

arrondie, rouge-jaunâtre, à contours nettement dessinés, faisant saillie dans le corps vitré; la surface de la tumeur est sillonnée par les vaisseaux de la rétine, qui ne sont nulle part interrompus dans leur trajet. Sur un plan plus profond, se voit plus ou moins distinctement le tissu de la choroïde, reconnaissable à la disposition des vaisseaux et du pigment. Le diagnostic offre parfois des difficultés, lorsque la coloration de la tumeur est modifiée par la production d'exsudats et de matière plastique. On peut alors croire que le fond de l'œil est le siège d'une production de mauvaise nature.

ARTICLE III.

Tubercules de la choroïde.

Les tubercules de la choroïde ont été signalés par Manz et Ed. Jæger. D'après les observations de ce dernier, ils sont toujours accompagnés de tubercules dans d'autres organes de l'économie. Ils se présentent sous la forme de petits nœuds, d'un blanc ou d'un gris jaunâtre, arrondis ou légèrement irréguliers, opaques, mous au toucher et cependant consistants, du volume d'une graine de pavot à celui d'un grain de millet, développés dans le tissu choroïdien. Le stroma, le pigment et les petits vaisseaux de la choroïde sont en partie déplacés, en partie remplacés par la masse tuberculeuse. Au microscope, on trouve qu'ils ont la même organisation que les tubercules miliaires des autres parties du corps. Ils sont formés d'une masse fondamentale finement granuleuse, avec de petites agglomérations de noyaux. Les cellules ont différentes formes et une grandeur variable; quelques-unes ont subi la transformation graisseuse. On trouve aussi des noyaux libres et une masse amorphe très-consistante, des fibres ou du tissu conjonctif de nouvelle formation.

Les symptômes varient: tantôt les tubercules se développent sans inflammation de la choroïde; tantôt celle-ci offre une hyperhémie plus ou moins prononcée et des exsudats. La vision n'est altérée qu'autant que le produit morbide se forme dans la région de la tache jaune (Ed. Jæger).

A l'examen ophtalmoscopique, et à un grossissement de quinze diamètres, on aperçoit une masse d'un blanc jaunâtre ou d'un jaune citron, arrondie, ovale ou irrégulière, épaisse, du volume d'une lentille à celui d'une section qu'on ferait à travers le nerf optique, à surface veloutée, à bords recouverts en partie de pigment. On découvre une seule ou plusieurs masses, tantôt disséminées, tantôt en groupes.

ARTICLE IV.

Tumeurs diverses de la choroïde. Sarcome. Tumeur dermoïde.

Ossification. Affection colloïde.

1° Le docteur Dor a rapporté une observation de sarcome avec mélanose de la choroïde. Une dame, à laquelle j'ai pratiqué l'extirpation de l'œil, était affectée d'un *cancer mélanique* de la choroïde.

2° Le docteur Follin a trouvé, dans l'œil du cadavre d'une femme de soixante et dix ans, entre la rétine et la choroïde, à la partie supérieure du globe, une production jaunâtre dont la face choroïdienne était chagrinée, grenue, traversée par des sillons comme la peau, et *recouverte de poils* de diverses grosseurs, au nombre d'environ vingt-cinq, prenant naissance dans la profondeur des sillons cutanés. Examinée au microscope, la production morbide a été trouvée composée de plusieurs couches analogues à celles qui représentent la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; les bulbes pileux venaient aboutir à la couche fibro-celluleuse la plus profonde.

3° L'*ossification* de la choroïde est rare: Scarpa et Mannoury (de Chartres) en ont rapporté des exemples.

4° *Affection colloïde de la choroïde*. Sous ce nom, Donders, H. Muller et Hulke ont décrit une altération des cellules pigmentaires de la *lame élastique* de la choroïde, consistant en une ossification de ces éléments. La dénomination n'est pas heureuse, parce qu'elle rappelle celle d'une variété de cancer avec laquelle la dégénérescence de la choroïde n'a aucune relation.

SECTION XVIII.

MALADIES DE LA RÉTINE ET DU NERF OPTIQUE.

CHAPITRE I.

ANOMALIES DE LA RÉTINE ET DU NERF OPTIQUE.

L'*absence congéniale* de la rétine a été signalée par Malacarne, Acharius, Klinkosch et Arnold. Le *décollement congénital* par d'Ammon.

La papille optique n'occupe pas toujours, dans l'œil, la place qu'on lui assigne généralement, c'est-à-dire 3 millimètres en dedans et 1 millimètre en bas du centre de figure de la rétine. On reconnaît facilement cette anomalie à l'examen ophtalmoscopique; pour découvrir la papille optique, il faut faire diriger l'œil plus en dehors que dans l'état ordinaire.

