

IX. — PTÉRYGION.

§ 22. SYMPTÔMES ET MARCHE. — Le ptérygion (1) est un repli triangulaire de la muqueuse, qui prend son point d'origine sur la conjonctive du bulbe, d'où il s'étend sur la cornée à son côté interne ou à son côté externe (fig. 38). Le sommet arrondi du triangle se trouve sur la cornée, à laquelle il est adhérent. Sa base s'étend sur la conjonctive bulbaire, dans laquelle elle se continue sans limites bien nettes. La pointe, c'est la « tête » du ptérygion; la partie qui repose sur la sclérotique en est le

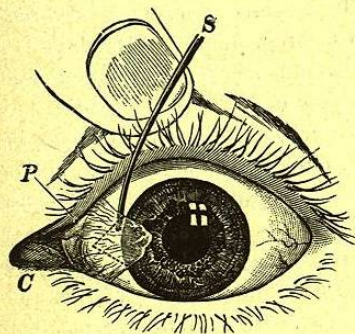


FIG. 38. — Pterygion. — Sous le bord du ptérygion, on a poussé une sonde S. La ligne ponctuée indique la direction de l'incision pour l'enlèvement du ptérygion. C, caroncule. Le repli semilunaire voisin est effacé par le tiraillement du ptérygion et ne se voit plus. P, point lacrymal supérieur.

« corps ». La portion qui se trouve entre les deux, et qui correspond au bord de la cornée, est le « col » du ptérygion. A cet endroit, les limites en sont le plus nettes, parce que les bords sont repliés, de façon que, sous ces bords, on peut pousser une sonde (fig. 38, S) à une certaine profondeur.

Le ptérygion frais est succulent et riche en vaisseaux sanguins. Ceux-ci partent de la base et se dirigent en convergeant vers la pointe, donnant au ptérygion sa teinte rougeâtre. On lui a donné le nom de ptérygion, parce que, par sa forme et ses nervures, il ressemble aux ailes de certains insectes (hyménoptères).

Le repli conjonctival qui constitue le ptérygion est très tendu, de façon à produire un certain nombre de sillons (rayures) radiaires; dans les ptérygions qui ont leur siège du côté interne de l'œil, on trouve souvent le repli semilunaire effacé et entraîné dans le corps du ptérygion même (fig. 38).

Il faut distinguer, dans la marche du ptérygion, deux stades. D'abord il s'accroît constamment, dans le cours des années, se dirigeant vers le centre cornéen, qu'il finit par atteindre et même par dépasser — *ptérygion progressif*. Enfin, il s'arrête et reste fixé pour toujours au même point de la cornée — *ptérygion stationnaire*. Pour savoir si, dans un cas donné, on a affaire à un ptérygion progressif ou stationnaire, il faut surtout en examiner la pointe. Au stade progressif, elle est entourée d'un liséré gris, sans vaisseaux, d'une apparence épaisse et gélatineuse. Dans le ptérygion

(1) Πτέρυξ, aile.

stationnaire, ce liséré est devenu mince, d'aspect cicatriciel, et tout le ptérygion est mince, pâle, presque privé de vaisseaux, d'apparence tendineuse.

Le ptérygion ne se rencontre que dans la zone cornéenne qui répond à la fente palpébrale, et plus fréquemment du côté interne. Quand il en existe déjà un de ce côté, il peut encore s'en développer un autre au côté externe. Les deux ptérygions se rencontrent quelquefois au centre de la cornée. Jamais on n'a observé de ptérygion vrai sur les bords supérieur et inférieur de la cornée; au contraire, il n'est pas rare de voir les deux yeux atteints en même temps de ptérygion, au point que certains patients en portent quatre (un du côté externe et un du côté interne de chaque cornée).

