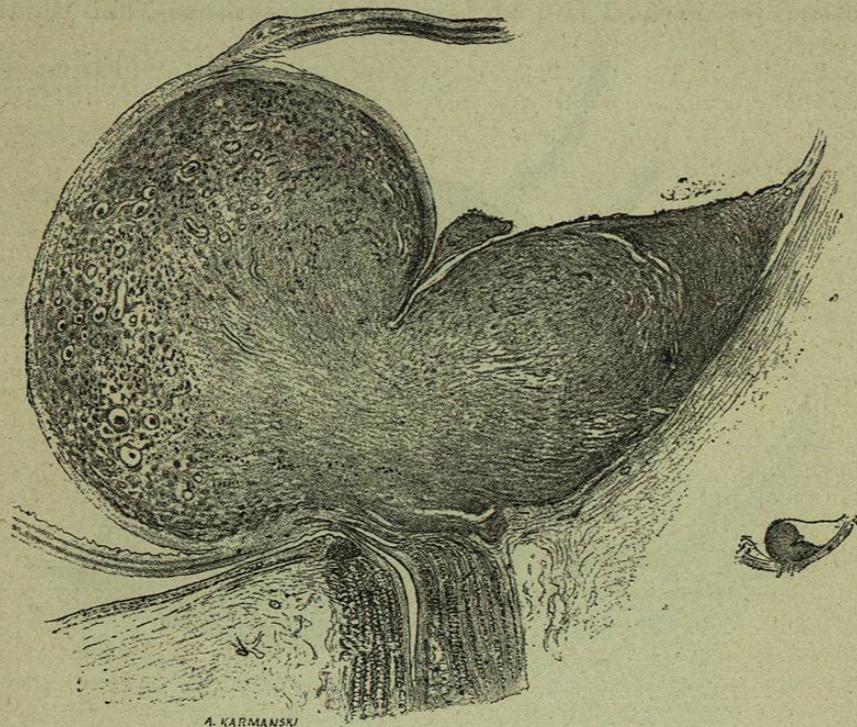


Fig. 245. — Leuco-sarcome situé en plein disque optique et coiffé par la rétine qui y adhère dans la majeure partie. La petite figure représente la tumeur grandeur naturelle (Panaz).

séreux. Toutefois, il peut arriver qu'une petite tumeur produise un large décollement et les difficultés du diagnostic seront grandes.

Cette première période dure plus ou moins longtemps, des années, quelquefois, mais c'est rare, sans autres accidents que des troubles sympathiques de l'autre œil, et c'est alors que le diagnostic se précise et que l'abaissement de la vision et même la cécité dans un œil, peu ou pas éclairable, s'explique par un néoplasme possible; mais le plus souvent la tumeur continuant à évoluer fait comme le gliome, elle détermine de l'hypertonie non par son envahissement et par pression excentrique, mais par stase sanguine; l'œil devient dur, douloureux, injecté, difficilement éclairable, le cristallin s'altère, se cataracte. Au lieu de suivre cette marche glaucomateuse, l'œil peut au contraire devenir mou et présenter les symptômes d'une iritis plastique. Encore

comme le gliome, le sarcome va cette fois sortir de l'œil, non pas toujours par perforation proprement dite, mais par infiltration cellulaire dans la sclérotique, à travers les nerfs et les vaisseaux. C'est la période de propagation qui commence. Le globe présente des bosselures noires, ardoisées dans le segment antérieur, l'exophtalmie apparaît, trahissant l'exode de la tumeur par le segment postérieur, puis, ce premier effort fait pour vaincre la coque oculaire, la circulation est moins gênée et les nerfs moins comprimés et les douleurs s'apaisent. Cette accalmie est le prélude de la dernière période, celle de la propagation du néoplasme à l'orbite, au cerveau et aux diverses métastases par embolie. Voilà le tableau schématisé de la marche du sarcome choroïdien, mais le fait suivant montrera à quelles variétés cliniques on peut avoir affaire.

