

Dans l'embolie de l'artère centrale, cécité brusque et signes d'ischémie rétinienne. Au début, la papille est décolorée, les artères sont effacées ou amincies, soit sous la forme d'un fin cordon rouge si l'arrêt circulatoire est incomplet, soit exsangues; le fond de l'œil est pâle, les veines sont d'un rouge sombre, rétrécies près de la papille, élargies vers l'équateur. Quelques heures plus tard, la rétine perd sa transparence et présente un trouble grisâtre, particulièrement sur la papille et vers la macula. On aperçoit souvent sur cette dernière une tache d'un rouge cerise intense. Ultérieurement, les vaisseaux se remplissent de nouveau, lorsque l'embolus n'oblitére pas entièrement le tronc atteint, les lésions disparaissent et il peut se produire à ce moment des hémorragies si les vaisseaux sont altérés. A la macula, un piqueté blanc brillant succède parfois à la tache rouge.

Si l'embolus s'arrête dans une des branches, la cécité, qui a pu être complète au début, fait place à un scotome; le trouble rétinien est limité au territoire de la branche oblitérée, qui est seule amincie ou transformée en un cordon blanc; quelquefois hémorragies dans ce territoire.

L'embolie peut être confondue avec la thrombose de l'artère centrale, avec l'hémorragie des gaines et avec la névrite rétro-bulbaire aiguë. On se basera pour distinguer l'embolie de la thrombose artérielle sur l'absence de prodromes, sur la rareté des hémorragies rétinienne et surtout sur la présence d'une affection cardiaque. On la différenciera de l'hémorragie dans les gaines du nerf optique parce que, dans cette dernière, il est exceptionnel que la circulation rétinienne soit absolument interrompue.

L'atrophie optique peut succéder aux endartérites, à la thrombose et à l'embolie artérielles.

Le pronostic de l'embolie est grave, car elle est souvent le signe précurseur d'une apoplexie cérébrale.

6° *Thrombose de la veine centrale ou de ses branches.* — Elle s'observe dans les maladies infectieuses, la grippe, l'artério-sclérose, l'hypertrophie du ventricule droit, l'emphysème pulmonaire, l'endophlébite. Dans la grippe, elle peut, ainsi que nous en avons observé un cas, frapper les deux yeux en même temps.

Lorsqu'elle est totale, le caillot se propage dans les troncs de la rétine. La papille est très rouge, d'aspect flou et à limites indécises, la macula est gris pâle; il y a souvent, comme nous l'avons observé dans un cas, des hémorragies en nappe le long des veines, qui sont dilatées, noirâtres par places; le centre des plaques hémorragiques

est blanc, et on observe aussi entre elles des plaques blanches irrégulières. Les artères sont très amincies. Lorsque la thrombose est partielle ou incomplète, la papille est moins rouge, moins diffuse, les hémorragies sont moins abondantes.

Comme conséquences, nous avons, chez notre malade, observé sur un œil un glaucome hémorragique et sur l'autre un décollement de la rétine suivi de cataracte. L'atrophie optique peut aussi survenir isolément. Donc, pronostic très grave quant à la fonction visuelle.

7° *Hémorragies rétinienne.* — Elles sont soit spontanées, soit traumatiques. Les hémorragies spontanées ont des causes très variées: endartérite, endophlébite, thrombose et embolies des vaisseaux rétinien, albuminurie, malaria, affections cardiaques (ventricule gauche, en particulier), diabète, goutte, syphilis, grippe, septicémie, brûlures étendues, etc.

Leur forme varie suivant la couche de la rétine dans laquelle elles se produisent: 1° en *stries rayonnées* ou en flammèches dans la couche des fibres nerveuses; 2° en *pointillé*, sablé ou piqueté rouge, petites taches sur lesquelles passent les vaisseaux dans la couche des cellules nerveuses; 3° *taches arrondies*, plaques à bords irréguliers ou fusiformes dans les couches externes de la rétine. Les taches arrondies, à bords irréguliers, se trouvent parfois aussi entre la rétine et la hyaloïde, mais alors elles masquent les détails sous-jacents et ont un bord supérieur très net. Le sang peut fuser dans le corps vitré.

La coloration des taches varie suivant l'épaisseur du sang extravasé et suivant leur ancienneté: rouge clair, rouge cerise si elles sont récentes; rouge brun, brunâtres ou noirâtres, si elles sont anciennes.

