

TROISIÈME PÉRIODE. — A la troisième période, le diagnostic des sarcomes choroïdiens ne présente plus de difficultés sérieuses ; quand la rupture se produit au niveau du canal de Schlemm, l'aspect des petites tumeurs noirâtres qu'on rencontre à ce niveau sera caractéristique, lorsqu'on découvrira dans l'intérieur de l'organe les signes habituels du néoplasme. Lorsqu'on ne les trouve pas, il faudra songer à la possibilité, dans cette région, de petites hernies de l'iris venues spontanément, lentement, à la suite d'une ulcération de la coque oculaire.

Les tumeurs épibulaires peuvent faire croire à la perforation de la coque oculaire par un néoplasme intérieur, mais l'erreur sera vite dissipée par l'examen ophtalmoscopique lorsque le néoplasme épibulaire, encore au début, permettra l'exploration de l'œil ; mais lorsque la tumeur perce la cornée, le doute sera permis. Le diagnostic, en pareil cas, s'appuie sur les antécédents ; les productions épibulaires commencent au niveau de l'œil par de petites saillies rouge foncé qui se développent pendant longtemps sans troubler la vision, tandis que le sarcome du tractus uvéal, avant de se traduire à l'extérieur par des nodules épiscléraux, trouble et abolit la vision et passe par une assez longue période glaucomateuse qui manque toujours dans les néoplasmes épibulaires. En outre, il convient de remarquer que ces dernières tumeurs sont presque toujours des épithéliomas, et l'examen histologique d'un fragment enlevé à cet effet pourra éclairer le diagnostic.

Lorsqu'on constate à la fois la présence d'une tumeur *intra-oculaire* et *extra-oculaire*, on sera presque toujours autorisé à considérer la dernière comme la conséquence et l'expansion de la première. En règle générale, les tumeurs sortent de l'œil et n'y rentrent pas. Nous avons cependant démontré, dans nos études sur l'épithélioma du limbe scléro-cornéen, qu'il peut y avoir des exceptions à cette règle (voir page 173).

Quand le néoplasme intra-oculaire rompt la sclérotique au niveau de l'équateur ou derrière lui, on ne tarde pas à le voir prendre dans l'orbite plus d'extension que dans l'œil ; cet organe est repoussé dans des directions diverses selon le lieu de la perforation.

Le diagnostic à faire en pareil cas consiste à savoir s'il s'agit d'un néoplasme primitif ou d'un néoplasme secondaire de l'orbite. Dans le

cas de tumeur intra-oculaire, l'œil, longtemps glaucomateux, puis perforé, finit par se rétracter et tient, dans l'orbite, une place qu'efface rapidement le néoplasme extra-oculaire. Au contraire, quand la tumeur est purement orbitaire, l'œil exophtalme reste longtemps sain et son exploration permet d'affirmer l'intégrité des membranes. Ce diagnostic n'a du reste en général pas grande importance au point de vue thérapeutique, car l'exentération de l'orbite s'impose dans tous les cas.

QUATRIÈME PÉRIODE. — Nous ne dirons que peu de chose du diagnostic à la quatrième période, car la généralisation du mal d'une part, et d'autre part tous les moyens connus de déterminer l'existence d'une tumeur intra-oculaire, feront vite connaître à l'observateur la nature et la gravité des désordres auxquels succombe le patient. Le seul diagnostic d'intérêt spéculatif qui se présenterait ici serait celui de l'origine anatomique du néoplasme intra-oculaire ; on peut en effet confondre, à la quatrième période, le sarcome choroïdien avec le gliome de la rétine et attribuer à la seconde affection les désordres imputables à la première. Nous nous expliquerons longuement sur ce sujet dans le chapitre des gliomes ; disons ici cependant que l'erreur n'est possible que pour les leuco-sarcomes et les gliomes ; les sarcomes mélaniques du tractus uvéal, en dehors de leur coloration spéciale et de leurs antécédents, se reconnaissent à leur prédilection très marquée, quand ils se généralisent, pour l'organe hépatique.

