

La zone blanche périphérique appartient à la sclérotique, et elle est due à ce que la choroïde ne vient pas s'insérer exactement sur les bords de l'orifice sclérotical. La couleur rosée de la papille peut subir d'importantes modifications : elle peut devenir noirâtre, lorsqu'elle renferme, par exemple, un foyer hémorragique. Elle peut être simplement rouge, très vascularisée comme dans la névrite optique, que cette névrite soit primitive ou consécutive à une lésion cérébrale (1). D'autres fois, la teinte rosée disparaît pour faire place à une teinte blanche : la papille apparaît alors sous la forme d'un disque blanc, brillant, nacré, tirant quelquefois sur le bleu, dont les contours se détachent nettement du fond de l'œil. Cet état correspond à une atrophie des éléments nerveux du nerf optique et de la rétine. Ces éléments, ainsi que les capillaires qui s'y distribuent, ayant disparu, on n'aperçoit plus que la sclérotique, dont la coloration est précisément celle que nous venons de décrire.

L'excavation papillaire se présente normalement sous la forme d'une tache blanche, ronde, plus ou moins large, située au point d'émergence des vaisseaux, mais elle est susceptible de prendre des proportions considérables : c'est ce qu'on observe en particulier dans le glaucome. L'œil étant soumis, dans cette affection à une forte pression intérieure, on conçoit que la coque oculaire cède dans les points les moins résistants et déjà naturellement déprimés. Il en résulte que l'artère centrale forme un coude très marqué sur les bords de l'excavation, et c'est sans doute à cette coudure brusque que sont dus les battements spontanés de cette artère, signe pathognomonique du glaucome.

À l'extrémité de l'axe optique correspond la *tache jaune, macula lutea*. Elle est constituée par deux replis de la rétine entre lesquels se voit une dépression désignée sous le nom de *foramen central*, au fond duquel la rétine amincie est réduite à la seule couche des bâtonnets. Pour éclairer et voir cette tache, il faut que le malade regarde directement devant lui, mais l'examen en est difficile à cause du reflet du miroir. Le rôle de la tache jaune est fort important ; c'est pourquoi les hémorragies, les exsudats qu'on y rencontre sont suivis de la perte de la vision.

Par sa face externe, la rétine n'adhère pas à la choroïde ; elle ne lui est que juxtaposée : aussi peut-elle en être plus ou moins écartée lorsqu'un épanchement se produit entre elles, que le liquide épanché soit du sang, ou, ce qui est beaucoup plus fréquent, qu'il soit séreux. Cet accident, désigné sous le nom de *décollement* de la rétine, compromet singulièrement la vision par suite de l'altération qu'il détermine dans les éléments de la membrane. Aussi, bien qu'elles n'aient pas donné jusqu'ici de grands résultats, doit-on encourager les tentatives faites par Sichel, de Graefe, Bowman, pour ponctionner la rétine, évacuer dans l'humeur vitrée le contenu de la poche et en obtenir le retrait vers la choroïde.

Le liquide épanché entre les deux membranes peut ne pas être réuni en collection, mais répandu uniformément à leur surface : c'est ce qu'on observe dans certains cas de rétinite syphilitique où se produit un exsudat sous-rétinien. Au lieu d'être rouge, le fond de l'œil est alors uniformément grisâtre, ce qui tient à ce que le liquide forme une couche opaque au-devant de la membrane

(1) Le diagnostic de certaines lésions cérébrales, fait à l'aide de l'examen de la rétine, a donné naissance à la *cérébroscopie rétinienne*, qui prend de jour en jour plus d'importance.