Ces hémorragies sont très souvent liées à l'inflammation de la rétine (rétinite dite hémorragique), et, alors, la papille est trouble, rougeâtre, les artères sont généralement rétrécies à parois blanches, sclérosées, les veines sont dilatées, tortueuses, souvent masquées par le sang épanché. L'atrophie de la papille peut en être la conséquence.

Presque toujours en connexion avec les vaisseaux, les taches hémorragiques les recouvrent partiellement. Les petites taches peuvent se résorber complètement, mais le plus souvent les foyers hémorragiques laissent à leur suite une tache brunâtre ou noirâtre qui devient ultérieurement blanche, brillante, à bords irréguliers avec liseré pigmentaire plus ou moins complet. Les taches petites ou moyennes peuvent laisser de simples amas pigmentaires noirâtres, susceptibles de se résorber comme aussi de devenir blanchâtres en partie par dégénérescence graisseuse ou atrophie choroïdienne. La

rétinite proliférante succède parfois aux hémorragies abondantes.

II. INFLAMMATIONS ET DÉGÉNÉRESCENCES DE LA RÉTINE. RÉTINITES. — Lorsque la rétine s'enflamme elle devient trouble. L'inflammation, diffuse ou circonscrite en certaines régions, siège soit dans les couches internes (rétinite vraie), soit dans les couches externes et est alors presque toujours associée à la choroïdite (c'est la chorio-rétinite); elle peut aussi atteindre d'emblée toutes les couches. Les vaisseaux sont recouverts par les altérations lorsque celles-ci occupent les couches les plus internes. L'inflammation des couches externes donne fréquemment lieu à des migrations de pigment.

1° *Rétinite simple diffuse* : Trouble nuageux de la rétine et de la papille, hyperhémie de la papille, veines tortueuses et confuses; quelquefois, troubles du corps vitré. Causes: goutte, rhumatisme, syphilis, surmenage oculaire.

2° *Rétinite septique* (Roth). Elle s'observe au cours de la septicopyohémie et atteint habituellement les deux yeux. Dans la forme suppurative par embolie infectieuse, il y a des hémorragies rétinienne dès le début et rapidement suppuration de l'œil (panophtalmie). Dans la forme circonscrite, non suppurée, par infection toxique, les altérations sont limitées autour de la papille: fond de l'œil pâle, trouble, grisâtre, limites de la papille légèrement effacées, veines tortueuses, hémorragies péripapillaires d'intensité et de nombre variables, parfois lacs sanguins entre la rétine et le corps vitré; souvent taches blanches ovalaires, à côté des foyers hémorragiques.

3° *Rétinite albuminurique ou néphritique*. C'est la plus commune des rétinites avec hémorragies; elle est parfois le premier signe d'une néphrite méconnue et atteint toujours les deux yeux.

La papille est confuse, nuageuse, rougeâtre, saillante (papillo-rétinite), les artères sont rétrécies, parfois en cordon blanchâtre par places, les veines sombres et dilatées, tortueuses; ces vaisseaux présentent souvent les lésions déjà décrites de périvasculite et d'endartérite. On observe le long des vaisseaux des taches hémorragiques en pointillé et en flammèches qui les masquent. On voit aussi des taches blanc jaunâtres, à bords dentelés, réunies souvent en anneau et recouvrant en partie les vaisseaux. Dans la plupart des cas, on remarque autour de la macula une série de petites taches d'un blanc brillant dont l'ensemble forme l'étoile maculaire qui est un des principaux éléments de diagnostic.

Les altérations peuvent rétrocéder, surtout dans la rétinite albuminurique consécutive à la scarlatine et à la diphtérie. Dans la néphrite

ordinaire, cette rétinite assombrit le pronostic; il y aurait 76 0/0 de décès dans les deux ans. Elle peut entraîner l'atrophie papillaire.

Subjectivement, le sujet aperçoit les objets comme à travers un voile et l'acuité centrale est affaiblie; il y a quelques scotomes.