F. — PRONOSTIC

Les auteurs qui ont écrit sur le sarcome du tractus uvéal ont eu le tort de ne pas suffisamment distinguer ou, pour mieux dire, de ne pas distinguer du tout le sarcome mélanique du tractus uvéal du leuco-sarcome. Nous pensons que cette distinction a une importance de premier ordre, car dans les deux cas la tumeur est maligne à cause de son caractère sarcomateux, et lorsqu'il s'agit d'une vraie mélanose, elle est maligne une fois de plus à cause de son pigment.

Nous démontrerons, au sujet du leuco-sarcome, que le pronostic est moins souvent malin que dans le sarcome mélanique et nous expli-

querons cette particularité par l'absence de mélanine dans le premier néoplasme; nous ne parlerons ici que du sarcome mélanique et nous allons établir, en nous appuyant sur les chiffres qui résultent de nombreuses statistiques, que c'est la plus grave variété des tumeurs malignes oculaires.

Fuchs¹ a rapporté 13 cas de sarcomes mélaniques de l'iris, 20 du corps ciliaire et 196 de la choroïde. Dans l'iris, 10 cas ont été suivis et 6 d'entre eux opérés avec succès, un par l'iridectomie, 5 par l'énucléation; 11 cas de sarcome noir du corps ciliaire ont été traités par l'énucléation, 6 fois avec succès. Cette statistique très favorable s'explique par la rapidité du diagnostic; lorsque le néoplasme occupe la partie antérieure du tractus uvéal, ses symptômes, bien évidents, ne permettent pas à l'opérateur d'hésiter et le mal est détruit à une période souvent voisine de son début. Il n'en est pas ainsi dans les sarcomes mélaniques de la choroïde. Fuchs fait connaître le pronostic de 115 faits sur les 196 tumeurs de la choroïde qu'il a réunies. 75 d'entre eux se sont terminés par la mort et 15 guérisons sur 40 n'ont été suivies que 6 mois.

Parmi les 75 cas mortels, nous remarquons que 37 fois il y a eu récurrence locale dans l'orbite, chiffre qui montre la grande fréquence de la reproduction sur place après l'intervention; dans les autres faits, il y a eu métastase dans divers viscères, particulièrement dans le foie.

Les métastases sont donc aussi nombreuses que les récurrences locales; il a paru à Fuchs que la généralisation est aussi fréquente lorsque l'opération est précoce que lorsqu'elle est tardive; c'est là certainement une erreur, la seule peut-être qu'il soit possible de relever dans l'excellent ouvrage de cet auteur; ce qui nous permet de l'affirmer, c'est précisément ce qui se passe pour les sarcomes de l'iris, plus bénins parce qu'on intervient plus tôt.

Les métastases apparaissent dans la première ou la seconde année après l'intervention chirurgicale; plus tard elles deviennent rares; en général, sans qu'il soit possible d'être absolument affirmatif à ce sujet, après la troisième année on peut considérer la guérison comme certaine.

¹ FUCHS. *Loc. cit.*, p. 272 et suiv.

Les récurrences locales et les métastases sont donc *très fréquentes* dans les cas de sarcome mélanique de la choroïde; elles sont plus fréquentes encore que ne l'indiquent les statistiques réunies de Panas¹, de Fuchs (*loc. cit.*), d'Hirschberg², de Freudenthal³, car dans le total il n'a pas été tenu compte des proportions relatives de leuco-sarcomes et de mélanosarcomes, distinction dans l'espèce très importante.

Sur nos conseils, Baudoin a recherché tous les cas de sarcome mélanique du tractus uvéal publiés depuis l'ouvrage de Fuchs; il a recueilli 130 observations complètes, en laissant de côté de nombreux cas insuffisamment détaillés dans les communications de leurs auteurs; sur ces 130 observations il est beaucoup de faits rapportés avec la mention guérison qui ne sont que des succès opératoires; 29 seulement ont été suivis au moins pendant six mois, sur ces 29 nous remarquons :

