

d'*albinisme* congénital, c'est-à-dire que le fond de son œil est privé de pigment : il en résulte des troubles oculaires dus à la diffusion de la lumière après sa pénétration dans les couches de la rétine.

L'*iris* se développe beaucoup plus tard que la choroïde : d'après Valentin, c'est vers le milieu ou la fin du troisième mois. L'*iris* apparaît alors sous la forme d'un anneau étroit, transparent, incolore, sur le bord antérieur de la choroïde, d'où peu à peu il s'étend de la périphérie vers le centre. Si ce développement de l'*iris* ne se fait pas d'une manière égale sur toute la périphérie de la choroïde, il en résulte un déplacement de la pupille du côté du point où le développement est incomplet. La pupille n'occupe plus le centre de l'anneau irien, ce qui constitue la *corectopie* congénitale. Lorsque la fente de la choroïde persiste, il est évident que l'anneau irien ne pourra être complet : on aura alors le *coloboma iridien congénital*. Il est fréquent de voir coïncider le coloboma iridien et le coloboma choroïdien ; parfois même il s'y joint le coloboma de la papille optique, car la fente choroïdienne s'étend en arrière jusqu'à celle-ci. En général, dans le cas de coloboma de l'*iris* et de la choroïde, la sclérotique ne se ferme qu'imparfaitement par un feuillet lamelleux, ainsi que nous l'avons déjà dit. Ce feuillet peu résistant cède plus tard sous la pression intra-oculaire, et on observe le *staphylome sclérotical*. L'*iris* peut ne pas se développer du tout, ce qui constitue l'*aniridie*.

De la membrane capsulo-pupillaire.

Au moment où le bourgeon épidermique, origine du cristallin, se forme, il pousse derrière lui le derme sous-jacent avec ses vaisseaux. Cette partie du derme, ainsi refoulée, devient l'origine d'une membrane appelée *capsulo-pupillaire*. Cette membrane, quoique transitoire, présente une grande importance, car elle préside à la transformation du bourgeon épidermique, qui constitue uniquement à cette époque le cristallin, en une lentille transparente et homogène, capable de réfracter et de concentrer sur la rétine les rayons lumineux. Vue pour la première fois par Hunter, elle a été décrite par Müller, Henle, et surtout par Valentin. A la quatrième semaine de la vie embryonnaire, au moment où le cristallin n'est qu'un simple épaississement de l'épiderme, le derme refoulé est situé derrière lui, en avant de la dépression de la vésicule oculaire primitive. Quand le bourgeon épidermique qui représente le cristallin ne tient plus à la surface cutanée que par un collet très rétréci, le tissu dermique l'entoure complètement, en haut, en arrière et en bas, et, lorsque le cristallin forme un sphéroïde complètement détaché, l'enveloppe que lui forme le derme se sectionne comme lui au niveau du pédicule. Le cristallin se trouve donc à cette époque enveloppé par un sac clos de toutes parts.

L'*iris*, dont le développement est ultérieur, en progressant de la périphérie de la choroïde vers la cavité oculaire, écarte de la lame céphalique la face antérieure du cristallin. La face postérieure de l'anneau irien glisse sur le feuillet antérieur du sac cristallinien, avec lequel elle contracte des adhérences. Il en résulte que la partie centrale de cet anneau est, à cette époque, fermée complètement par le feuillet antérieur de la membrane vasculaire ou dermique du cristallin.