4° *Rétinite diabétique*. Lorsque la rétinite se développe au cours d'un diabète compliqué d'albuminurie, elle revêt le plus souvent la forme précédente. Si le diabète existe seul, elle présente les caractères suivants: papille normale, rarement d'aspect flou, suffusion rétinienne fréquente avec effacement des artères qui sont amincies, hyperhémie des veines, hémorragies en pointillé et en flammèches disséminées le long des vaisseaux, quelques plaques blanches rarement entourées de pigment; pas d'étoile maculaire ou exceptionnellement. Parfois, on observe une rétinite ponctuée, à petits foyers blancs, clairs, serrés, mélangés de petites hémorragies et occupant la région périmaculaire (Hirschberg). Le pronostic est très défavorable.

5° *Rétinite leucémique*. Elle est très rare et se caractérise par un fond d'œil rose pâle, une coloration jaune orangé des artères, de petites hémorragies et, plus tard, par des taches blanches avec aréole rouge situées entre les hémorragies.

6° *Rétinite ponctuée albescente de Mooren*. Habituellement bilatérale, elle est caractérisée par un grand nombre de taches blanc mat, circonscrites, sans pigment et sans relations avec les vaisseaux, surtout accentuées à la région maculaire.

Nagel a décrit une *rétinite striée*.

7° *Rétinites localisées à la macula*. a. *La rétinite circinée*, due à une artério-sclérose des vaisseaux maculaires, s'observe, à un âge avancé, sous la forme de petites taches claires, irrégulières, groupées en cercle autour de la macula; en certains endroits, la confluence des points donne de grandes taches blanches placées sous les vaisseaux et sans liseré pigmentaire. Les hémorragies sont la règle et il y a toujours un scotome central.

b. A côté de cette forme, on peut placer l'*infiltration vitreuse* de Masselon, dégénérescence sénile en taches blanchâtres, avec çà et là des points blancs brillants; scotome central.

c. Dans la syphilis, on observe parfois la *rétinite centrale récidivante* de Græfe caractérisée par une tache grise ou jaune, quelquefois un pointillé clair ou pigmentaire sur la macula.

d. Kuhnt a signalé une *rétinite maculaire atrophiante*, sous la forme d'une tache circulaire d'un rouge intense, entourée d'une zone rétinienne un peu trouble.

8° *Rétinite ou dégénérescence pigmentaire de la rétine* (fig. 30). Ce n'est pas une rétinite vraie, mais un processus sclérosant de dégénérescence de la rétine et des vaisseaux, avec immigration de pigment.

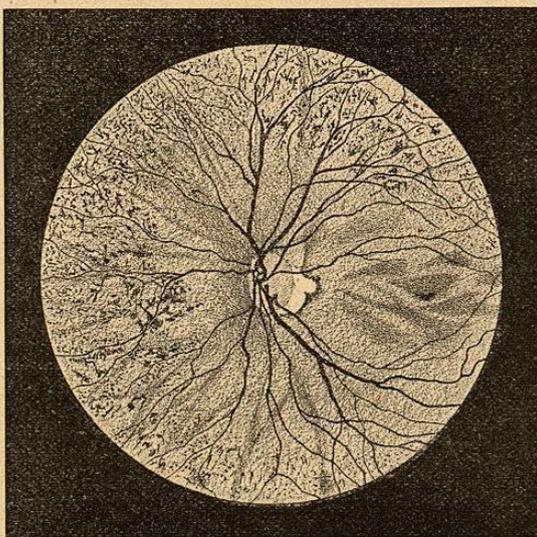


Fig. 30. — Rétinite pigmentaire (œil gauche).

Presque toujours congénitale, souvent familiale. Causes principales : la syphilis, l'hérédité, la consanguinité, la pellagre, etc. La choroïde prend presque toujours part au processus.

Syndrome ou signes principaux : 1° taches pigmentaires du fond de l'œil affectant, pour la plupart, la forme étoilée des corpuscules osseux ; 2° rétrécissement concentrique du champ visuel ; 3° héméralopie. Comme conséquences : atrophie optique jaune, cataracte polaire postérieure. On a observé cette dégénérescence avec ses symptômes fonctionnels, mais sans la formation de pigment. Le nystagmus est fréquent.