J'observe un malade âgé de 64 ans, opéré par un confrère de cataracte il y a dix ans. Peu de temps après cette opération on dut faire l'énucléation de cet œil qui renfermait un sarcome choroïdien. La cataracte avait été sans doute prématurée et la perception avec bonne orientation lumineuse compatible avec une tumeur de petite dimension qui a dû, à cette époque, soulever à peine la rétine, ont légitimé l'opération. Mais la tumeur a évolué et l'œil fut enlevé. Actuellement, il reste sur le plancher de l'orbite un très gros noyau induré, de coloration brunâtre qui est le seul vestige du sarcome oculaire. La propagation s'est faite à l'orbite, s'y est cantonnée; elle est stationnaire depuis des années et l'état général reste excellent. Nombreux oculistes et chirurgiens ont conseillé l'exentération de l'orbite qui a été refusée.

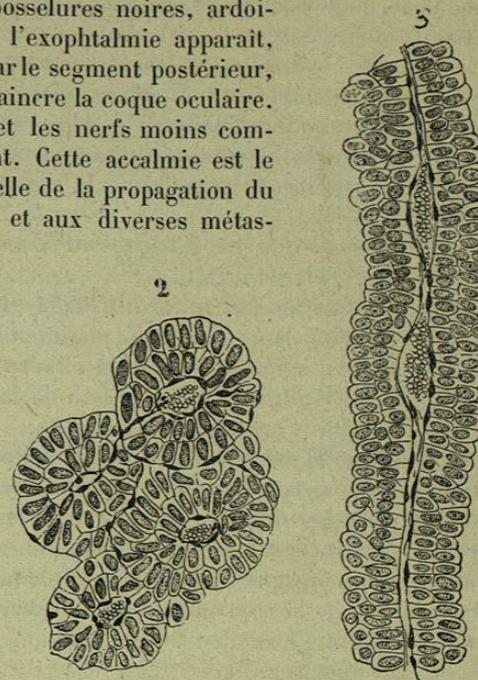


Fig. 244 et 245. — Angio-sarcome de la choroïde. Vaisseaux choroïdiens ampulliformes, entourés de boyaux cellulaires (Gunter).



Fig. 246. — Angio-sarcome de la figure précédente. (Panaz.)

L'appréciation du tonus est un bon élément de diagnostic. Dans le décollement rétinien séreux simple, la pression oculaire est ordinairement diminuée de bonne heure. Dans le décollement par tumeur, la pression oculaire est normale au début et plus tard il y a même hypertonie. Les caractères du décollement rétinien sont également très importants; d'une façon générale on opposera l'aspect d'une rétine flottant librement entre un liquide séreux et le vitré à celui d'une rétine appliquée sur une tumeur qui la soulève et la vascularise. Le décollement sanguin de la choroïde survient après un traumatisme; l'œil est mou et s'atro-

phie. Le diagnostic avec le glaucome inflammatoire peut présenter de grandes difficultés; dans ce cas on recherchera avec soin à établir la chronologie des accidents, à quelle date a commencé la cécité, si elle a précédé ou suivi les phénomènes glaucomateux. Enfin dans le glaucome les deux yeux sont fréquemment intéressés.

*Traitement.* — Énucléation de bonne heure ou exentération de l'orbite suivant que la tumeur est intra ou extra-oculaire.

**Leuco-sarcome choroïdien.** — Plus rare que le mélanosarcome. Siège surtout à la moitié antérieure de la choroïde et au voisinage de la papille (fig. 243). Lorsqu'il est maculaire, le symptôme important du début sera le scotome central.

**Le myxo-sarcome et l'angio-sarcome** sont des variétés de sarcomes dégénérés (fig. 244, 245, 246).

**Sarcome et leuco-sarcome de l'iris et du corps ciliaire.** — Comme pour la choroïde, le leuco-sarcome constitue une rareté. Généralement la tumeur est pigmentée. Le sarcome du cercle ciliaire peut rester longtemps caché, il n'apparaît que lorsqu'il arrive au niveau de la pupille ou lorsqu'il a franchi la base de l'iris, dans l'angle irido-cornéen.

Il est rare que le sarcome de l'iris soit primitif; généralement il n'est qu'une émanation d'un sarcome du corps ciliaire ou des régions voisines de la choroïde. Son développement est plus ou moins rapide, il envahit la chambre antérieure, la remplit, désorganise les membranes qui s'opposent à son extension au dehors, s'accompagne d'hypertonie, de cataracte, d'œdème de la rétine.

*Traitement.* — Lorsqu'on peut avoir la certitude que la tumeur est limitée à l'iris on se contentera d'en faire l'ablation avec la partie irienne attenante, sinon on doit énucléer.

