

le nom d'*hydropisie sous-rétinienne*. De cette manière nous éviterons des subdivisions au moins inutiles.

Albinisme. — Les Albinos, par suite d'un manque de pigmentum de la choroïde et de l'iris, ont un aspect particulier qui mérite que l'on s'en occupe un instant ici. Ceux pour lesquels on m'a consulté étaient photophobes; quelques-uns, atteints en outre de nystagmus; aucun n'était myope, ce qui est contraire à l'observation d'autres médecins. Les malades que j'ai eu occasion d'examiner regardaient de près, il est vrai; mais c'était par impuissance de la rétine, non par myopie, car les verres concaves n'apportaient aucune amélioration à leur état.

Les Albinos recherchent un demi-jour pour voir; jamais ils ne se tournent vers la lumière, à moins qu'ils n'y soient absolument contraints. Ils ont les cils blancs, les iris d'un blanc bleuâtre, la pupille violacée. Si on les observe dans certaines conditions de lumière, on aperçoit un reflet rouge cuivre, renvoyé par le fond de l'œil, semblable, au reste, à ce que l'on voit sur quelques malades qui ont perdu le pigmentum choroïdien.

J'ai vu un seul Albinos amaurotique; les autres, au nombre de six ou huit peut-être, avaient la vue excessivement faible. Je me suis borné à leur conseiller des conserves bleu foncé complètement entourées de taffetas noir, et ils s'en sont trouvés soulagés.

Atrophie. — C'est une maladie des plus fréquentes et qui provoque constamment une amblyopie à divers degrés, quelquefois une amaurose complète par suite des altérations qui frappent consécutivement la rétine. On ne peut donc indiquer aucun signe physiologique précis qui puisse la faire reconnaître.

Elle est souvent la terminaison de l'inflammation chronique de la choroïde; on la voit se manifester sur des yeux qui en apparence n'ont jamais souffert.

Ses caractères ophthalmoscopiques varient singulièrement suivant la couche qui est atteinte. L'atrophie de la première couche se distingue d'abord sous la forme d'une plaque jaunâtre orangée qui remplace la teinte rosée normale, et que l'on trouve le plus souvent près du nerf optique, mais qui apparaît aussi à d'autres endroits. Plus tard, souvent pour peu de temps, si le mal continue, cette teinte jaune orangée est remplacée par une tache brune assez limitée. Si le mal se généralise, le fond de l'œil devient brunâtre sale; il se strie partout de raies blanchâtres sinueuses et ressemble assez à une peinture rouge que l'on aurait grattée inéga-

lement, ou bien encore à un tissu de belles couleurs différentes qui aurait déteint dans l'eau et dont on ne verrait plus que la trame salie et usée. L'atrophie de la seconde couche, ou couche capillaire de la choroïde, est rare; elle se caractérise par l'oblitération d'une partie du réseau capillaire, et par la disparition de la couleur rouge au-dessous de laquelle on voit les gros vaisseaux. L'atrophie de la troisième couche, ou couche vasculaire confondue avec le stroma, est souvent observée, soit sur une partie, soit dans une très grande étendue; il n'est pas probable que, même dans la scléro-choroïdite, la membrane disparaisse en totalité. C'est dans cette condition que l'on voit le pigmentum, distribué si régulièrement autour des vaisseaux dans l'état normal, s'accumuler par place, piquer le fond de l'œil, le moucheter comme la peau du tigre, et disparaître entièrement çà et là, de manière à laisser voir, comme dans la plaque blanche nacree, caractéristique de la scléro-choroïdite, d'autres plaques semblables, souvent très larges et très nombreuses, disséminées dans tout le fond de l'œil, et qui sont formées par la sclérotique vue par transparence à travers la choroïde amincie.

Indépendamment de ces caractères que nous avons déjà en partie étudiés plus haut (voy. p. 416), on doit encore rechercher les altérations diverses qui peuvent siéger dans la rétine, la papille, le corps vitré, etc.

L'atrophie de la choroïde est incurable; mais on comprend que si elle est partielle, bien limitée, ancienne, et qu'elle siège loin de la macula, la vision n'en soit nullement atteinte.

CHAPITRE X.

MALADIES DU CORPS CILIAIRE.

Si, avec Winslow, on regarde la choroïde et le corps ciliaire comme ne formant qu'une seule et même membrane, il sera facile de concevoir que les maladies de l'une réagissent sur l'autre, et que toutes les fois que la choroïde est enflammée, le corps ciliaire participe au mal à un degré variable, et réciproquement. Si, au contraire, on considère le corps ciliaire et la choroïde isolément, on pourra décrire des maladies parfaitement distinctes, quant au siège, mais qui ne seront en réalité jamais indépendantes les unes des autres. Rien n'empêche sans doute d'admettre, comme dans

ces derniers temps a fait Bérard, une inflammation du corps ciliaire, ou *cyclite*, ni de faire des descriptions particulières pour les staphylômes simples ou hernies, les staphylômes multiples (*circsophthalmie*), les blessures et les autres affections du corps ciliaire que nous avons étudiées en parlant des maladies de la choroïde; mais pour la plupart elles ne seraient ici, en vérité, que des redites fastidieuses (1).