La pigmentation spéciale, en petites taches noires étoilées, commence à la région équatoriale et s'avance de là, progressivement et concentriquement, vers la papille. Parfois les taches, alors en forme de bâtonnets et virgules, se disposent en anneaux plus ou moins grands masquant les vaisseaux (forme circinée). La papille devient bientôt trouble, jaune sale (atrophie jaune), les vaisseaux s'amincissent, les petites artères disparaissent. Dans quelques cas, on observe de petites taches

arrondies, d'un blanc brillant ou parfois d'un jaune gris, situées sous les vaisseaux (dites glandes de la lame vitrée). La cataracte polaire postérieure, fréquente, reste stationnaire après avoir acquis un développement moyen. L'héméralopie indique l'atteinte des couches profondes de la rétine, siège de la formation du pourpre rétinien. Le rétrécissement concentrique du champ visuel s'accroît avec la progression de l'envahissement des taches vers la macula.

9° *Complications neuro-rétiniennes du paludisme*. — Avec Sulzer, nous les classerons en deux catégories.

a) Complications de la forme aiguë du paludisme : 1° hyperhémie veineuse papillo-rétinienne ; 2° troubles circulatoires, limités le plus souvent au territoire de l'une des branches de l'artère rétinienne centrale, qui se caractérisent par l'arrêt plus ou moins complet de la circulation par spasme ou thrombose et entraînent la production de scotomes étendus ; 3° rétinite diffuse avec pigmentation ; 4° surtout, hémorragies rétinienne péripapillaires et maculaires ; 5° amblyopie et amaurose périodiques sans lésions oculaires.

b) Complications de la forme chronique ou qui se produisent pendant les accès intermittents : 1° la névrite optique et la mélanose de la papille qui est saillante, rouge grisâtre, comme voilée, parfois noirâtre, tandis que les artères sont filiformes, les veines tortueuses ; 2° neuro-rétinite avec amincissement permanent des vaisseaux (Poncet), amincissement qui peut être dû aussi à de l'artérite (Despagnet) ; 3° hémorragies qui s'observent plus spécialement pendant la période des chaleurs (Bassères), siègent de préférence sur les veines et sont punctiformes ou en flammèches et plus nombreuses à la périphérie ; elles mettent, en général, un à quatre mois à se résorber, mais peuvent subir la transformation habituelle en taches pigmentaires et en taches blanches ; le sang peut fuser dans le corps vitré ; 4° nous avons observé deux cas d'*œdème brusque de la rétine* accompagné d'une amblyopie presque soudaine, accidents qui disparaissent en quelques jours ; 5° parfois troubles du corps vitré qui sont sous la dépendance probable de lésions choroïdiennes vers la région ciliaire ; 6° héméralopie, sans lésion apparente.

III. ALTÉRATIONS DIVERSES DE LA RÉTINE. — 1° *Rétinite proliférante de Manz et dégénérescence cellulo-fibreuse de la rétine*. — Les affections décrites sous ces deux dénominations paraissent être de même nature ; ce ne sont pas des rétinites, mais des dégénérescences de la rétine, consécutives à des exsudats, à des hémorragies, au décollement, etc.

Ophthalmoscopiquement (fig. 31), on aperçoit comme des membranes (ou tractus) d'aspect fibreux qui, nées de la rétine, proéminent dans le corps vitré et succèdent le plus souvent à des hémorragies rétinienne abondantes ayant envahi le corps vitré; ces traînées ou mem-

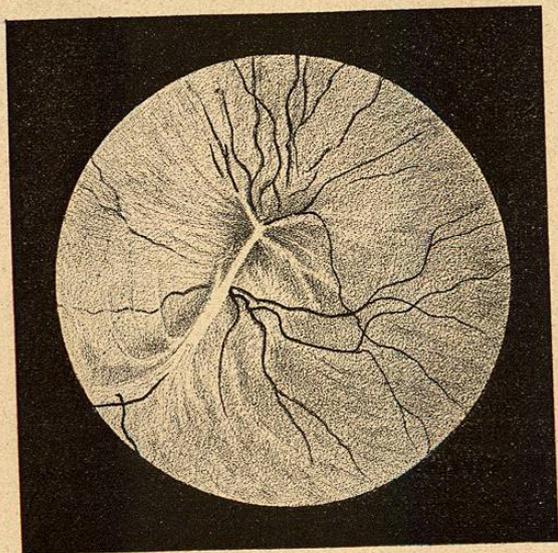


Fig. 31. — Tractus fibreux saillant dans le corps vitré (rétinite proliférante).