1	guérison constatée	10 ans	après
2	—	—	5 ans —
5	—	—	2 ans —
4	—	—	1 an —

Les autres sont morts huit, cinq, quatre mois après; 12 guérisons ont été constatées plus d'un an après l'intervention chirurgicale; 17 cas par conséquent ont été mortels sur les 29 qui ont été suivis assez longtemps pour que nous puissions être fixés sur le sort du malade; encore convient-il de remarquer que cette limite d'un an est beaucoup trop courte puisque le sujet n'est à l'abri de la métastase que trois ans après l'opération. En s'en tenant à ce chiffre, il n'y aurait dans la statistique dressée par Baudoin que 3 guérisons certaines cinq et dix ans après l'opération. Les autres cas de guérisons constatées après deux ans (au nombre de 5) et d'un an (au nombre de 4) n'étaient peut-être que des guérisons provisoires.

¹ PANAS et ROCHON-DUVIGNEAUD. *Recherches sur le glaucome et les néoplasmes intra-oculaires*, p. 302 et suiv.

² HIRSCHBERG. *Virchow's Arch.*, t. XC.

³ FREUDENTHAL. Ueber das Sarkom des Uvealtractus. *Arch. f. Ophth.*, I, p. 37, 1891.

L'âge du malade paraît dans certaines statistiques avoir quelque importance. Les sujets jeunes, toutes choses égales d'ailleurs, bénéficieraient d'un pronostic moins sombre que les sujets âgés (Hill Griffith¹).

Il convient d'ailleurs d'insister ici sur la difficulté qu'on éprouve à asseoir un jugement ferme sur des statistiques; le nombre des cas suivis est infiniment trop restreint par rapport au nombre des sarcomes opérés; cependant d'une façon générale, avec Hirschberg, Freudenthal, Panas, on peut dire que pour le sarcome choroidien en général, la proportion des guérisons est de 1/4, peut-être de 1/3 des cas opérés.

Pour apprécier la gravité du sarcome mélanique seul nous devons donc nous arrêter au chiffre approximatif de 1/4 de succès définitifs sur 3/4 de morts par récurrence locale ou générale.

C'est là certainement pour le sarcome mélanique de la choroïde un pronostic très sombre, mais il est loin cependant d'être comparable à celui que la plupart des anciens auteurs lui attribuaient.

Velpeau déclarait que le pire des cancers était le *cancer mélané*; Nélaton était aussi pessimiste et de Græfe a écrit²: « Il n'y a qu'une opinion sur les tumeurs mélanotiques qui arrivent dans l'œil ou autour de l'œil; moi-même quand je passe en revue les faits que j'ai eu l'occasion de voir, je ne me rappelle aucun cas dans lequel, après une extirpation complète d'une tumeur de ce genre, il y ait eu plus de quatre mois de guérison apparente. Dans la plupart des cas les récurrences se montrent à l'endroit primitif ou bien dans d'autres organes, déjà au bout de trois mois, six mois, un an. »

Dans le livre de Mackenzie³ nous trouvons une statistique de Holmes Coote, portant sur 15 cas de tumeurs mélaniques de l'œil soumises à une opération et suivies pendant un espace de quatre ans au moins; tous les malades ont succombé à une mélanose secondaire et la durée moyenne de la vie après l'opération a été de quinze mois.

A côté de ces affirmations et de ces documents pessimistes, il convient

¹ HILL GRIFFITH. The prognosis of choroidal sarcoma. *Ophthalmic Review*, déc. 1891.

² DE GRÆFE. *Arch. f. Ophthalmol.*, 1864, t. X, Abtheil. 1, p. 176.

³ MACKENZIE. *Traité des maladies de l'œil*. Trad. française, 1857, t. II, p. 300.

de citer l'opinion de Sichel¹ et de Pamard² qui, les premiers, établirent une division dans les observations de mélanose oculaire en distinguant, une mélanose bénigne et une mélanose maligne. Cette mélanose bénigne est certainement mal dénommée, mais les faits signalés par ces auteurs, ceux de Dor et de Weber établissent pour la première fois, ce qui a été depuis souvent vérifié, que la mélanose oculaire n'est pas absolument maligne dans tous les cas et qu'on enraye sa marche par une opération chirurgicale.

