

des milieux de l'œil. Il y a aussi des troubles de la vision pendant lesquels il semble au malade qu'un voile noir tombe au-devant de ses yeux et enveloppe tous les objets; puis, au bout de quelques minutes, la vue redevient distincte. Enfin le glaucome est précédé par des douleurs ciliaires occupant le front et les tempes, et dues à la compression des nerfs ciliaires.

Qu'il y ait eu ou non des prodromes, l'attaque de glaucome débute généralement la nuit. Elle se caractérise par de violentes douleurs péri-orbitaires, du larmolement, de l'injection conjonctivale, quelquefois même un léger degré de chémosis.

L'œil présente un aspect terne; ce qui tient à la perte du brillant de la cornée, due elle-même, d'après les recherches de Arlt et de Fuchs, à l'œdème de cette membrane. La pupille, largement dilatée et immobile, présente souvent la forme d'un ovale à grand axe transversal; elle a une coloration grisâtre. L'iris est fortement refoulé en avant, et il en résulte une diminution de profondeur de la chambre antérieure. Enfin le tonus de l'œil exploré avec la pulpe des deux index, comme pour chercher la fluctuation, montre que le globe oculaire est dur comme une bille d'ivoire: la cornée a perdu sa sensibilité, ce dont on s'assure en touchant avec le doigt cette membrane, sans déterminer le réflexe palpébral.

Toutes ces modifications peuvent s'accomplir en l'espace de quelques heures et déterminer la perte complète de la vision. On dit alors qu'on a affaire au glaucome foudroyant. Mais le plus souvent les phénomènes inflammatoires se dissipent, et la vue reparait; toutefois, après chaque attaque, le champ visuel se rétrécit de plus en plus, et la vue perd de son acuité. Le rétrécissement porte surtout sur le côté interne ou nasal du champ visuel.

Le trouble des milieux de l'œil ne permet pas l'examen ophthalmoscopique pendant l'attaque de glaucome aigu; mais, si l'on pratique cet examen pendant une période de rémission, on est frappé par des modifications importantes du côté des vaisseaux. Les veines sont larges et flexueuses; les artères, au contraire, sont très minces et présentent des pulsations qui se manifestent spontanément, ou seulement quand on presse légèrement avec le doigt sur le globe oculaire. La cause de ces pulsations est facile à donner; la tension intra-oculaire est tellement exagérée que le sang ne peut pénétrer dans l'œil qu'au moment de la diastole artérielle.

Aux symptômes locaux du glaucome se joignent quelquefois des symptômes généraux. Ce sont: de la fièvre, de l'anorexie et des vomissements. Cet ensemble symptomatique, joint aux douleurs ciliaires violentes, permet de comprendre qu'on ait pu confondre le glaucome avec une attaque de migraine ou un embarras gastrique.

A chaque rechute, la maladie s'aggrave; elle peut enfin passer à l'état chronique.

2° GLAUCOME CHRONIQUE

Dans le glaucome chronique, on distingue deux formes, simple et inflammatoire, suivant qu'il y a ou non des phénomènes de réaction.

a. Glaucome chronique inflammatoire. — Ici la maladie ne se présente plus sous forme d'accès comme dans le glaucome aigu; elle a une marche continue. Les prodromes font rarement défaut. Il y a de la presbyopie et de la névralgie péri-orbitaire. L'œil, et en particulier les veines sous-conjonctivales, sont congestionnés. La cornée présente un aspect terne; la pupille est dilatée; l'humeur aqueuse se trouble, et la chambre antérieure se rétrécit progressivement. L'œil offre la dureté caractéristique. Enfin surviennent dans le cristallin des troubles de nutrition, qui lui donnent une coloration verdâtre, à laquelle la maladie doit son nom; l'opacité cristallinienne peut même être complète, et prend alors le nom de cataracte glaucomeuse.