**Cancer métastatique.** — A la suite de manifestations cancéreuses dans d'autres régions (cancer du sein, de l'estomac, pulmonaire, etc.), la choroïde et la rétine peuvent être envahies à leur tour. Ce cancer métastatique se fait par embolies, il prend généralement la forme de plaque et siège de préférence sur la moitié postérieure du globe. La marche des accidents est rapide, elle se fait sans douleur et sans phénomènes réactionnels.

PÉCHIN.

**IRITIS. CYCLITES. CHOROÏDITES. RÉTINO-CHOROÏDITES.** — Si la description séparée des maladies de l'iris, du corps ciliaire et de la choroïde a pour avantage de bien faire ressortir des types cliniques de lésions du tractus uvéal et de schématiser ainsi des tableaux symptomatiques suivant que telle ou telle partie de ce tractus est atteinte, elle a l'inconvénient d'établir des divisions trop absolues, car les diverses régions du tractus uvéal (iris, corps ciliaire, choroïde) ont au point de vue embryologique et anatomique une dépendance qui les réunit pour en faire une seule membrane, dépendance qui se retrouve en face d'un processus pathologique, bien que dans des proportions différentes, et c'est ce que désignent les appellations d'irido-cyclite, d'irido-choroïdite et aussi de rétino-choroïdite, des lésions rétinienne compliquant souvent des lésions de la choroïde.

L'œil atteint d'*iritis* est rouge, larmoyant, un peu moins ouvert que l'autre, plus ou moins douloureux, photophobe. La rougeur est toute spéciale, elle

est sous-conjonctivale et forme autour de la cornée un large anneau, le *cercle périkératique*. Ce cercle a une grande importance diagnostique. La pupille est étroite, réagit peu ou pas du tout à la lumière et à l'accommodation. Ce ne sont là que de simples phénomènes d'hypérémie qui peuvent s'accroître en déterminant des ruptures vasculaires avec épanchement de sang dans la chambre antérieure. Il est rare que le processus s'en tienne à ce stade hypérémique, auquel cas tout peut encore rentrer dans l'ordre. Le plus souvent le mal va en s'aggravant, l'iris change de couleur, s'épaissit, s'infiltré. Les cellules exsudatives se répandent à sa surface antérieure, au niveau du petit cercle, à sa face postérieure et dans la chambre antérieure, d'où synéchies partielles ou totales et trouble de l'humeur aqueuse. L'atropine en dilatant inégalement la pupille indique l'emplacement des synéchies. Toute la surface postérieure de l'iris peut être adhérente à la cristalloïde antérieure; il y a alors *synéchie postérieure totale* et si le bord pupillaire seul est adhérent à cette cristalloïde, la *synéchie est dite postérieure annulaire*; elle intercepte toute communication entre les chambres antérieure et postérieure (*séclusion pupillaire*) et devient ainsi une menace de troubles graves de nutrition de l'œil et d'accidents glaucomateux.

A moins d'infection de la cornée concomitante l'hypopyon est rare; moins rare est l'épanchement de sang dans la chambre antérieure (hypohéma), épanchement qui constitue une simple complication insuffisante toutefois à créer une forme d'iritis hémorragique, mais qui a cependant une certaine importance sémiologique puisqu'elle signifie une altération vasculaire. Et s'il ne s'agit pas seulement d'une hyperémie très accentuée capable de déterminer un hypohéma, comme certaines conjonctivites peuvent, par le même mécanisme, se compliquer d'hémorragies sous-conjonctivales, on aura le droit de penser à des altérations préalables de l'iris jouant le rôle de causes prédisposantes. Ces causes prédisposantes détermineront un hypohéma à l'occasion d'une opération sur l'iris ou d'une phlegmasie de l'iris.

Les médecins non familiarisés avec l'ophtalmologie confondent facilement l'iritis avec la simple conjonctivite, erreur de diagnostic qui entraîne une erreur de thérapeutique, le sulfate de zinc intervenant ici aussi hors de propos que possible, alors que l'atropine employée dès le début est capable souvent d'éviter bien des mécomptes que nous avons avec les exsudats. Dans les cas très légers le doute est permis au début, mais l'iritis ne tarde pas à paraître évidente grâce au changement de coloration de l'iris, à son absence de contraction, aux modifications de ses caractères, au trouble de l'humeur aqueuse et à la *diminution de l'acuité visuelle*.