Parmi les modifications de structure de la rétine qui existent dans les cas d'*amblyopie congénitale*, il en est un certain nombre qui échappent à l'examen ophtalmoscopique. Il en est une, bien apparente, qui a été signalée par Liebreich sous le nom de *faisceaux nerveux à contour opaque* de la rétine; que d'autres ont appelée *fibres nerveuses à moelle*. On sait qu'à partir de la lame criblée, le nerf optique devient transparent, et que c'est à la faveur

de cette circonstance que la rétine elle-même, formée par l'épanouissement des fibres du nerf, est transparente et nous permet de voir, à l'ophtalmoscope, les vaisseaux de cette membrane et ceux des parties subjacentes. Cette transparence paraît être la conséquence de ce que les fibres nerveuses perdent leur *contour opaque*. Si, par exception, les mêmes fibres conservent ce contour, les portions correspondantes de la rétine deviennent opaques. Cette altération de la rétine se présente, à l'ophtalmoscope, sous la forme d'une plaque d'un blanc éclatant, plus ou moins étendue, tantôt très-rapprochée de la papille qui peut elle-même être envahie par l'altération, tantôt plus ou moins éloignée du nerf optique. Les vaisseaux de la rétine, ceux de la papille, sont masqués dans les points où existe la plaque. Celle-ci se termine, sur les bords, par une foule de raies blanches placées parallèlement les unes à côté des autres, ce qui donne à la circonférence de la plaque l'aspect de languettes. Parfois la même altération de la rétine se présente sous forme de petites aigrettes ou de quelques rayons isolés. Ces dernières particularités permettent de distinguer les fibres nerveuses à contour opaque de la rétine des exsudats de cette membrane et de la scléro-choroïdite postérieure.

On a cité des cas de *coloboma* de la rétine compliquant le coloboma de l'iris et de la choroïde.

Les vices de conformation du *nerf optique* sont également nombreux. L'*atrophie congéniale* de ce cordon a été constatée par plusieurs médecins. Seiler et Cerutti ont trouvé les nerfs optiques et d'autres nerfs du cerveau, réduits à leur névrilème, chez un hydrocéphale. Chez des nouveau-nés atteints de cette monstruosité, chez les *anophtalmes*, on a noté l'*absence partielle* ou *totale des nerfs optiques*. Une anomalie, plus fréquente, est l'arrêt de développement du nerf optique; lésion reconnaissable à l'ophtalmoscope aux mêmes caractères que l'*atrophie* du nerf optique (voy. plus loin).

Le *coloboma de la gaine de nerf optique* est une lésion rare. Il en est de même des vices de conformation suivants : l'*absence du chiasma des nerfs optiques*, existant seule, ou avec d'autres vices de conformation du cerveau, tels que la *microcéphalie* et l'*hémicéphalie*. Chez des cyclopes, on a vu les *nerfs optiques unis* entre eux pendant tout leur trajet.

Les *vaisseaux* de la papille optique, ceux de la rétine, présentent des arrêts de développement dont il importe de tenir compte pour apprécier certains troubles de la vision. A. de Græfe a observé un enfant de dix ans, dans l'œil droit duquel il n'existait pas un seul vaisseau ni sur la rétine, ni sur la papille. Il est plus fréquent de rencontrer des sujets chez lesquels les vaisseaux de la papille et de la rétine sont moins nombreux et d'un calibre moins considérable qu'à l'état normal; la vue a toujours été mauvaise depuis l'enfance. Cet état a été désigné sous le nom d'*anémie de la papille et de la rétine*.

CHAPITRE II.

INFLAMMATION DE LA RÉTINE.

L'étude de l'inflammation de la rétine est de date récente. Jusqu'à l'époque où l'ophtalmoscope a été introduit dans l'oculistique, on ne possédait sur ce sujet que des notions vagues. On rapportait à cette inflammation certains symptômes, sans vérifier, par l'examen direct, si la rétine est réellement compromise dans les manifestations morbides qu'on observe. Sichel, Weller, Rognetta, Mackenzie ont décrit, sous le nom de *rétinite*, d'autres états pathologiques de l'œil que nous rapportons aujourd'hui à l'*anesthésie* de la rétine, l'*asthénopie*, la *scléro-choroïdite*, etc.

§ 1. Rétinite aiguë.

Il ne nous paraît pas démontré qu'il existe une *rétinite aiguë*. Ce qui a été décrit sous ce nom, dans les observations de Cunier, Rivaud-Landrau, W. Cooper, se rapporte soit à une *hyperesthésie de la rétine*, soit à une *congestion* passagère de la *choroïde*.

§ 2. Rétinite chronique.

L'inflammation chronique de la rétine est liée le plus souvent à une phlegmasie de la choroïde. On distingue, dans cette affection, deux degrés : l'*hyperhémie* de la rétine et de la papille, et la *rétinite* proprement dite.

(a) *HYPERHÉMIE DE LA RÉTINE ET DE LA PAPILLE*. L'ophtalmoscope démontre, dans ce cas, un accroissement dans le nombre des vaisseaux de la papille et de la rétine. La papille optique, d'un blanc rosé dans l'état normal, offre une teinte d'un rose plus ou moins vif; le nombre de vaisseaux qui rampent à la surface du disque est plus considérable; toutefois, nous n'avons jamais constaté une multiplication aussi forte que le disent quelques ophtalmologues, qui assimilent, dans ce cas, l'aspect de la papille à celui de la cornée dans le *pannus* granuleux. On a aussi prétendu qu'alors la papille ressort moins manifestement sur le reste de la rétine parce que les vaisseaux dont elle est couverte en cachent les limites. Il est possible que cela se passe ainsi chez quelques sujets; mais il importe de ne pas oublier que, même chez des sujets qui n'accusent aucun trouble de la vision, dans la rétine desquels on ne découvre aucune congestion, la papille est quelquefois tellement mal accentuée qu'on ne la reconnaît que par le point d'émergence des vaisseaux centraux. J'ai cité des faits de ce genre dans mon *Traité des maladies des yeux* (t. I, p. 25). Il est aussi parfois difficile de reconnaître si le reste de la rétine est véritablement le siège d'une hyperhémie. Il y a de grandes variétés individuelles, sous le rap-