Mais les deux symptômes essentiels sont: le rétrécissement progressif du champ visuel et l'excavation de la papille. Celle-ci est surtout marquée dans la forme du glaucome chronique simple où nous allons la décrire.

b. Glaucome chronique simple. — C'est cette forme à laquelle de Graefe avait autrefois donné le nom d'amaurose avec excavation du nerf optique. Elle peut succéder au glaucome chronique inflammatoire, les phénomènes phlegmasiques ayant disparu.

Ici les milieux de l'œil conservent à peu près intacte leur transparence; exceptionnellement on constate un léger trouble de l'humeur aqueuse; le seul changement appréciable dans l'aspect extérieur de l'œil consiste en une dilatation de la pupille, dont les mouvements sont lents et paresseux. Il y a une exagération de la tension intra-

oculaire, mais moins marquée que dans les formes précédentes. Le symptôme par excellence, c'est l'*excavation du nerf optique*, reconnaissable aux caractères suivants :

1° Cette excavation atteint la circonférence de la papille; ce qui la distingue des excavations congénitales, dites physiologiques, qui sont toujours partielles;

2° Les bords de la papille sont taillés à pic; à leur niveau, les vaisseaux qui pénètrent dans la papille paraissent être rompus, et sans continuité avec ceux qui tapissent le fond de l'excavation. C'est à cette disposition qu'on donne le nom de crochet des vaisseaux.

3° Au niveau du coude qu'ils décrivent, les vaisseaux offrent un renflement en forme de massue, dû à l'aplatissement du vaisseau au moment de sa réflexion.

3° GLAUCOME HÉMORRHAGIQUE

Cette forme, qui constitue l'une des variétés les plus graves du glaucome, n'est connue que depuis un petit nombre d'années. C'est en 1868 que Liouville trouva la lésion qui la caractérise, savoir : les anévrysmes miliaires des artères rétinienne. En 1869, Laqueur fit, le premier, la description de la maladie sous le nom de glaucome hémorrhagique.

Symptômes et marche. — Le glaucome hémorrhagique est loin d'être rare. On peut, avec M. Panas, lui distinguer deux périodes : l'une de prodromes ou période hémorrhagique, l'autre de glaucome confirmé.

1° **Période prodromique ou hémorrhagique.** — Les anévrysmes miliaires et la sclérose des artères rétinienne ont amené des hémorrhagies le long des vaisseaux; quelquefois même, il s'en fait au niveau de la tache jaune. A cette période, l'affection ne peut être différenciée d'une simple rétinite apoplectique.

Puis, au bout d'un temps plus ou moins long, variant habituellement de quatre à dix semaines (de Graefe), éclatent les phénomènes glaucomeux.

2° **Période de glaucome confirmé.** — L'œil devient dur, la pupille est dilatée et immobile, il y a de l'injection sous-conjonctivale, de la photophobie et du larmolement; enfin, et par-dessus tout, des douleurs ciliaires très violentes, irradiées dans une grande étendue,

due, et pouvant affecter le caractère d'un tic douloureux de la face, comme dans un cas cité par le professeur Panas et que nous avons pu observer avec lui.

Rarement, la vision est perdue dans une seule attaque de glaucome foudroyant; habituellement il y a des attaques successives, mais chacune d'elles amène une diminution de la vue, qui finit tôt ou tard par être abolie complètement.

4° GLAUCOME SECONDAIRE OU CONSÉCUTIF

Sous le nom de glaucome secondaire ou consécutif, on décrit tous les cas dans lesquels l'exagération de la tension intra-oculaire et les phénomènes glaucomeux qui en dépendent, au lieu d'être primitifs, sont consécutifs à un état morbide antérieur de l'œil.

Il n'est presque pas d'affection inflammatoire du globe oculaire qui ne puisse, à un moment donné, devenir le point de départ du glaucome consécutif.