Le glaucome inflammatoire se distingue par l'hypertonie et la largeur de la pupille.

Dans la *cyclite* (inflammation du corps ciliaire) aux symptômes de l'iritis qui l'accompagne souvent (*irido-cyclite*) s'ajoutent des troubles du vitré, des exsudats qui se précipitent à la face postérieure de la cornée, un léger œdème du bord palpébral de la paupière supérieure, de la douleur à la pression au niveau du corps ciliaire. Au début le tonus est un peu élevé; l'hypotonie arrive plus tard. Les douleurs et les réactions inflammatoires varient selon la nature de la maladie, c'est ainsi que nous verrons évoluer presque sans douleur l'irido-cyclite tuberculeuse. Et, en règle générale, l'intensité des symptômes varie avec

la forme aiguë ou chronique de l'affection. Dans la forme chronique les réactions inflammatoires comme les douleurs sont peu accentuées et mêmes nulles; seul l'abaissement de la vision attire l'attention des malades. L'irido-cyclite peut se terminer par quelques synéchies qui apporteront peu d'entrave à la vision, mais les récurrences sont fréquentes et aggravent le pronostic parce que les exsudats en se répandant dans la chambre antérieure autour du cristallin compromettent du même coup et la vision et la nutrition de l'œil exposé ainsi à la cataracte, à la protrusion du cristallin avec myopie persistante, au glaucome secondaire et au décollement de la rétine.

L'irido-cyclite est une affection très fréquente. Elle reconnaît souvent pour cause la syphilis, la blennorrhagie (v. c. m.), le rhumatisme, la goutte, l'arthritisme, la tuberculose, le diabète (v. c. m.), l'infection d'origine uréthro-vésicale, l'infection d'origine utérine (iritis métritique), l'infection d'origine gastro-intestinale et en général toute infection (pneumonocoque, méningite à méningocoques (Morax), variole, fièvre typhoïde, etc.). C'est une complication rare des oreillons (Burtreff, Péchin), rare également dans la fièvre palustre (trois observations de Tartavey et une de Péchin). Enfin, on l'observe dans le traumatisme oculaire et crânien, les kératites traumatiques et infectieuses, les infections d'origine nasale (iritis ozéneuse), l'empyème de l'antre d'Higmore, et dans le cas d'irido-cyclite de l'autre œil. Morax a observé un cas d'iritis psoriasique.

Malgré cette énumération étiologique déjà longue, il faut reconnaître que bien souvent la cause reste obscure, ce qui signifie que certaines infections sont encore inconnues.

*Traitement.* — Il consiste dans le traitement de l'affection générale. En outre faire des instillations d'atropine et des injections de pilocarpine. Dans certains cas l'iridectomie pourra augmenter la vision.

*Iritis rhumatismale.* — Le début est ordinairement insidieux, légère hyperémie conjonctivale, puis apparition des symptômes de l'iritis. Les phénomènes réactionnels peuvent être intenses, et s'accompagner de vives douleurs, mais c'est plutôt exceptionnel. Les récurrences sont fréquentes.

*Iritis blennorrhagique* (V. BLENNORRAGIE).

*Iritis séreuse.* — Cette variété d'iritis est caractérisée par une exsudation séreuse de la partie antérieure du tractus uvéal antérieur. On devrait par conséquent la dénommer plutôt irido-cyclite séreuse. Cette exsudation se traduit surtout par des dépôts fins, pointillés, fixés sur la membrane de Descemet, d'où le nom de *kératite ponctuée ou pointillée profonde* qui lui a été donné à tort, car il ne s'agit pas de kératite proprement dite. Ces dépôts (éléments inflammatoires) siègent à la face postérieure de la cornée et parfois sur la face antérieure de l'iris. A une période avancée la cornée peut s'infiltrer et se vasculariser et présenter une surface dépolie par exfoliation de l'épithélium.

L'iris paraît en général peu touché; on observe parfois quelques adhérences et quelques dépôts pigmentaires sur la cristalloïde antérieure.

La chambre antérieure est agrandie, le tonus un peu élevé avec tendance aux accidents glaucomeux. Le vitré est trouble, poussiéreux, la papille hyperémie et même gonflée, œdémateuse. Grâce au trouble vitréen et à la lésion papillaire l'acuité visuelle est diminuée. Les phénomènes réactionnels sont réduits au

minimum: pas de douleurs, pas ou peu de rougeur, pas de photophobie, pas de larmolement. L'iritis se développe à froid.

