

châtre apparaît ensuite; elle provient de l'opacification de la rétine. Plus tard le trouble de la cornée, du cristallin, du vitré et le ramollissement définitif et progressif du globe, rendent impossible tout examen ophtalmoscopique. Le trouble blanchâtre de la rétine est un signe précoce et certain de la mort que l'on peut utiliser.

CHAPITRE II

MEMBRANES ET MILIEUX

§ 151. **Cornée.** — Les irrégularités astigmatiques de la cornée produisent sur la partie éclairée par l'ophtalmoscope, des jeux de lumière, des points sombres assez caractéristiques. Les taies ou leucomes paraissent plus ou moins diffus, blanchâtres, bruns ou gris.

Les taches de la kératite ponctuée sont parfois difficiles à déceler. Les staphylomes transparents, le kératocone donnent une ombre centrale très mobile au milieu de reflets lumineux irréguliers.

La *chambre intérieure* est parfois trouble et envahie par des exsudats, du sang, du pus. Le faisceau lumineux, projeté, en révèle l'étendue, la forme et l'opacité.

Iris. — L'iris est opaque, mais plus ou moins suivant les sujets. Chez les albinos, dans quelques cas de vitiligo, l'iris se laisse traverser par la lumière et montre le rouge oculaire. Il en est de même dans la polycorie ou les déchirures de l'iris.

Cristallin. — On voit des points pigmentaires iritiques sur la cristalloïde antérieure et on peut aussi constater le début des cataractes. On reconnaît plus ou moins facilement leur siège exact et leur étendue. Les stries périphériques résultant de la segmentation anormale ou précoce du cristallin sont d'ordinaire nettement visibles.

Les *luxations* cristalliniennes incomplètes, ou subluxations, seront reconnues à ce signe qu'on aperçoit le rebord noirâtre et arqué de la lentille dans le champ pupillaire. Le cristallin, s'il est luxé complètement, peut être tombé dans la chambre antérieure, où il se fait reconnaître facilement; il peut aussi se trouver libre dans le vitreum. On doit alors le rechercher avec l'ophtalmoscope en faisant porter le regard fortement en bas et on le découvre sous la forme d'un corps sphéroïde mobile. Le cristallin luxé peut être opacifié. La transparence oculaire paraît accrue par le déplacement de la lentille. L'absence de cristallin ou *aphakie* se reconnaît à la suppression du reflet cristalloïdien, à la présence de quelques débris lenticulaires ou capsulaires, à l'aplatissement de la région pupillaire, à l'absence des images postérieures de Purkinje et enfin, habituellement, à une forte hypermétropie.

Vitré. — Les opacités du vitré, produits cellulaires des inflammations chroniques, des choroïdites ou de l'hyalite, présentent l'aspect de poussières, de filaments, de flocons ou de membranes. On les voit mieux avec le miroir plan quand elles sont ténues et avec le miroir concave quand elles sont épaisses. L'image droite est préférable à l'image renversée.

Ces opacités sont flottantes et d'une mobilité très grande, en rapport avec le ramollissement du vitré (*synchysis*). Leur origine hémorragique est parfois révélée par la teinte rosée ou la constatation directe des caillots. Leur siège est facilement appréciable par leur position relative, la position ou l'effort accommodatif de l'observateur. Ils paraissent, avec le miroir seul, d'autant plus gros qu'ils sont plus profonds, car on les voit à travers les parties antérieures de l'œil comme à travers une loupe. Avec le miroir et la loupe, on verra, en déplaçant celle-ci, le corps se mouvoir d'autant plus vite par rapport au fond de l'œil qu'il sera plus antérieur.

On trouve parfois dans le vitré des corps flottants très brillants formés de tyrosine et de cholestérine; ils caractérisent

lesynchisis étincelant. On observe enfin la persistance du canal de Cloquet et de l'artère hyaloïdienne, des corps étrangers divers et des cysticerques. La *persistance du canal de Cloquet* ou de l'artère hyaloïdienne est assez rare. On observe alors un cordon opaque à enveloppe claire qui va de la papille au pôle postérieur du cristallin ou qui, rompu en avant, adhère en arrière au fond de l'œil.

Le *cysticerque* constitue une vésicule bleuâtre surmontée parfois d'une tête carrée qui lui est rattachée par un col étranglé. La vésicule est animée de mouvements ondulaires et la tête, quand elle est visible, montre même ses crochets. Ses dimensions seraient d'un à plusieurs diamètres papillaires suivant son siège superficiel ou profond. L'inflammation du vitré entraîne à la longue des troubles considérables qui rendent le diagnostic direct à peu près impossible.

Des *corps étrangers* divers peuvent, avant que la transparence diminue, se montrer avec leur aspect normal brillant et leur couleur propre, ou bien former le centre d'un foyer spécial d'opacification.

CHAPITRE III

NERF OPTIQUE

§ 152. Les lésions du nerf optique sont de toutes les altérations oculaires celles qui le plus souvent appartiennent, comme symptôme concomitant, à une affection générale nerveuse; si l'on songe qu'à côté de celles-ci il existe des altérations idiopathiques du nerf fort semblables d'allures avec les premières, on comprendra que la classification de ces diverses maladies ne soit pas encore établie d'une manière rigoureusement satisfaisante.

Au point de vue descriptif, on peut distinguer les névrites des atrophies, bien que celles-ci dérivent de celles-là, mais, à notre sens, il vaut mieux les réunir dans un chapitre unique. Les excavations glaucomateuses et les autres affections seront décrites à part.

Cliniquement, il importe d'établir trois sortes de névrites susceptibles d'évoluer vers trois modes différents d'atrophie : 1° une névrite de *cause centrale* ou *descendante*, due à une lésion des centres nerveux (compression, inflammation, infection, lésion nucléaire); 2° une névrite *rétrorbulaire* [qui siège au niveau du nerf optique dans la portion intra-orbitaire comprise entre le chiasma et l'entrée des vaisseaux centraux]; 3° une *névrite ascendante* causée par une affection de nature oculaire et susceptible d'atrophier le nerf optique en remontant vers le cerveau. Cette névrite ascendante peut, elle-même, se diviser en *papillite simple*, si l'inflammation est limitée à la papille et provient des vaisseaux qui forment le cercle de Haller, et en *papillo-rétinite* lorsque la rétine, ou les parties de la rétine avoisinant la papille, prennent part à l'inflammation.

§ 153. **Névrite descendante.** — Quand la lésion centrale siège à la base du cerveau, on a les signes de la névrite dite par stase, ou *Stauungspapille* des Allemands et *shoke's Disc* des Anglais. La papille est œdémateuse et les bords sont effacés. Le disque optique est remplacé par un bouton proéminent et volumineux qui noie dans son épaisseur les vaisseaux, artères et veines. Les artères étant comprimées, sont d'ailleurs filiformes tandis que les veines sont volumineuses, tortueuses, variqueuses. Il existe même parfois des hémorragies dans l'épaisseur ou aux bords de cet œdème papillaire. C'est ce que de Wecker désigne sous le nom de *neuro-rétinite*.

Les choses ne se maintiennent pas perpétuellement en cet état; le gonflement papillaire s'affaisse peu à peu, les vaisseaux reprennent plus ou moins complètement leur volume et la circulation se rétablit dans une mesure variable. Il reste