Les kératites, et surtout le pannus de la cornée, et la kératite en fusée ou en bandelette peuvent, soit par irritation directe des nerfs de la cornée, soit en se compliquant d'irido-cyclite, donner naissance au glaucome. Mais ce sont surtout les affections qui se compliquent d'une ectasie partielle des enveloppes de l'œil, comme le staphylome cornéen, les staphylomes scléroticaux, qui sont dangereuses à ce point de vue. Dans ces cas, il y a lutte entre l'hypersécrétion intra-oculaire et la résistance des enveloppes; si cette dernière l'emporte, la tension intra-oculaire est exagérée, la papille du nerf optique est refoulée et excavée; il y a glaucome.

L'iritis séreuse et l'irido-choroïdite peuvent aussi, par le même mécanisme, donner naissance au glaucome consécutif. C'est surtout dans le cas où les adhérences ont interrompu complètement toute communication entre les chambres antérieure et postérieure de l'œil que ce résultat est à craindre.

Les traumatismes, aussi bien accidentels que chirurgicaux, et notamment ceux qui résultent de la discision et de l'abaissement du cristallin, peuvent encore donner naissance au glaucome. A la suite des blessures étendues de la capsule cristallinienne, les masses corticales du cristallin se gonflent, et la compression qu'elles exercent détermine l'irritation des nerfs ciliaires.

Enfin les néoplasmes ou tumeurs développés dans l'intérieur de l'œil, ainsi que nous aurons à le dire plus loin, traduisent à un moment donné leur présence par des phénomènes glaucomateux.

Diagnostic des diverses formes de glaucome. — Il nous suffit de rappeler ici les douleurs névralgiques violentes, la dureté du globe oculaire, l'excavation de la papille, qui empêcheront de confondre le glaucome avec toute autre affection. Pour peu que l'attention soit portée vers l'œil, on ne confondra pas le glaucome avec la migraine ou l'embarras gastrique. La dilatation de la pupille, l'aspect terne de la cornée, la forme particulière de l'injection oculaire, empêcheront la confusion, soit avec l'iritis, soit avec la conjonctivite. Mais ce que nous voulons par-dessus tout faire observer, c'est qu'il ne faut pas inconsidérément instiller de l'atropine dans l'œil pour faciliter l'examen ophthalmoscopique. On a vu en effet des cas dans lesquels une seule instillation d'atropine a suffi pour déterminer une attaque aiguë de glaucome, et même un glaucome foudroyant. Il faut donc, avant tout, s'assurer qu'il n'y a pas exagération de la tension intra-oculaire.

Traitement du glaucome en général. — Le pronostic du glaucome, bien que toujours fort grave, a été cependant singulièrement atténué par l'intervention de l'iridectomie. On peut dire que cette opération, introduite en 1857, par de Graefe, dans la thérapeutique du glaucome, est une des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne.

C'est surtout dans les formes aiguë et inflammatoire chronique que l'iridectomie donne d'heureux résultats. Mais, pour cela, l'iridectomie doit remplir les conditions suivantes : 1° comprendre une large portion ($\frac{1}{4}$ environ) de l'iris; 2° être étendue jusqu'au bord ciliaire, c'est-à-dire être aussi périphérique que possible. De cette façon, on évite les hernies consécutives de l'iris et leurs fâcheuses conséquences.

Mais l'iridectomie dans le glaucome est une opération délicate; elle ne réussit pas toujours à remplir le but; enfin, on l'a même accusée de déterminer l'apparition de phénomènes glaucomateux sur le second œil, ce qui ne saurait arriver en dehors d'une prédisposition spéciale. Aussi a-t-on cherché à lui substituer un certain nombre d'autres opérations.

Hancock, faisant jouer à la contraction du muscle ciliaire un rôle

dans la production du glaucome, a conseillé la section du muscle ciliaire, depuis longtemps abandonnée.

Le professeur Le Fort, partant de cette idée que les accidents glaucomateux sont dus à l'accumulation de sérosité entre la choroïde et la sclérotique, a fait une sclérotomie consistant en une ponction oblique de la sclérotique avec une aiguille à cataracte, au voisinage de l'équateur de l'œil. — MM. Gailliet (de Reims) et Nicati ont depuis lors pratiqué des sclérotomies analogues.