Il est maintenant établi qu'un nombre relativement grand de sarcomes mélaniques choroidiens ne récidivent pas après l'opération; il est même certain que la tumeur peut s'enkyster dans la coque oculaire et s'atrophier (voir p. 395, obs. II). Nous sommes donc loin de l'opinion de de Græfe et tout en considérant le sarcome mélanique de la choroïde comme une affection *très grave*, nous devons nous rendre à l'évidence des faits, en croire les statistiques que nous avons citées et admettre qu'une intervention chirurgicale, pratiquée à la première ou au plus tard à la deuxième période, peut arrêter la marche du mal environ une fois sur quatre, et c'est là un chiffre extrêmement satisfaisant quand on songe à l'extrême gravité des cancers chirurgicaux dont la thérapeutique curative est si décevante. Sur les cas qu'il a pu suivre, von Grosz a remarqué que la métastase survient seulement dans 64 p. 100 des faits. Sans en tirer aucune conclusion, nous dirons que notre statistique personnelle est entre toutes favorables; le lecteur trouvera plus loin 8 observations de sarcomes mélaniques dont 5 portent la mention d'une guérison très longue et probablement définitive.

La statistique des cas opérés de sarcome mélanique de la choroïde serait certainement meilleure encore si l'intervention pouvait avoir lieu dès le premier stade de l'affection avant la dissémination des éléments morbides hors de l'œil et si, lorsque le chirurgien a dû intervenir tard, au début de la troisième période, ou même plus tard, il avait toujours eu la précaution d'enlever tout le contenu de l'orbite de façon à supprimer ainsi les récurrences locales qui, nous l'avons vu, sont une grande cause

¹ SICHEL. *Annales d'ocul.*, t. XXVI, p. 148.

² PAMARD. *Id.*, t. XXIX, p. 26.

de mortalité. Malgré l'optimisme, très relatif d'ailleurs, qu'il convient d'avoir au sujet du sarcome mélanique du tractus uvéal, cette variété de tumeur reste la plus grave de toutes les tumeurs intra-oculaires, y compris le gliome de la rétine, dont le pronostic, mieux compris maintenant, est beaucoup moins sombre qu'autrefois. Nous reviendrons plus loin, avec détails, sur ce sujet.

Le moyen d'améliorer encore le pronostic du sarcome mélanique de la choroïde consiste à baser la thérapeutique sur ces deux principes essentiels : 1° faire un diagnostic rapide et intervenir tant que la tumeur est encore bien enfermée dans l'œil ; 2° exenterer l'orbite si l'on intervient à une époque où la dissémination de la tumeur paraît probable.

G. — TRAITEMENT

Les deux propositions qui terminent le paragraphe du pronostic résument l'opinion de l'immense majorité des chirurgiens qui se sont occupés de cette question.

Déjà, en 1838, Lawrence¹ précisa bien les *indications* du traitement de la mélanose. « Il y a, dit-il, d'autant plus de chances de succès que l'on procède plus tôt à l'opération, mais lorsque l'ulcération s'est déjà manifestée, il est à craindre que le mal ait déjà envahi le nerf optique et le cerveau. Toujours dans ces cas le pronostic est douteux ; le plus souvent, le malade meurt, après l'opération, d'une maladie secondaire du foie. » On ne saurait mieux dire et tout est vrai dans ces lignes de l'illustre chirurgien anglais. Citons encore Malgaigne² qui écrivait en 1841 : « il n'y a pas d'autre moyen curatif que l'extirpation totale ». Velpeau, Stoeber, de Wecker, Knapp, de Gräfe, Haskett Derby, Scelberg-Wells, Duplay³ défendent successivement les mêmes idées, qui, placées sous ces hauts patronages, deviennent classiques.

Cependant tous les auteurs ne sont pas partisans de l'intervention à toutes les périodes de l'affection. De ce nombre est Mac Namara qui

¹ LAWRENCE. *Annales d'oculistique*, 1838.

² MALGAIGNE. *Gazette des hôpitaux*, 1841.