Cette affection est fréquente chez les femmes à l'époque de la ménopause, les rhumatisants, les syphilitiques. C'est aussi une forme de l'ophtalmie sympathique.

*Traitement.* — On instillera des collyres d'atropine mais en surveillant le tonus de l'œil, car cette affection est sujette à l'hypertonie. La paracentèse donne de bons résultats, on peut au besoin la renouveler. On doit être très réservé pour l'iridectomie, car elle est capable de déterminer un abaissement considérable de la vision dans ces yeux qui sont déjà dans un état précaire.

*Iritis, rétinite d'origine goutteuse.* — Les arthritiques, les gouteux sont sujets à des attaques d'iritis. On observe fréquemment chez ces malades une rétinite goutteuse qui se manifeste à l'ophtalmoscope, par la présence de petites taches blanches, nombreuses, analogues à celles que l'on voit dans la rétinite diabétique. Ces taches s'accompagnent parfois d'hémorragies rétinienues. La vision est abaissée et l'examen campimétrique dénote souvent un scotome central (Hirschberg).

*Irido-choroïdite et rétinite diabétiques.* (V. DIABÈTE).

*Iritis albuminurique.* — A été constatée rarement. Cela tient à deux raisons, à la légèreté des symptômes qui passent facilement inaperçus et au petit nombre d'examen anatomopathologiques qui ont été pratiqués. Ces derniers ont toujours démontré des lésions du tractus uvéal dans les diverses formes de néphrites. L'iritis est bilatérale; c'est une iritis séreuse très atténuée, avec légère décoloration de l'iris et un peu de chémosis. Elle donne lieu rarement à des synéchies.

*Ophtalmie sympathique.* — Appelée aussi *irido-cyclite sympathique* parce que les accidents oculaires dits sympathiques apparaissent surtout sous cette forme. Le nom d'ophtalmie migratrice (Deutschmann) est d'une mauvaise terminologie, car il préjuge d'une pathogénie qui est loin d'être démontrée. Ces accidents multiples qui vont des troubles fonctionnels les plus légers aux troubles trophiques les plus graves et qui reconnaissent pour cause une lésion quelconque, mais le plus souvent d'origine traumatique de l'autre œil, constituent l'ophtalmie sympathique, qui est par conséquent une affection polymorphe.

Elle est due surtout aux blessures de la région scléro-cornéenne (région ciliaire) et à la présence de corps étrangers dans l'œil. Les tumeurs intra-oculaires peuvent aussi lui donner naissance. On l'a vu se déclarer à la suite de l'irritation d'un moignon oculaire et même à la suite de phénomènes inflammatoires ou irritatifs dans un orbite privé de son globe oculaire.

On ne connaît actuellement rien de positif sur la pathogénie de cette affection. Les plaies septiques comme les non septiques peuvent la développer; on ne la voit pas apparaître après la panophtalmie, aussi la théorie infectieuse métastatique est-elle sujette à bien des critiques, au moins en tant qu'elle prétendrait s'appliquer à tous les cas. La migration des microbes ou des toxines d'un œil malade à l'autre par les voies nerveuses, veineuses ou lymphatiques sont sujettes à tellement de critiques, sont en désaccord avec tant de