Wecker et Quaglino (de Milan) ont conseillé une sclérotomie faite, non plus au niveau de l'équateur de l'œil, mais bien dans le limbe scléro-cornéen. Les cas qui sont justiciables de cette sclérotomie sont précisément ceux où l'iridectomie donne les moins bons résultats, savoir le glaucome chronique simple ou le glaucome hémorragique, dans lequel l'excision de l'iris provoque quelquefois de graves hémorragies. Disons que, dans cette terrible affection, bien souvent tous les moyens échouent, et l'énucléation reste entre les mains du chirurgien comme la seule ressource pour calmer les violentes douleurs du malade.

Dans ces dernières années, le professeur Badal (de Bordeaux) et le docteur Trousseau, dans sa thèse inaugurale, ont conseillé l'élongation et l'excision du nerf nasal externe comme moyen d'enrayer le glaucome; mais ce moyen, propre à enrayer les douleurs, ne suffit pas à enrayer le processus glaucomateux.

En résumé, l'iridectomie et la sclérotomie semblent aujourd'hui les deux opérations applicables au traitement du glaucome. Chacune d'elles a des indications qu'il faudra établir dans les cas particuliers. Le docteur Dianoux (de Nantes) a conseillé, après la sclérotomie, le massage de l'œil, de façon à entretenir la filtration des liquides à travers la cicatrice et à rendre persistants les bons effets de l'opération.

Mentionnons, en terminant, les services que peuvent rendre les instillations d'ésérine et la pilocarpine dans le traitement du glaucome, en diminuant la tension intra-oculaire. Les révulsifs sur le tube digestif, les applications de sangsues à la tempe, les injections hypodermiques de morphine, pour calmer les douleurs, ne sont que des moyens adjuvants.

b. — CHOROÏDITE PLASTIQUE OU EXSUDATIVE. — CHOROÏDITE DISSÉMINÉE.
CHOROÏDITE ARÉOLAIRE DE FORSTER. — ATROPHIE CHOROÏDIENNE.

Cette affection a reçu un grand nombre de noms différents : on l'a appelée choroidite plastique, exsudative, ou encore choroidite disséminée. Nous y rattacherons l'atrophie choroidienne, dont quelques auteurs ont voulu faire une variété spéciale, mais qui n'est le plus souvent que le résultat de la choroidite exsudative.

Étiologie. — Souvent les causes de la choroidite exsudative sont fort obscures. Quelquefois elle vient compliquer une scléro-choroidite postérieure chez un myope; chez la femme, elle se lie parfois aux accidents de la ménopause. On l'a vue à la suite de maladies graves, telles que la fièvre puerpérale, et, chez les enfants, les affections typhoïdes et méningitiques. L'arthritisme peut aussi lui donner naissance. Mais sa cause la plus fréquente, c'est la syphilis; souvent elle succède à une iritis de même nature. Hutchinson l'a signalée même comme un des accidents possibles de la syphilis héréditaire.

Symptômes. — Dans quelques cas, la maladie se développe insidieusement, et, à part le trouble de la vision, rien ne vient révéler au dehors l'altération de la choroïde. D'autres fois, au contraire, il y a une injection périkeratique très marquée.

Le corps vitré a pu devenir tellement trouble que tout examen ophthalmoscopique est rendu impossible. Mais c'est ce dernier qui permet de constater les signes caractéristiques de l'affection.

Au début ce sont des taches d'un rouge sombre : puis, bientôt ces taches pâlisent, elles deviennent grisâtres au centre, tandis qu'à leur périphérie s'accumule un pigment noir. Plus tard enfin, la plaque prend une coloration blanche, entourée d'une bordure de pigment; çà et là, on observe aussi des plaques entièrement noires. Les plaques blanches dues à l'atrophie de la choroïde arrivent parfois à se confondre; en même temps l'humeur vitrée se ramollit et présente dans son intérieur un grand nombre d'exsudats mobiles auxquels on donne le nom de corps flottants. Cet état particulier du corps vitré, appelé *synchisis*, ne doit pas être confondu avec la variété qu'on nomme *synchisis étincelant*, et dans laquelle les exsudats brillants sont dus à des paillettes de cholestérine.