³ DUPLAY. *Traité élémentaire de pathologie externe de Föllin et Duplay*, t. IV, p. 367.

refuse d'opérer lorsque l'affection a dépassé la première période ; Meyer¹ dit également que dans les cas où la tumeur a dépassé la coque oculaire l'intervention chirurgicale risque fort d'accélérer la marche de l'affection.

Ces dernières opinions ne doivent pas être acceptées intégralement ; il ne faut s'abstenir que lorsqu'il existera des signes certains de métastase générale dans le foie ou ailleurs ; sans doute il est de beaucoup préférable de débarrasser le patient de son mal lorsque celui-ci est bien circonscrit dans l'œil, mais il sera encore possible de lui être utile lorsque le sarcome se sera propagé dans l'orbite. Cette propagation n'est autre chose, dans la grande majorité des cas, sinon toujours, qu'une infection du tissu conjonctif *par continuité*. Le sarcome se développe en une seule masse de plus en plus grosse ; les désordres orbitaires résultent de la perforation de la coque oculaire ou de l'extension du mal le long des canaux vasculaires qui traversent la sclérotique. Si cette affection orbitaire est encore relativement localisée, il sera possible d'enlever tout le mal par l'exenteration complète de la cavité orbitaire.

Le meilleur conseil est encore celui qui a été donné en 1839 par Lawrence : opérer le plus tôt possible. L'énucléation de l'œil doit être faite aussitôt que le néoplasme est reconnu, et dès qu'il ne subsiste plus aucun doute au sujet de la présence d'une pseudo-tumeur. Fuchs² croit que l'opération précoce n'augmente pas les chances de survie et que les métastases sont également fréquentes chez les sujets opérés et chez ceux qui ne le sont pas. Cette opinion n'est pas soutenable. Il est certain que moins la tumeur restera dans l'œil, moins sera facile la migration des éléments anatomiques capables d'infecter l'organisme.

L'énucléation précoce exerce d'ailleurs une influence décisive sur les récidives locales et nous avons vu que la moitié des cas mortels l'étaient par ces récidives. Quand on a opéré dès le début, à la période des troubles visuels, ces récidives n'ont jamais lieu et elles ne se développent que très rarement (5 p. 100 des cas) lorsque l'énucléation est faite au stade du glaucome ; ce rôle éminemment préventif de l'énucléation au sujet

¹ MEYER. *Traité des maladies des yeux*, 4^e édit., 1895, p. 288.

² FUCHS. *Loc. cit.*, p. 276 et suiv.

des récidives locales montre la grande importance qu'il y a, à décider le plus tôt possible le malade à l'opération.

Nous ne nous arrêtons pas sur l'extirpation de la tumeur *avec conservation du globe oculaire*, qui a été conseillée par Rolland (de Toulouse)¹ et qu'on trouvera recommandée par Crepet². C'est là une opération irrationnelle ; si circonscrite, si localisée que soit la tumeur, même lorsque la vision est encore en partie conservée, si le diagnostic de sarcome mélanique est certain, il faut immédiatement enlever l'œil en entier. A tort on soutiendrait qu'on ne fera courir au malade aucun risque en essayant l'ablation simple du néoplasme ; on s'exposera, en dilacérant la tumeur, à semer dans l'œil et au dehors des germes morbides très infectieux, et au lieu de mettre le malade le plus possible à l'abri des récidives, on les rendra à peu près certaines. En pareille matière, au lieu de chercher à conserver, il faut au contraire consentir systématiquement aux plus larges sacrifices.

Dans les deux premières périodes, l'énucléation simple suffit, mais il n'en est plus de même aussitôt que la coque oculaire est amincie ou perforée et lorsque apparaissent les nodules épiscéléraux par lesquels commence en général la généralisation orbitaire. L'énucléation, à cette époque, est absolument insuffisante ; il faut pratiquer l'évidement complet de l'orbite, et lorsque le chirurgien hésitera sur le point de savoir si, dans tel ou tel cas particulier, il faut préférer l'énucléation à l'évidement orbitaire, dans le doute, c'est toujours pour cette dernière opération qu'il devra opter.