Une des conséquences les plus fâcheuses du ptérygion, c'est la diminution de la vue. Celle-ci commence à baisser, dès que la pointe du ptérygion atteint le champ pupillaire de la cornée, et elle faiblit de plus en plus à mesure que la pointe se rapproche du centre cornéen. Par le tiraillement qu'il détermine, le ptérygion produit souvent un état d'irritation de l'œil qui se manifeste par une forte injection et une succulence du ptérygion (inflammation catarrhale du ptérygion). Ensuite il engendre une difformité très apparente, surtout quand il est rouge, et peut enfin occasionner une diminution de la motilité du globe oculaire. Lorsqu'il siège, par exemple, au côté interne de la cornée, si l'on dirige l'œil fortement en dehors, ce mouvement sera gêné par le ptérygion tendu. Il s'ensuit que le mouvement de latéralité de cet œil est moins étendu que celui de l'œil, sain, et, par suite d'une position vicieuse de cet œil, il peut se manifester une diplopie binoculaire.

ÉTILOGIE. — Le ptérygion n'est autre chose qu'un repli conjonctival entraîné et fixé sur la cornée. Le point de départ s'en trouve dans la pinguécula. Le processus dégénératif, qui le constitue, progresse d'abord jusqu'au limbe et envahit ensuite graduellement la cornée elle-même. La pinguécula se propage ainsi sur la cornée, tout en entraînant la conjonctive après elle. Puisque le ptérygion naît de la pinguécula, on s'explique pourquoi on ne le rencontre que sur les bords interne et externe de la cornée. — De même que la pinguécula est due aux influences externes qui, dans l'étendue de la fente palpébrale, finissent, au bout d'un certain nombre d'années, par attaquer la conjonctive, le ptérygion, à plus forte raison, dépend de la même cause. Il s'ensuit qu'on ne le rencontre que chez les personnes âgées, surtout chez celles qui sont exposées au vent et à la poussière; tels sont : les campagnards, les cochers, les maçons, les tailleurs de pierre, etc. Dans les classes aisées, le ptérygion est une affection rare. La forme triangulaire du repli, son bord doublé, sa tension

dans le sens horizontal s'expliquent par ce fait que la conjonctive est entraînée de force sur la cornée.

TRAITEMENT. — Le ptérygion se traite par excision, d'après la méthode d'Arlt. Au moyen d'une pince à dents de souris, on saisit le ptérygion au col; à cet endroit, son bord étant constitué par un repli conjonctival, il est possible de le soulever en partie. A partir du col, on dissèque soigneusement la tête qui repose sur la cornée, en se tenant strictement dans les limites qui séparent le tissu du ptérygion de celui de la cornée. On doit spécialement enlever, à la curette si c'est nécessaire, et avec le plus grand soin, le liséré gris, gélatineux de la tête du ptérygion. Lorsque toute la tête jusqu'au limbe est détachée de la cornée, on circonscrit ce lambeau en pratiquant deux incisions, qui partent, l'une du bord supérieur, l'autre du bord inférieur du col, pour se réunir, en convergeant, dans le corps du ptérygion (fig. 38, la ligne pointillée). De cette manière, on excise un lambeau en losange, comprenant la tête et une partie du corps, et il reste une plaie dont une moitié se trouve sur la cornée, et l'autre dans la conjonctive bulbaire. On ferme la plaie conjonctivale en réunissant, par une ou deux sutures, la lèvre inférieure à la lèvre supérieure. La plaie de la cornée se guérit, en se couvrant d'un tissu cicatriciel, qui produit une opacité permanente. Il est de la plus grande importance de bien réunir les lèvres de la plaie, surtout au niveau du limbe, sinon la conjonctive s'étend de nouveau sur la cornée, et le ptérygion récidive. D'ailleurs, il n'est pas rare de voir un ptérygion opéré avec soin récidiver et exiger une nouvelle intervention.

L'excision est indiquée dans tous les cas de ptérygion progressif, car, même s'il est encore petit, il est impossible de prévoir s'il ne finira pas par couvrir le champ pupillaire de la cornée. Il vaut donc mieux garantir l'intégrité de la vue, en pratiquant à temps l'ablation du ptérygion. Une fois, en effet, qu'il est arrivé jusqu'au centre de la cornée, de façon à gêner la vision, l'ablation diminuera la gêne, mais ne pourra entièrement rétablir la vue, puisque les points de la cornée qui ont été couverts par le ptérygion ne reprennent plus jamais entièrement leur transparence. Toutefois, l'ablation a toujours pour résultat de faire disparaître les symptômes irritatifs concomitants, la diminution de la motilité oculaire et la difformité. — Quant au ptérygion stationnaire, l'ablation n'en est pas toujours indiquée; il faut s'en rapporter avant tout au désir du patient, qui veut être débarrassé de sa difformité, etc.