La choroidite disséminée d'origine syphilitique présente des caractères

spéciaux. Tandis que la choroidite disséminée simple occupe de préférence les parties équatoriales du globe, d'où elle se propage vers le pôle postérieur, celle qui est due à la syphilis se localise d'emblée au pôle postérieur de l'œil, où l'on peut voir une fine poussière répandue dans le corps vitré, et voilant la papille. Les exsudats auxquels donne lieu la choroidite spécifique se présentent souvent en groupes dont la disposition circinée affecte une analogie de figure avec les éruptions cutanées de la syphilis. Enfin il semble que, dans cette variété, l'inflammation se propage plus facilement vers la rétine que dans les autres formes; aussi lui a-t-on donné avec raison le nom de chorio-rétinite syphilitique. C'est à la migration du pigment rétinien que sont dues les taches noires que nous avons signalées.

Sous le nom de choroidite aréolaire, Forster a décrit une variété caractérisée par des plaques atrophiques blanchâtres, parfaitement circonscrites, siégeant surtout au pôle postérieur de l'œil. De ces taches, les plus larges occupent les environs de la macula; elles deviennent plus petites, en approchant de l'équateur de l'œil. Dans leur intervalle, la choroïde est saine; l'humeur vitrée conserve sa transparence. Cette forme paraît toujours liée à la syphilis.

Les troubles fonctionnels consistent surtout en une gêne considérable de la vision. Les malades ne voient les objets qu'à travers un nuage plus ou moins épais. Ils se plaignent d'apercevoir des scotomes ou mouches volantes, produites par les exsudats du corps vitré. C'est surtout quand la lésion est développée au niveau de la macula que la vision est défectueuse. On comprend sous ce rapport toute la gravité de la choroidite syphilitique, limitée, comme nous l'avons dit, au pôle postérieur de l'œil.

La marche est généralement lente; mais les récidives sont fort à craindre.

Le traitement doit s'adresser tout d'abord à la cause générale : traitement mixte dans la syphilis, salicylate de soude dans le rhumatisme. Même dans la choroidite disséminée simple, l'iodure de potassium est utile pour favoriser la résorption des exsudats.

Les émissions sanguines, sangsues et ventouses Heurteloup, les révulsifs à la tempe, les dérivatifs sur le tube digestif, enfin les sudorifiques (injections de pilocarpine, décoction de Zittmann) sont les moyens locaux à employer.

Les courants continus faibles, appliqués d'une tempe à l'autre, ou

du front à l'occiput, sont très utiles pour activer la résorption des exsudations du corps vitré. Ils sont conseillés par M. Panas; M. Giraud-Teulon les a préconisés dans un mémoire à l'Académie de médecine.

c. — CHOROÏDITE PARENCHYMEUSE ET SUPPURATIVE. — PANOPHTHALMIE.

Les choroïdites parenchymateuse et suppurative doivent être rapprochées l'une de l'autre; car, elles ont pour caractère commun de se développer primitivement dans l'épaisseur même de la choroïde, dans la couche chorio-capillaire. Elles diffèrent seulement par leur évolution, l'une aboutissant à la formation de produits plastiques qui s'organisent, tandis que l'autre donne naissance à la suppuration.

La choroïdite parenchymateuse a le plus souvent pour cause un traumatisme, ou encore une ophthalmie ulcéreuse chez des enfants scrofuleux. L'état général a, en effet, une grande influence sur son développement. On l'a vue à la suite de maladies graves, et en particulier, après la méningite cérébro-spinale épidémique; elle a été mise alors sur le compte de troubles neuro-paralytiques.