On a conseillé de pratiquer après l'énucléation l'ablation du nerf optique, pour prévenir les récidives dans ce nerf ; toutes les fois qu'on redoutera la propagation de la tumeur à ce niveau, il faudra enlever le nerf tout entier et toutes les parties molles qui l'environnent, c'est-à-dire évider l'orbite. Un néoplasme sorti de la coque de l'œil et envahissant le nerf optique a eu toutes sortes de bonnes raisons pour défoncer ailleurs la coque oculaire, d'autant plus que les sarcomes de la choroïde, au contraire

¹ ROLLAND (de Toulouse). Extraction d'une tumeur mélanotique intra-oculaire par une incision de la sclérotique. *Recueil d'opht.*, 1890, n° 1, p. 25.

² CREPET. Thèse de Nancy, 1890.

des gliomes rétinien, se propagent en dehors de l'œil plutôt par le canal de Schlemm et les vasa vortiosa que par les gaines vaginales du nerf de la deuxième paire.

C'est donc l'énucléation dans les premiers stades, et l'exentération de l'orbite dans les autres, qui seront pratiquées.

L'énucléation sera faite par la méthode ordinaire et ne présentera aucune difficulté.

L'exentération est une opération presque aussi simple, mais d'un caractère plus chirurgical, nous voulons dire plus sanglante, plus longue, et par là même trop souvent mise de côté par les oculistes qui ont perdu l'habitude de faire les opérations dites de grande chirurgie. La technique de cette opération doit ici trouver sa place. Elle a été précisée par Arlt¹, et après avoir décrit le procédé habituellement mis en usage, nous signalerons la modification que lui a fait subir Panas².

Le malade étant complètement endormi, la commissure externe est débridée aussi largement que possible. A ce moment se pose la question de savoir s'il faut conserver ou sacrifier la conjonctive. Lorsque de toute évidence on constatera que cette muqueuse est saine, le chirurgien devra la ménager à cause de sa grande importance, mais lorsque le néoplasme orbitaire, les noyaux épiscéléraux seront trop rapprochés d'elle, c'est-à-dire dans l'immense majorité des cas, il faudra la sacrifier.

Après avoir aussi dégagé et relevé les paupières, l'opérateur les confie à un aide qui les maintient largement écartées, et il saisit avec une forte pince de Museux le globe de l'œil qui sera ainsi fortement attiré en avant pendant qu'avec une gouge il se frayera un passage le long de la paroi externe et inférieure de l'orbite.

L'opérateur rasera de très près le périoste sur tout le pourtour de la cavité orbitaire en allant doucement, surtout chez les sujets jeunes, dans la région supérieure et interne de l'orbite, pour ne pas défoncer la boîte crânienne et ne pas ouvrir les cellules ethmoïdales ; une gouge mousse aidée du doigt suffira à détacher ainsi tout le contenu orbitaire de sa cavité, à le pédiculiser, de façon qu'il ne reste plus qu'à sectionner avec de forts

¹ ARLT. *Operationslehre*, p. 415.

² PANAS. *Traité des maladies des yeux*, t. II, p. 453.

ciseaux ce pédicule contenant le nerf optique, les nerfs moteurs et sensitifs, les insertions des muscles droits et les vaisseaux. Une hémorrhagie assez marquée résulte de cette section ; on l'arrête avec une pince à forcipressure qui reste en place pendant qu'un aide lance dans la cavité évidée et profonde un jet de sublimé froid à 0,50 p. 1000. On enlève alors la pince et on cautérise le pédicule au thermocautère porté au rouge cerise ; ce moyen hémostatique, suivi d'un tamponnement méthodique à la gaze salolée, suffit généralement à faire l'hémostase. S'il ne suffit pas, on laisse pendant deux jours dans la cavité orbitaire une pince à demeure à la manière de Verneuil, et on l'enlève sans danger lors du premier pansement, le deuxième ou le troisième jour.