Les anciens auteurs distinguent un pterygium crassum (vasculosum, carnosum, sarcomatosum) et un pterygium tenue (membranaceum). Le premier correspond au ptérygion enflammé, donc rouge et épais, le second au ptérygion stationnaire, devenu mince et tendineux. — Histologiquement, le pté-

rygion est identique à la conjonctive bulbaire, dont il ne constitue qu'un repli. Il est essentiellement formé par du tissu conjonctif fibrillaire recouvert par l'épithélium de la conjonctive; la pointe seule est souvent recouverte par l'épithélium cornéen, sous lequel s'insinue le ptérygion (fig. 39, *g*). Dans le tissu du ptérygion, l'on trouve des glandes tubuleuses néoformées, ainsi que des cavités (*b*, *b'*, *b''*) plus ou moins grandes, tapissées d'épithélium; toutes deux peuvent donner naissance à des kystes. En dessous du ptérygion, la mem-

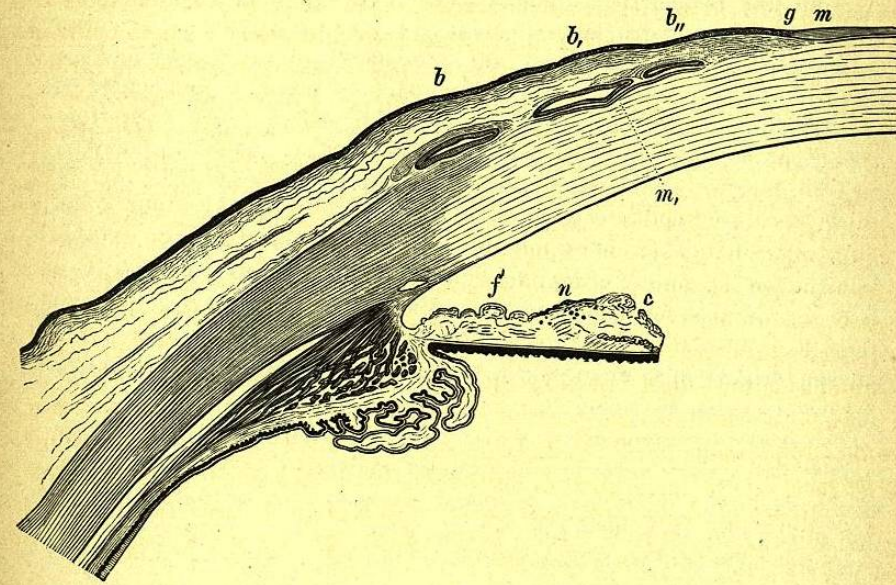


FIG. 39. — Coupe longitudinale à travers un ptérygion. Gross. 12/1. — La tête du ptérygion est indiquée en *m* par la terminaison de la membrane de Bowman; en *g* est la limite entre l'épithélium cornéen et celui de la conjonctive. En *b*, *b'*, *b''*, on voit des cavités revêtues d'épithélium. Elles représentent les coupes des gouttières qui séparent les bords latéraux du ptérygion de la cornée et dont la coupe a rencontré le fond. Sous ces cavités se montre en *m'* un reste de la membrane de Bowman. — L'œil avait la pupille large. Pour cette raison, l'iris semble, sur la coupe, court et épais; le bord pupillaire tombe à pic et même, en surplombant, sur la capsule antérieure du cristallin, de façon à recouvrir le feuillet rétinien pigmenté de l'iris (comp. fig. 101). A la face antérieure de l'iris se montrent très saillants les plis de contraction *f*, l'orifice d'une crypte *c* et, enfin, une accumulation de cellules pigmentées *n* dans les couches superficielles. Ce pigment constituait une tache brune dans l'iris d'ailleurs bleu (naevus de l'iris).

brane de Bowman peut être en partie détruite; les lamelles cornéennes superficielles mêmes sont de-ci de-là remplacées par du tissu appartenant au ptérygion. Ainsi s'explique pourquoi, après l'excision du ptérygion, la cornée ne reprend plus sa transparence normale.