branes, blanchâtres ou d'un blanc bleuâtre, rubanées, de longueur et de largeur variables, irrégulièrement disposées en relief, tantôt se séparant, tantôt s'anastomosant, forment ainsi des dépressions et des reliefs qui donnent parfois l'impression d'un massif montagneux avec ses vallées. Les vaisseaux cheminent en partie sur les membranes et tractus, en partie au-dessous, se laissant alors souvent apercevoir par transparence; il y a parfois des vaisseaux néoformés. La papille est quelquefois partiellement ou complètement recouverte par les tractus. Dans certains cas, à travers les masses, on aperçoit comme un trou arrondi, en forme de puits, généralement vers la macula et à travers lequel on voit le rouge du fond de l'œil. Les extrémités des membranes et tractus rayonnent souvent le long des vaisseaux et sont quelquefois bordées de pigment noir vers leur terminaison. Les saillies

formées dans le corps vitré par ces membranes peuvent osciller comme des algues (Guilbaud).

On doit différencier cette rétinite des choroïdites et du décollement de la rétine : 1° Dans la choroïdite, les traînées blanches sont bordées de pigment et n'offrent pas de relief; 2° La confusion avec le décollement est souvent faite, d'autant plus qu'il peut compliquer la rétinite proliférante; d'après ce que nous avons observé, on a décrit comme rétinite proliférante certains cas de décollements anciens avec exsudat organisé. Dans la rétinite proliférante, le champ visuel est plus altéré, les membranes sont blanches, irrégulières, avec des crêtes, des dépressions de la rétine, ordinairement immobiles. Le décollement, d'abord transparent, devient bientôt gris clair ou verdâtre; il est tremblotant au début; les vaisseaux qui le parcourent sont d'un rouge foncé, presque noirs, tandis que dans la rétinite proliférante ceux qu'on aperçoit ont leur aspect normal; plus tard le décollement prend souvent l'aspect tourmenté de massif montagneux comme la rétinite proliférante.

2° *Décollement de la rétine.* La rétine peut être détachée, décollée de la choroïde par un exsudat, du sang, du pus, une tumeur, un cysticerque. Elle fait alors saillie dans le corps vitré. Le décollement est ordinairement circonscrit et siège le plus souvent en bas, quelquefois en haut; il a de la tendance à devenir total.

*Caractères ophthalmoscopiques.* Aspect glauque de la pupille à un simple éclairage; dans le fond de l'œil, saillie membraneuse opalescente, gris bleuâtre, avec des replis profonds, à reflet gris verdâtre, flottante, ondulante, tremblotante, au moins dans les premiers temps, si le décollement est large, très proéminent, et si l'exsudat est liquide. Les vaisseaux qui suivent les reliefs et les dépressions, paraissant et disparaissant alternativement, sont foncés et ont perdu leur double contour; leur marche, ainsi que les déplacements parallaxiques à l'image renversée, renseignent sur les changements de niveau de la rétine. Le décollement produit par un épanchement de sang est brun sombre.

La partie décollée est fortement hypermétrope et se voit bien à l'image droite, même sans verre correcteur convexe; les différences de niveau obligent l'observateur à varier soit sa distance à l'œil, soit les verres convexes pour l'explorer successivement dans tous ses détails.

On trouve parfois sur le décollement des taches pigmentaires, des taches blanches, des hémorragies. Le corps vitré présente souvent des

flocons. Au cours de l'évolution, le cristallin peut s'opacifier. Galezowski a signalé une déchirure fréquente à la périphérie et en haut (131 fois sur 785 cas de décollement).

La rétine décollée peut se réappliquer et on y trouve alors habituellement des altérations pigmentaires ou des cordons blanchâtres ; d'autres fois, il est presque impossible de reconnaître le siège du décollement.

*Signes fonctionnels* : large scotome, métamorphopsie, fréquemment dyschromatopsie, le bleu étant confondu avec le vert ; la partie soulevée est aveugle pour le rouge ; la réaction pupillaire directe est paresseuse (Abadie).