faits expérimentaux et cliniques que la théorie purement nerveuse apparaît la plus vraisemblable. Elle a pour elle les examens anatomo-pathologiques de Czerny (1867) qui a constaté la névrite des nerfs ciliaires. Et il est naturel d'admettre que la lésion des nerfs ciliaires exerce sur un centre nerveux qu'il reste à préciser, une irritation réflexe, qui à son tour, provoquera dans l'autre œil des accidents sympathiques. Ce serait alors une névrite ascendante qui aboutirait à un centre pour ensuite se manifester de l'autre côté. Et l'on explique alors avec cette théorie non seulement tous les cas d'ophtalmie sympathique, mais encore la *cessation* de ces accidents après l'énucléation de l'œil sympathisant (primitivement malade), cessation qui ne s'expliquerait plus si l'on admet une invasion microbienne qui n'a pas de raison de disparaître dès que l'autre œil, siège de l'origine infectieuse, a été enlevé. Et puis comment expliquerait-on une ophtalmie sympathique développée à la suite de la pénétration dans le corps ciliaire d'un corps étranger qui n'a pas déterminé dans cet œil blessé le moindre accident septique? Dans un cas de ce genre que j'ai observé, il s'agissait d'un très petit fragment de silex situé dans le corps ciliaire. Ce corps avait pénétré par la cornée où il avait laissé à peine trace de son passage. On pouvait l'ignorer, car rien n'était apparent. La vision était bonne, il y avait seulement des douleurs qui s'accroissaient pendant la nuit. Au bout de plusieurs semaines apparut une ophtalmie sympathique très sérieuse sous forme d'iritis avec synéchies nombreuses et fines précipitations sur la face postérieure de la cornée. L'énucléation mit fin à ces accidents et l'œil resta bon. Dans l'œil énucléé il n'y avait pas trace apparente d'inflammation; tous les tissus et le corps vitré avaient un aspect normal et pas le moindre exsudat autour du petit fragment de silex. Des examens histologiques compléteront cette observation, mais d'ores et déjà ne paraît-il pas évident qu'il ne saurait être question d'accidents infectieux, mais bien d'une névrite ascendante avec répercussion sur l'autre œil sous forme de lésions d'ordre trophique?

L'époque d'apparition est très variable; rare avant le quinzième jour elle survient quelques semaines, ou quelques mois et même plusieurs années après l'accident. Et après l'énucléation de l'œil primitivement malade, on peut admettre que passé le délai d'un mois, l'ophtalmie sympathique n'est plus à craindre, à moins d'accidents inflammatoires dans le moignon ou dans l'orbite du côté énucléé.

On a décrit peut-être avec trop de complaisance les accidents sympathiques, aussi doit-on admettre avec quelques réserves tous les troubles fonctionnels de sécrétion, de mouvement (spasme, nystagmus) d'accommodation, de perception, etc., et s'en tenir aux phénomènes irritatifs du début, aux douleurs névralgiques, et à l'irido-cyclite plastique ou séreuse (ophtalmie sympathique du segment antérieur. La chorio-rétinite serait une forme d'ophtalmie sympathique du segment postérieur. On a signalé une atrophie partielle du nerf optique (amblyopie sympathique) et qui serait due à une atrophie des fibres optiques propagée au côté sain.

Il est tout à fait exceptionnel qu'une ophtalmie sympathique s'arrête spontanément au début et ne détermine que des lésions insignifiantes. On ne doit pas y compter. La marche est progressive et la cécité est la conséquence de l'évolution des lésions.

*Traitement.* — Lorsque l'œil blessé est totalement perdu pour la vision et non douloureux, et que le malade réclame l'énucléation comme sauvegarde, on doit la faire. S'il y a blessure et surtout blessure ciliaire, mais sans pénétration d'un corps étranger, on sera conservateur, on s'attachera particulièrement à éviter toute infection et une fois la guérison obtenue, si l'œil reste indolore, on s'abstiendra d'énucléer. Dans le cas de pénétration de corps étrangers dans l'œil (grains de plomb, éclats métalliques, morceaux de silex), on s'abstiendra d'énucléer hâtivement, préventivement, à moins d'avoir affaire à un malade qu'on ne peut surveiller. Il est bien entendu qu'il s'agit d'un corps étranger, qui a pénétré dans l'œil certainement, qui y est resté et qu'on ne peut enlever. Dans ce cas, si l'œil n'est pas douloureux on se bornera à surveiller le malade, et tant qu'aucun danger n'apparaîtra, l'énucléation est une mutilation inutile. Il est vrai que cette surveillance et ce danger possible constituent un état d'inquiétude et d'insécurité qui détermineront surtout le malade à réclamer une intervention à laquelle on agira sagement en y faisant droit. Mais si le malade est récalcitrant et qu'il tienne à son œil pour n'importe quelle raison, (raison d'esthétique ou de situation) on attendra et on pourra ainsi attendre indéfiniment. Ce sera toujours autant de gagné. Et puis si le corps étranger n'est pas visible, rien n'indique qu'il soit réellement dans l'œil; un grain de plomb a pu frapper un œil très obliquement et ne pas pénétrer, le simple phénomène de contusion suffira à provoquer une hémorragie, une irido-dialyse, des lésions quelconques qui pourront ou guérir avec restitution de la vision ou se terminer par la cécité; ou bien encore le grain de plomb ou tel autre corps étranger traversera l'œil de part en part et se logera dans l'orbite ou les cavités voisines. La radiographie donnera des renseignements utiles à cet égard, et s'ils sont muets étant donné la petitesse du corps, on sera dans le doute. De toute façon, il n'y a nulle nécessité d'énucléer. Il en sera ainsi surtout si l'œil blessé a conservé une vision utile.

