

chorio-papillaire ; quoique curable, cette affection est très rebelle au traitement.

La face externe de la rétine répond immédiatement à la couche la plus interne de la choroïde, c'est-à-dire à la couche pigmentaire ; normalement, le pigment ne se dépose jamais sur la rétine, mais, à l'état pathologique, cette membrane peut être infiltrée. Tantôt, on aperçoit à sa surface des plaques noires disséminées sans ordre ; ces plaques affectent parfois, au contraire, une disposition régulière, suivant le trajet des vaisseaux qu'elles finissent par atrophier, et rappellent la forme des corpuscules osseux. Le nom de *rétinite pigmentaire*, sous lequel on désigne cette affection, ne doit pas impliquer le point de départ exact de la maladie, car il est plus vraisemblable qu'elle a son origine dans la choroïde. La rétinite pigmentaire s'observe chez les *héméralopes* (malades qui sont dans l'impossibilité de voir après le coucher du soleil), et, chose très singulière, se rencontrerait, au dire de Liebreich, 40 à 50 fois sur 100 chez les sujets issus de parents consanguins, ce qui d'ailleurs n'est pas démontré.

La rétine reçoit ses vaisseaux d'un tronc unique, l'*artère centrale de la rétine*, provenant de l'ophtalmique. Cette artère se prolonge dans l'épaisseur du nerf optique et apparaît dans l'œil au centre de la papille, où elle se divise aussitôt en deux branches, l'une supérieure, l'autre inférieure. Elle occupe la couche la plus interne de la rétine, c'est-à-dire qu'elle est placée en avant de la membrane de Jacob : aussi, est-elle très facile à découvrir à l'ophtalmoscope et peut-on se guider sur l'une de ses branches pour arriver à la papille. La situation des vaisseaux rétiniens rend compte de l'expérience curieuse de Listing et de Purkinje, qui consiste à *voir ses propres vaisseaux rétiniens*, ce qui prouve que les éléments essentiels de la rétine sont situés sur un plan postérieur à celui des vaisseaux.

L'artère centrale de la rétine est susceptible d'éprouver les mêmes lésions que les autres artères : c'est ainsi qu'elle peut présenter des embolies, des anévrysmes. Elle peut encore se rompre et donner naissance à une hémorragie, à une *apoplexie* de la rétine. Ces diverses altérations amènent des troubles profonds dans la vision, surtout lorsqu'elles siègent au niveau de la macula.

Comment la rétine se termine-t-elle en avant ?

Étendue, ainsi qu'on peut le voir sur la figure 82, du nerf optique au cristallin, sur la grande circonférence duquel elle se perd, la rétine présente dans ce trajet deux portions bien distinctes : l'une postérieure (A, trait noir), l'autre antérieure (B, trait rouge). La postérieure se compose des diverses couches dont est formée la rétine ; la portion antérieure ne renferme plus aucun élément nerveux, mais seulement de la substance conjonctive. En conséquence, bien que ces deux portions forment une même membrane continue, elles sont aussi différentes l'une de l'autre qu'un muscle l'est de son tendon.

On réserve à la portion postérieure le nom de rétine, et on désigne la partie antérieure par le nom de l'anatomiste qui l'a décrite le premier ; on l'appelle *zone de Zinn*. La rétine proprement dite naît donc au pourtour du nerf optique pour se terminer au bord postérieur de la zone de Zinn.

Les éléments nerveux de la rétine commencent à diminuer à partir de l'équa-