IV. TUMEURS DE LA RÉTINE. Elles sont bénignes ou malignes.

1° *Tumeurs bénignes* : a. *Dégénérescence kystique*. Affection très rare qui, dans le cas décrit par Darier, se présentait comme une masse arrondie, légèrement saillante, blanc grisâtre avec une tache rouge au centre ; par suite des progrès de la maladie, la masse s'entoura de fibrilles nacrées, et finit par former une masse grisâtre qui occupait presque tout le fond de l'œil et présentait à sa surface de gros vaisseaux et des taches rouges hémorragiques.

b. *Kystes à entozoaires ; cysticerques sous-rétiniens*. Le cysticerque sous-rétinien produit un décollement sous la forme d'une saillie vésiculeuse, jaunâtre, ou parfois blanche avec reflet bleuâtre, encadrée de jaune d'or à son bord, brillante au sommet, sur laquelle courent les vaisseaux. La vésicule montre des mouvements vermiformes de soulèvement et de rétraction. On peut parfois apercevoir la tête, d'un jaune doré, arrondie, saillante avec ses crochets et ses ventouses. Lorsqu'il est dans le corps vitré, il se présente comme une vésicule absolument sphérique, mobile, s'inclinant toujours du côté le plus déclive, ce qui est un excellent élément de diagnostic. Après le développement de phénomènes inflammatoires, la vésicule est masquée par des exsudats chorio-rétiniens et le diagnostic est presque impossible à établir.

2° *Tumeurs malignes*. — Le gliome, tumeur maligne la plus fréquente, s'observe exclusivement chez l'enfant, surtout dans les quatre premières années de la vie, et ne doit donc pas arrêter notre attention.

V. TRAUMATISMES DE LA RÉTINE. — Leurs principales conséquences sont la commotion, l'hémorragie, le décollement et la rupture.

1° *Commotion rétinienne*. — Immédiatement après l'accident, trouble grisâtre, plus tard blanc laiteux, à limites diffuses, siégeant au point d'application de la violence ou en un point opposé, péripapillaire ou souvent entre la papille et la macula, devant lequel les vaisseaux

passent intacts ; la papille est fréquemment hyperhémée. Dans des cas rares, le trouble est vu comme formé de stries blanchâtres, surtout le long des vaisseaux qui ont alors un aspect flou. Lorsque la macula n'est pas atteinte par le trouble œdémateux, elle apparaît comme une tache rouge au milieu du trouble blanc laiteux.

Comme symptômes fonctionnels : photophobie intense, douleurs ciliaires, pupilles dilatées ou rétrécies, mais paresseuses, acuité diminuée, vision trouble et scotome périphérique. On a aussi signalé l'amblyopie transitoire avec dyschromatopsie sans trouble visible ; penser alors à l'hystéro-traumatisme.

Les troubles ophtalmoscopiques disparaissent du 2<sup>e</sup> au 4<sup>e</sup> jour.

Haab a décrit des lésions spéciales observées parfois après une contusion de l'œil : tache rouge maculaire sans reflet et avec mouchetures très fines ; plus tard, accumulation de pigment à laquelle

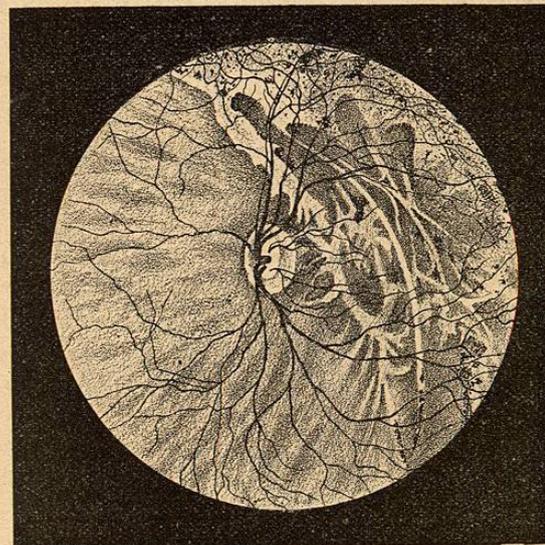


Fig. 32. — Décollement traumatique de la rétine presque entièrement réappliqué.

succèdent parfois des taches blanches atrophiques avec restes de pigment.

2° *Hémorragies*. — De siège et de dimensions variées, elles peuvent présenter les diverses formes décrites plus haut et subissent la même

évolution; elles se font le plus souvent le long des vaisseaux qu'elles masquent. Les hémorragies choroïdiennes s'en distinguent parce qu'elles se présentent comme des suffusions à contours nets. Dans la région maculaire spécialement, le sang peut se collecter entre la rétine et la membrane hyaloïde; il peut fuser aussi dans le corps vitré.