Elle se caractérise dès le début par un trouble considérable de l'humeur vitrée. Les exsudations dans l'épaisseur de la choroïde donnent lieu à des masses si volumineuses qu'elles sont visibles dans le champ pupillaire, et peuvent être prises pour des sarcomes de la choroïde. L'injection périkératique est très prononcée; il y a du chémosis; la vue baisse rapidement; elle peut même se perdre tout d'un coup par suite du décollement de la rétine.

La terminaison habituelle, c'est l'atrophie ou phthisie du globe de l'œil. C'est dans ces cas qu'on trouve souvent des ossifications de la choroïde dans des yeux qui ont été le point de départ d'ophthalmie sympathique.

La choroïdite suppurative a, comme la précédente, son point de départ dans la couche chorio-capillaire (Schweigger). Comme elle, elle peut résulter de traumatismes, soit accidentels, soit chirurgicaux. C'est la plus grave complication qui puisse se montrer à la suite de l'extraction de la cataracte. Les ophthalmies graves, telles que l'ophthalmie purulente et diphthéritique, lui donnent quelquefois naissance. Les états généraux graves, fièvre typhoïde, méningite, et surtout les états septicémiques, sont au nombre de ses causes les plus

importantes. C'est principalement à la suite des fièvres puerpérales graves et de la phlébite des veines ombilicales, chez le nouveau-né, qu'on la voit se développer. On la rencontre plus rarement à la suite de l'infection purulente chirurgicale.

La choroïdite purulente débute sous la forme d'une ophthalmie violente. Les symptômes ne sont autres que ceux du phlegmon de l'œil ou panophtalmie, avec lequel elle se confond. Il y a une injection vasculaire et un chémosis considérables; les paupières sont gonflées; le tissu cellulaire de l'orbite est lui-même enflammé, d'où la difficulté des mouvements du globe de l'œil. Celui-ci est dur et très douloureux à la pression. Les douleurs ont le caractère de battements analogues à ceux qu'on observe dans le panaris; elles s'irradient au front, à la tempe, à l'oreille, à la mâchoire supérieure, et même à toute la moitié correspondante de la tête.

La cornée devient insensible au toucher, elle se trouble, s'infiltré de pus; du pus se dépose aussi dans la chambre antérieure (hypopion); enfin la perforation de l'œil survient, soit au niveau de la cornée, soit, ce qui est plus rare, au niveau de la sclérotique.

La vision ne tarde pas à être abolie; cependant, au début, il y a de la photophobie et du larmolement. On observe même de la photopsie, traduisant l'excitation de la rétine.

La panophtalmie s'accompagne quelquefois de symptômes généraux graves, frisson, fièvre, et même délire et convulsions. La terminaison mortelle est quelquefois annoncée par le coma. Mais les symptômes généraux sont loin d'avoir toujours une aussi haute gravité, et dans des cas de choroïdite suppurative circonscrite, on voit parfois le pus se faire jour au dehors, et l'œil s'atrophier, sans donner naissance à des symptômes généraux.

Le pronostic est grave, non seulement au point de vue de l'œil qui se perd, soit par rupture brusque, soit par atrophie lente; mais même pour l'existence. La mort est alors la conséquence de l'état général grave qui a donné naissance à la panophtalmie; ou bien elle résulte d'un phlegmon de l'orbite, compliqué lui-même de phlébite de la veine ophthalmique et de méningite.

Le diagnostic doit être fait avec la conjonctivite purulente; mais, dans la panophtalmie, la conjonctive ne sécrète que fort peu de pus. La confusion avec le phlegmon de l'orbite sera évitée par ce fait que la panophtalmie n'occasionne pas une saillie au dehors du globe

de l'œil (exophthalmie) et une gêne de ses mouvements aussi considérable que le phlegmon orbitaire. De plus, il y a, dans la panophtalmie, les signes de suppuration du côté de l'iris et de la cornée, qui font défaut dans le phlegmon de l'orbite.