Mais aussitôt que l'œil blessé deviendra douloureux, aussitôt que le moindre trouble irritatif ou autre apparaîtra à l'autre œil, il faut énucléer immédiatement; il n'est pas trop tard, et il est inexact de soutenir qu'une fois l'ophtalmie sympathique commencée, l'énucléation est impuissante à l'arrêter. Il est entendu qu'il faut agir de suite et sans délai et ne pas perdre un temps précieux par un traitement médical.

*Chorio-rétinites.* — L'étiologie est à peu près la même que celle des irido-cyclites: des infections et des intoxications de toute nature (syphilis, hérédo-syphilis, fièvre typhoïde ou autre maladie infectieuse chez la mère, variole). Il n'est pas toujours facile de découvrir le mode de pénétration de l'agent infectieux, pas plus que d'en déterminer la nature, aussi l'étiologie est-elle souvent obscure, sans qu'il soit possible pour établir le diagnostic causal de pouvoir avec quelque certitude, se hasarder sur les aspects cliniques des taches de choroïdites, leur coloration, leur siège et leur mode d'évolution. Ces formes sont variées à l'infini. Les plaques sont plus ou moins nombreuses, diversement colorées, plus ou moins pigmentées, parfois blanches et atrophiques. Dans certains cas les taches n'ont pas de contours définis, il s'agit plutôt de teintes grisâtres donnant à la rétine un aspect plus ou moins ombré

par places. Ces taches ou teintes sont considérées comme des exsudats, d'où le nom de *choroïdite exsudative*.

Lorsque la plaque exsudative est unique et siège dans la région maculaire, la choroïdite est dite *maculaire, centrale* (fig. 247). Cette forme, ainsi que la *choroïdite postérieure* est fréquente dans la myopie forte. On trouve aussi chez les vieillards une forme de choroïdite maculaire caractérisée par une teinte grisâtre de la région maculaire (choroïdite sénile). La choroïdite postérieure myopique, encore appelée *staphylome postérieur* a l'aspect d'un croissant péripapillaire externe unique ou à plusieurs zones qui marquent les étapes de l'évolution de la lésion ectatique.

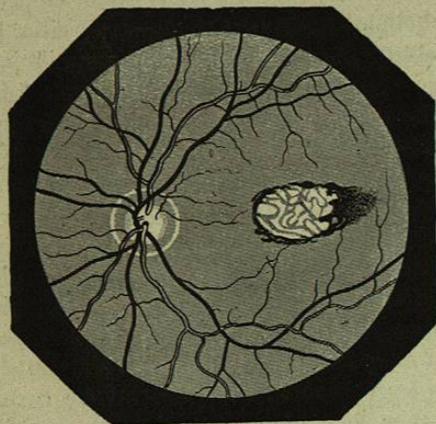


Fig. 247. — Choroïdite maculaire. (Panas.)

Le croissant s'étend parfois autour de la papille (choroïdite annulaire). Le croissant myopique et la choroïdite annulaire devront être différenciés l'un du croissant blanc congénital inférieur et non latéral, et l'autre du halo glaucomeux.

L'œil présente un aspect normal et l'abaissement de l'acuité visuelle est le seul symptôme subjectif. Cet abaissement n'est nullement en rapport avec les lésions apparentes à l'ophtalmoscope, celles-ci très nombreuses, disséminées sur toute la surface choro-rétinienne (excepté dans la région maculaire) pouvant se con-

cilier avec une bonne vision, comme une petite lésion confinée dans la région maculaire cause un affaiblissement considérable de la vision avec scotome central, et même la cécité malgré l'intégrité de tout le reste de la chorio-rétine. Et d'autre part, il suffit de lésions chorio-rétiniennes, disséminées, peu apparentes pour abaisser beaucoup la vision.

