

de divergence, ce que lui donnent des verres concaves ; l'hypermétrope n'a pas assez de convergence, il l'obtient par des verres convexes.

La myopie et l'hypermétropie, étant le résultat d'un vice de conformation, sont par là même congénitales, et la myopie ne tarde pas à se manifester chez l'enfant. Mais comment se fait-il que l'hypermétrope ne s'aperçoive de son infirmité qu'à un âge quelquefois avancé, vingt-cinq, trente ans par exemple ? Cela tient à ce que l'agent actif de l'accommodation (muscle ciliaire) vient en aide à l'appareil de la réfraction pour forcer la convergence à se faire sur la rétine. L'équilibre entre les deux appareils, qui est physiologique chez l'emmétrope, n'est obtenu chez l'hypermétrope que grâce à un effort du pouvoir accommodatif, et, cet effort étant instinctif, le sujet n'en a pas conscience. Mais il arrive un moment où le muscle de l'accommodation se fatigue et devient impuissant à fournir ce qui manquait de réfraction. L'hypermétropie devient alors *manifeste*, de *latente* qu'elle était. Voici comment elle apparaît en général : le sujet commence un travail de lecture, d'écriture, ou de couture ; pendant dix minutes, un quart d'heure, la vision est nette, mais bientôt les lettres deviennent confuses ; un instant de repos suffit à ramener la netteté des images. Le sujet recommence son travail, et les mêmes phénomènes se reproduisent. Surviennent ensuite des douleurs circum-orbitaires très vives et du larmolement. Le repos de l'organe ramène encore tout dans l'ordre, et ainsi de suite.

Ce qui manque à l'hypermétrope, ai-je dit, c'est de la réfraction : il faut donc lui en fournir à l'aide de verres convexes. Il est un préjugé du monde, et qui règne encore parmi bon nombre de médecins : *il ne faut pas*, dit-on, *s'accoutumer à porter des lunettes* : erreur grave qui peut faire succéder à une lésion purement dynamique au début des altérations organiques. Aussitôt que l'hypermétropie deviendra manifeste, on fera porter (pour la vision rapprochée seulement, puisque l'hypermétrope voit très bien à distance) des verres convexes en rapport avec le degré de la maladie.

Eu égard à la forme que présente le globe de l'œil, et en le comparant à une sphère, on lui a reconnu un *pôle antérieur*, correspondant au centre de la cornée, et un *pôle postérieur* au point diamétralement opposé. Les deux pôles sont situés aux deux extrémités de l'axe antéro-postérieur du globe ou *axe optique*. Le pôle postérieur correspond, non pas à l'entrée du nerf optique dans l'œil, mais 3^{mm},50 environ plus en dehors, au niveau de la tache jaune, ou *macula lutea* : aussi, quand on veut examiner la tache jaune à l'ophtalmoscope, faut-il faire regarder le malade directement en face.

Ces données générales étant connues, abordons l'étude des parties constituantes de l'œil.

Mon but dans ce livre étant de m'attacher seulement aux détails d'anatomie nécessaires pour comprendre la pathologie et la médecine opératoire, c'est uniquement à ce point de vue que j'envisagerai l'appareil de la vision.

Le globe de l'œil est composé de *membranes* et de *milieux*.

Membranes de l'œil.

Les *membranes* de l'œil sont, en procédant de dehors en dedans : la *sclérotique* et la *cornée* ; la *choroïde* et l'*iris* ; la *membrane hyaloïde* à laquelle je rattacherai le corps vitré.