

nerveuses sont plus abondantes. Graduellement, le gonflement de la papille augmente, et il peut atteindre des proportions assez considérables pour masquer complètement les bords du disque optique et rendre difficile la découverte de la papille. Ce gonflement, pour peu qu'il soit prononcé, fait proéminer la papille du côté du corps vitré et fait en sorte qu'il n'y a plus de niveau entre la rétine et le nerf optique. L'œil emmetrope peut donc devenir hypermétrope, ou le vice de réfraction peut augmenter s'il existe déjà. La différence de réfraction entre le niveau de la rétine et celui de la papille est facilement appréciable en utilisant le déplacement parallactique.

Lorsque ces divers symptômes persistent pendant quelque temps, l'inflammation succède à l'œdème et envahit, non-seulement la papille, mais aussi la rétine. On voit alors, à ce degré plus avancé, apparaître des hémorrhagies le long des grosses veines dans la papille ou dans son voisinage. Ces hémorrhagies offrent une disposition striée. Les fibres nerveuses, au niveau de la papille, et près de là, dans la rétine, perdent leur transparence, se transforment en plaques blanches striées. L'inflammation envahit le tissu cellulaire de la rétine et il en résulte des taches blanches arrondies, réunies par groupes au devant desquelles passent les vaisseaux rétinien. La membrane adventice des vaisseaux participe aussi aux lésions de l'inflammation. On voit apparaître, sur les parois vasculaires, une double ligne blanche qui vient se juxtaposer aux deux lignes rouges qui limitent le vaisseau affecté. A l'endroit de la macula on peut remarquer aussi une lésion toute particulière. A cet endroit, les fibres de Muller étant radiées, la sclérose offre l'apparence d'une étoile dont les branches brillantes rayonnent tout autour de la macula. Cette étoile se rencontre surtout dans la névro-rétinite de Bright.

Le tableau détaillé qui précède n'est pas toujours complet dans chaque cas particulier qui se présente. Le gonflement de la papille est quelquefois à peine appréciable, les hémorrhagies, les plaques blanches manquent souvent: tel était le cas de la malade dont nous avons fait l'autopsie hier. Par contre, la malade couchée au no. 36 offre un œdème papillaire des plus caractéristiques; on remarque aussi des plaques blanches sous forme de stries au pourtour de la papille et des hémorrhagies le long des gros vaisseaux.

Ces différences dans l'aspect papillaire ont conduit les auteurs à admettre plusieurs variétés de névrite. Il y aurait la névrite descendante, c'est-à-dire se propageant du cerveau à la papille, une névrite rétro-bulbaire, comme on pourrait en observer une à la suite d'un phlegmon de l'orbite, la névrite ascendante, se propageant de la papille vers le cerveau, et enfin une fausse névrite, c'est-à-dire une stase papillaire, soit qu'il y ait simplement œdème de la papille sans inflammation des fibres nerveuses, soit qu'il y ait névrite véritable consécutive à l'œdème. Ces différentes sortes de névrites optiques sont incontestables, mais leur diagnostic différentiel à l'ophthalmoscope est entouré de telles difficultés et de telles incertitudes qu'il n'y a pas lieu d'attacher une très-grande importance aux assertions de ceux qui prétendent fixer d'une manière absolue le diagnostic différentiel en pareil cas.

*Etiologie.*—Après avoir reconnu l'existence de la névrite, il faut en trouver la cause. Que n'a-t-on pas dit, depuis quelques années, pour