Le trouble du vitré et une cataracte partielle (cataracte par lésions chorio-rétiniennes, cataracte non sénile) sont des complications fréquentes, ainsi que l'*atrophie optique* (atrophie optique d'origine intra-oculaire, choroïdienne).

Le pronostic est grave, d'autant plus grave que toutes les médications restent généralement inefficaces.

**Choroïdite suppurative.** — C'est l'infection métastatique oculaire que l'on peut trouver dans toutes les infections généralisées : pleurésies, pneumonies, méningite cérébro-spinale, érysipèle, influenza, scarlatine, variole, infection staphylococcique (analogie avec l'ostéopériostite, l'ostéomyélite staphylococciques) infection streptococcique, pneumococcique (Morax) ; infection puerpérale par embolie et thrombose soit de la rétine, soit de la choroïde (ophtalmie métastatique puerpérale) ; infection utérine non puerpérale ; infection d'origine viscérale (estomac, foie, etc.), infection à la suite d'angines ; infection d'origine otitique, urinaire ; phlegmon de l'orbite et thromboses des veines orbitaires. La panophtalmie n'est plus métastatique, n'est plus d'origine endogène

lorsque l'infection provient d'un traumatisme oculaire (*bacillus perfringens*) (Morax) ou autres agents septiques. Les traumatismes accidentels ou opératoires y donnent lieu.

Ici l'infection ne procède plus comme dans les chorio-rétinites exsudatives, le tableau symptomatique est tout différent, c'est celui de la suppuration oculaire se manifestant par les plus grands désordres : les paupières sont rouges, tuméfiées, œdémateuses, la cornée encadrée par une conjonctive chémotique. La cornée à son tour participe au processus suppuratif, elle se perfore, le tractus uvéal suppure, ainsi que le vitré et si les troubles généraux sont graves : insomnie, fièvre, douleurs, on doit y mettre un terme par l'énucléation.

La marche des symptômes peut être moins violente, moins aiguë, un peu traînante et l'œil va en s'atrophiant progressivement.

Dans certains cas très exceptionnels, la panophtalmie prend une allure toute spéciale ; il n'y a pour ainsi dire pas de symptômes inflammatoires ; ce sont ces cas qui ressemblent aux néoplasmes du globe avec apparence de gliome (pseudogliome) ou de sarcome choroïdien.

Ici également l'énucléation est le meilleur traitement et s'il s'agit de jeunes enfants on y aura recours d'autant plus hâtivement qu'en les débarrassant d'un œil inutile, on peut avoir la chance de les soustraire aux terribles conséquences d'un vrai gliome.

PÉCHIN.

**ISCHÉMIE.** — V. RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL.

**ISCHIO-PUBIOTOMIE (OPÉRATION DE FARABEUF).** — Opération ayant pour but l'agrandissement momentané du bassin oblique ovalaire avec ankylose sacro-iliaque unilatérale.

L'opération consiste à scier verticalement la branche pubienne et la branche

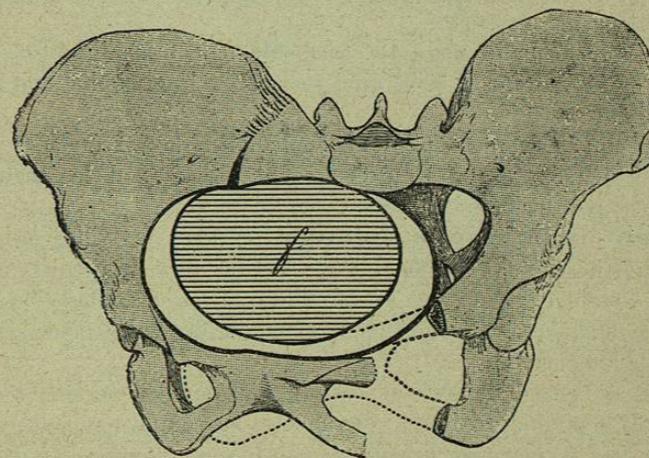


Fig. 248. — Bassin oblique ovalaire ayant subi l'ischio-pubiotomie au lieu d'élection du côté ankylosé rétréci. La surface praticable ainsi obtenue dépasse de toute la partie blanche, d'un grand tiers, la surface y incluse teintée qu'offrait le bassin avant l'opération. (Farabeuf.)

ischiatique du côté ankylosé en sectionnant les parties fibreuses qui pourraient s'opposer à l'écartement.