Cet évidement de l'orbite, suffisant lorsque le néoplasme de la choroïde n'a encore envahi l'orbite que par l'intermédiaire de quelques nodules épiscléraux, ne l'est plus lorsqu'il existe une véritable tumeur maligne orbitaire. Il faut alors pratiquer *le décollement et l'ablation du périoste orbitaire*. Pour cela, avec un couteau spécial, après avoir écarté les paupières, on incise le périoste tout autour de la base de l'orbite, et avec un détache-tendon on décolle, très facilement d'ailleurs, le périoste orbitaire sur toute son étendue, en commençant par les parties externe et inférieure pour finir par les parties interne et supérieure. Après avoir détaché le périoste en bas et en dehors, on se trouvera bien de sectionner le nerf optique et ce qui l'entoure pour pouvoir luxer la tumeur en dedans et dégager ensuite plus commodément la voûte orbitaire en se servant doucement de la gouge et du doigt. Pour ce dégagement tout instrument pointu doit être soigneusement mis de côté ; on risquerait de pénétrer dans le crâne.

Ce décollement du périoste est une opération d'autant plus recommandable qu'elle est très facile. Elle s'accompagne d'un écoulement de sang beaucoup moindre que l'exentération en dedans du périoste et son efficacité est beaucoup plus grande au point de vue des récidives locales.

Panas, pour pratiquer l'exentération, détache les deux paupières par une incision en fer à cheval qui suit exactement le bord de l'orbite tout en ménageant un large pédicule nasal. Le grand lambeau ainsi obtenu

est rabattu sur le nez et le contenu orbitaire extirpé par décollement du périoste. Le fond de la cavité est exactement nettoyé par le bistouri à périoste et le thermocautère, après quoi les paupières sont remises en place et suturées. Panas estime que par ce procédé il enlève plus exactement les parties molles situées à la base des paupières. Nous croyons que par le procédé ordinaire il est également très facile d'enlever les parties molles, et nous considérons l'exentération sous-périostée comme une opération à la fois exempte de difficultés sérieuses et particulièrement efficace dans le traitement des tumeurs malignes oculaires et orbitaires.

Observations personnelles de sarcome mélanique du tractus uvéal.

Obs. I. — *Sarcome mélanique de la choroïde*. — Cette observation concerne une femme de 61 ans, exerçant la profession de cuisinière.

Sa mère est morte, à 72 ans, d'une hémiplegie. Ses antécédents paternels et collatéraux sont excellents.

Elle-même a toujours été bien portante : elle a eu, à 28 ans, une bonne grossesse terminée par un accouchement normal et ayant donné naissance à une fille actuellement vivante et bien portante.

Histoire de la maladie. — Il y a vingt-cinq ans, à la suite d'un refroidissement, elle eut de l'œdème des paupières, qui disparut deux jours après.

Dans la suite, elle constata un larmoiement continu de l'œil droit avec sécrétion muco-purulente. Les choses restèrent dans cet état pendant fort longtemps, lorsqu'il y a sept à huit ans, elle aperçut autour des lumières une auréole jaunâtre, sa vue se troubla ; elle nous raconte qu'elle voyait alors des images semblables à des serpents se former devant ses yeux. Bientôt l'œil devint douloureux et la perte de la vision complète. Elle vint nous consulter en décembre 1895.

On constate chez elle une perte complète de la vision, un œil absolument inéclaire, avec une tension élevée (T + 2).

Les douleurs spontanées sont intermittentes, mais assez vives ; il n'y a pas, à proprement parler, d'inflammation, mais une grande injection du cercle périkératique.

Le diagnostic fut *glaucome absolu*, et nous pratiquâmes une iridectomie.

Cette opération a lieu sans encombre et pendant quinze jours donne une sédation évidente des douleurs, mais bientôt, avec la cicatrisation complète de la plaie scléroticale, tout recommence, la tension s'élève et les douleurs reparissent.

Nous pratiquons l'arrachement du nerf nasal, qui ne donne aucun résultat. L'énucléation de l'œil est alors décidée et pratiquée le 14 février 1896.

L'examen de l'œil devait montrer qu'il s'agissait, dans ce cas, d'une erreur de diagnostic ; le glaucome était symptomatique d'une tumeur intra-oculaire méconnue.

Depuis l'énucléation cette malade est et reste absolument guérie ; elle porte sans