3° *Décollement rétinien traumatique.* — Il se produit de préférence en bas, rarement à la région maculaire adhérente à la choroïde. Au début, le décollement peut être masqué par un épanchement de sang dans le corps vitré. Il a plus de tendance à se réappliquer que le décollement spontané, mais entraîne habituellement les mêmes conséquences (fig. 32).

Consécutivement aux hémorragies rétiniennes et souvent aussi après le décollement, se forment sur la rétine des bandelettes ou stries blanches partant de la papille. La rétine est ondulée, mais sans plis, sans coude des vaisseaux; la pigmentation est très rare. Ces stries sont dans l'épaisseur même de la rétine, tantôt en avant, tantôt autour, tantôt en arrière des vaisseaux; les stries prévasculaires se différencient de la rétinite proliférante par l'absence de saillie, mais ce sont là deux affections bien voisines l'une de l'autre.

4° *Ruptures de la rétine.* — Lorsque la rupture n'est pas masquée par une hémorragie, on aperçoit, de suite après l'accident, une tache blanchâtre, à bords pigmentés, déchiquetés, enroulés, à fond formé par la choroïde avec trouble du tissu rétinien voisin. Si la rupture est complète, les vaisseaux rétiniens sont déchirés; ils sont intacts, si la déchirure est partielle, et occupe les couches externes. La lésion est souvent associée à une rupture de la choroïde. Comme conséquences: cicatrice blanche, pigmentée sur ses bords, scotome correspondant. Haab a observé, dans une déchirure à la macula, comme un trou rond, rouge, entouré d'un anneau grisâtre de rétine altérée et striée.

5° *Corps étrangers.* — Il s'agit ici de petits corps étrangers tels que les éclats métalliques de fer, cuivre, plomb. Au début, trouble diffus et petites hémorragies parenchymateuses recouvrant le petit corps étranger; si celui-ci peut être aperçu, il se présente comme un petit corps noir, à reflet métallique, entouré d'une auréole jaune blanchâtre, trouble. Si le corps est aseptique, il peut s'enkyster tout en provoquant un foyer de chorio-rétinite exsudative. S'il est septique (presque toujours pour les éclats de cuivre qui agissent aussi chimiquement), il entraîne la suppuration et la fonte de l'œil.

Autour d'un corps enkysté, il se constitue une masse de tissu cellu-

laire blanc jaunâtre, des taches blanches de choroïdite avec ou sans pigmentation. Plus tard, il peut s'ensuivre la rétraction du corps vitré et le décollement de la rétine; le corps étranger peut même sortir de sa capsule, tomber dans le corps vitré et déterminer une inflammation violente ou conduire à la cécité. Du reste, le séjour d'un corps étranger entraîne presque toujours des altérations de la macula.

6° *Brûlure de la rétine par la lumière solaire et par la lumière électrique.* — La fixation tant soit peu prolongée du soleil entraîne des lésions maculaires qui ne sont en somme que de véritables brûlures. Elles sont fréquentes surtout après les observations d'éclipse solaire; nous en avons vu un cas chez un sujet qui avait cru pouvoir fixer impunément le soleil. Le malade se plaint d'une ou deux mouches fixes (scotome central). Dans les cas légers, on n'aperçoit rien à l'ophtalmoscope; dans les autres cas, on voit à la région maculaire une ou deux taches grisâtres, de forme irrégulière, qui font ultérieurement place à une tache rouge brun dans laquelle se trouve une sorte d'aire grisâtre.

La lumière électrique produit exceptionnellement des faits de cet ordre.

Les rétinites, la neuro-rétinite, le décollement, les tumeurs de la rétine nécessitent l'exemption et la réforme. Les ruptures de la rétine qui n'abaissent pas l'acuité au-dessous des limites fixées nous semblent compatibles avec le service militaire.

### § 3. — Affections de la choroïde.

La choroïde tenant sous sa dépendance la nutrition des couches externes de la rétine, il est rare que celle-ci ne participe pas à ses inflammations, d'où les immigrations de pigment dans la rétine. Les choroïdites s'accompagnent parfois d'iritis (irido-choroïdite) et de cyclite.

Division: 1° choroïdites suppurées; 2° choroïdites exsudatives.

I. CHOROÏDITE SUPPURÉE. — Elle est consécutive soit à des traumatismes, soit à des métastases septiques. Elle conduit rapidement à la panophtalmite. Une forme moins grave peut s'observer dans la méningite, la variole, la fièvre typhoïde, avec suppuration limitée