Le traitement doit s'efforcer au début d'empêcher la suppuration. Pour cela, on aura recours aux applications de glace et aux émissions sanguines, si l'état général du malade le permet. On fera sur le chémosis des scarifications. Quand le point de départ de la suppuration est dans une plaie de la conjonctive ou de la cornée, on emploiera les collyres modificateurs au nitrate d'argent et au sulfate de zinc, dans l'espoir d'arrêter la formation du pus. Les frictions mercurielles au pourtour de l'orbite, le calomel à l'intérieur donné jusqu'à salivation, ont été également conseillés.

Enfin, quand la suppuration est produite, on soulagera les douleurs par les applications chaudes et les injections de morphine. On donnera issue au pus épanché dans la chambre antérieure par une paracentèse de la cornée. Si ce moyen est insuffisant, on pratiquera même un large débridement du globe de l'œil. L'énucléation restera le dernier moyen à employer ; elle aura l'avantage de débarrasser le malade d'un organe inutile, qui lui cause d'affreuses souffrances, et qui est la menace d'un danger permanent d'ophtalmie sympathique sur le second œil.

VI

MALADIES INFLAMMATOIRES ET TROUBLES DE NUTRITION DE LA RÉTINE
ET DU NERF OPTIQUE

Les affections dont nous allons parler rentraient toutes, avant la découverte de l'ophtalmoscope, dans le groupe des amauroses, c'est-à-dire des maladies caractérisées par la perte plus ou moins complète de la vision, sans lésion appréciable. Au fur et à mesure que les études ophtalmoscopiques se sont perfectionnées, ce groupe a été dissocié, et aujourd'hui on n'emploie plus guère le nom d'amaurose et d'amblyopie que pour désigner certains troubles de la vision qui succèdent à l'abus du tabac, de l'alcool, à l'intoxication saturnine (amblyopies toxiques).

A. — MALADIES DE LA RÉTINE

1° RÉTINITES

Ce qui fait l'intérêt des maladies inflammatoires de la rétine, c'est que la plupart d'entre elles se lient à l'existence de maladies générales, d'où le nom de *rétinites secondaires* ou *symptomatiques* qui leur est donné. De ce nombre sont la rétinite albuminurique et la rétinite syphilitique. Les autres sont des maladies primitives ou idiopathiques de la rétine. La plus importante de ce groupe est la rétinite pigmentaire.

a. — RÉTINITE ALBUMINURIQUE

Un grand nombre de médecins, Bright, Christison, Rayet, Landouzy (de Reims), avaient attiré l'attention sur les troubles oculaires qui peuvent survenir dans le cours de l'albuminurie. Privés des ressources de l'examen ophtalmoscopique, il avaient décrit ces troubles sous le nom d'amblyopie albuminurique.

C'est Türck qui, le premier, signala certaines altérations anatomiques de la rétine, dans ces cas ; l'étude ophtalmoscopique en fut faite surtout par Liebreicht, Forster, de Graefe, etc.

Étiologie et pathogénie. — C'est surtout dans les formes chroniques de l'albuminurie qu'on rencontre la rétinite. Mais il s'en faut de beaucoup qu'elle se montre dans tous les cas (on ne la rencontre que 6 à 7 fois sur 100, d'après Forster), ou qu'elle se lie à la quantité d'albumine excrétée.

L'albuminurie de la grossesse et celle de la scarlatine se compliquent fréquemment de rétinite.

Quant à la pathogénie de l'affection, elle ne laisse pas que d'être assez obscure ; on peut, avec M. Panas, incriminer les troubles mécaniques de la circulation, *modifications hémato-dynamiques*, et les altérations du sang, *modifications hémato-chimiques*.

Les rétinites albuminuriques de la grossesse et de la scarlatine tiendraient à des modifications chimiques passagères du liquide sanguin, à des troubles temporaires de la circulation (compression et gêne de la circulation rénale dans les derniers mois de la grossesse) : d'où la possibilité de leur guérison. Dans les néphrites chroniques, au