CHAPITRE XI.

MALADIES DE LA RÉTINE ET DE LA PAPILLE DU NERF OPTIQUE.

SECTION PREMIÈRE.

Maladies de la rétine.

Les maladies de la rétine sont nombreuses; pour les étudier aussi complètement que l'état de la science le comporte, on doit savoir: 1^o se servir avec facilité de l'ophthalmoscope, 2^o mesurer le champ de la vision (2), 3^o éviter toute confusion entre ces maladies et celles de l'accommodation.

Nous étudierons avec soin les maladies principales telles que la rétinite et ses conséquences, l'apoplexie, les décollements,

(1) Consultez Hasner; voy. aussi d'Ammon, *loc. cit.*, pl. VIII, pour les maladies du corps ciliaire.

(2) Pour mesurer le champ de la vision, on place le malade à 25 centimètres d'une grande feuille de papier attachée sur un mur, à la hauteur des yeux. L'œil non soumis à l'examen est couvert. Un point noir est dessiné sur le papier, en face de la pupille, et le malade ne doit pas cesser de le fixer pendant tout le temps de l'expérience. Si l'œil est sain, il verra les autres points noirs que le chirurgien dessinera dans toutes les directions. Pour déterminer les limites naturelles du champ visuel, on tiendra compte de la saillie plus ou moins grande du nez, de la place qu'occupe la paupière supérieure par rapport à la pupille et aux rapports de l'œil et du bord externe de l'orbite. On n'oubliera pas qu'à la distance de 3 ou 4 pouces, en dehors du point fixé, se trouve la *tache aveugle*, espace limité dans lequel l'œil physiologique ne perçoit aucun objet. — Lorsqu'on se tient à 25 centimètres, ce manque naturel de perception ne doit pas s'étendre à une surface de plus de 2 ou 3 centimètres. Si la rétine est malade, le champ de la vision se rétrécit dans une étendue plus ou moins grande quelquefois d'un seul côté, souvent de tous les côtés à la fois, et de telle sorte qu'au lieu d'apercevoir toutes les limites de la feuille de papier attachée au mur, l'œil observé ne perçoit plus qu'à une distance fort rapprochée du point noir qu'il fixe. La destruction de la rétine peut être assez souvent dessinée ainsi dans sa forme en même temps que dans son

l'encéphaloïde; mais nous consacrerons peu de lignes, faute de place, à des maladies de moindre importance. Nous en négligerons complètement quelques-unes encore mal étudiées, telles que l'*altération granuleuse*, etc.

Nous classerons dans les maladies de la rétine l'héméralopie, la nyctalopie et d'autres affections analogues, bien qu'elles appartiennent aussi souvent à une maladie de l'encéphale qu'à un état morbide de l'œil.

ARTICLE PREMIER.

ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT, OU IMPUISSANCE CONGÉNITALE DE LA RÉTINE ET DE L'APPAREIL OPTIQUE CÉRÉBRAL.

Cette maladie est assez fréquente, on l'observe à divers degrés de gravité.

Les personnes qui en sont atteintes ne sont ni myopes ni presbytes, c'est-à-dire qu'elles ne voient pas bien de près, quoique pour lire elles tiennent généralement le livre fort rapproché des yeux, et que d'un autre côté les objets distants leur échappent; elles ont besoin d'une lumière intense pour lire, comme les vieillards les plus presbytes; mais ce qui distingue leur état de la presbytie, c'est que les objets éloignés leur ont toujours échappé et qu'elles ne trouvent pas de lunettes pour les apercevoir. Le soir, la plupart sont gênées pour se conduire, même dans une ville aussi bien éclairée que Paris.

Un enfant de 10 ans, très peu intelligent, que j'ai vu avec M. Blache, m'a présenté un degré fort élevé de cette maladie: les yeux sont fort beaux et n'offrent aucune anomalie apparente. Avec l'ophthalmoscope je reconnais seulement une anémie de la papille et de la rétine. Les vaisseaux sont rares et d'une finesse extrême. L'enfant tient le livre appuyé contre le nez et ne lit que d'un œil, tantôt de l'un, tantôt de l'autre. Il ne saisit qu'une syllabe à la fois et ne prononce jamais un mot couramment, mais avec un temps d'arrêt pour chaque syllabe composée de deux lettres. Quand la syllabe a quatre lettres, il double le temps de

étendue. J'ai observé des malades qui lisaient encore sans difficulté et chez lesquels le champ visuel était réduit à quelques pouces. La scléro-choroïdite que nous avons décrite plus haut exige la mensuration du champ visuel; il en est de même de toutes les maladies dans lesquelles la rétine ou le nerf optique peuvent être atteints. On doit encore faire cette recherche, au point de vue négatif, dans toutes les maladies de l'accommodation.