C'est à Arlt que nous devons un procédé opératoire du ptérygion, qui est très souvent suivi de succès; c'est lui, en effet, qui, le premier, a démontré la nécessité de réunir les lèvres de la plaie produite par l'ablation du ptérygion. Avant lui, on se contentait simplement de l'exciser; mais cette opération était si souvent suivie de récidive que, chez beaucoup de praticiens, elle avait perdu tout crédit. — La réunion des lèvres de la plaie par la suture devient difficile ou même impossible quand il s'agit de ptérygions très larges. Alors,

pour faciliter le rapprochement des lèvres de la plaie, on pratique des incisions libératrices dans la conjonctive voisine. Dans les boutonnières produites par les incisions libératrices, on peut introduire la tête du ptérygion et l'y fixer par une suture, au lieu de l'exciser.

Pseudoptérygion (ptérygion cicatriciel). — On observe quelquefois, à la suite de certains processus inflammatoires, des adhérences de replis conjonctivaux sur la cornée, qui présentent l'aspect d'un vrai ptérygion. Supposons, par exemple, une blennorrhée aiguë de la conjonctive, accompagnée d'un chémosis volumineux et d'un large ulcère périphérique de la cornée. Le bourrelet chémotique conjonctival repose sur la surface ulcérée et contracte adhérence avec elle. Après la terminaison de l'inflammation, le gonflement conjonctival diminue, le bourrelet chémotique disparaît; mais, à l'endroit où il a contracté adhérence avec la cornée, la conjonctive reste définitivement fixée. On voit alors un repli triangulaire, formé par la conjonctive, passant sur le limbe, s'avancer sur la cornée et y adhérer. Au niveau du limbe, on peut habituellement passer une sonde fine sous ce repli, preuve qu'il n'est adhérent que par la pointe, et non dans toute son étendue. Le pseudoptérygion ne progresse pas sur la cornée, comme le fait le vrai, mais reste pour toujours fixé à l'endroit de la cornée où il s'est attaché. Le pseudoptérygion, par son origine et sa manière d'être, se rapproche plutôt du symblépharon que du ptérygion lui-même.

Les pseudoptérygions ne s'observent pas seulement après les blennorrhées aiguës, mais encore après la diphtérie, les brûlures, les corrosions, les prolapsus de l'iris, l'ablation de néoplasmes, etc. Il est évident qu'on peut les rencontrer, non seulement sur les côtés interne et externe, mais encore sur n'importe quel côté de la cornée. Les pseudoptérygions qui résultent d'une blennorrhée aiguë se trouvent de préférence vers le haut; ceux qui proviennent de brûlures et autres lésions semblables se trouvent le plus fréquemment sur les parties inférieures de la cornée (dans l'étendue de la fente palpébrale).

Une autre variété de pseudoptérygion doit son origine à une ulcération chronique superficielle de la portion marginale de la cornée (*kératite marginale superficielle*). Par la cicatrisation consécutive à l'ulcération, la conjonctive est de plus en plus attirée sur la cornée. Ces pseudoptérygions ont beaucoup d'analogie avec le ptérygion vrai, car, comme lui, ils croissent lentement sur la cornée et ne forment pas, comme les autres pseudoptérygions, un pont par-dessus le limbe. On ne peut les distinguer du ptérygion vrai que si l'on constate, dans les portions marginales de la cornée exemptes du ptérygion, des traces du processus ulcérateur ou de ses conséquences (taies cornéennes superficielles).

Les petits pseudoptérygions peuvent être abandonnés à eux-mêmes sans inconvénient. Quant aux grands, on en fait d'ordinaire l'ablation, suivant le procédé de l'opération du vrai ptérygion, et l'on réunit les lèvres de la plaie au moyen d'une suture. Dans les cas où le pseudoptérygion n'est pas adhérent à la surface du bulbe au niveau du limbe, on peut renoncer à l'ablation

et à la suture; il suffit simplement de détacher de la cornée la pointe du pseudoptérygion, pour le voir se retirer d'abord, puis se flétrir et disparaître.

Il arrive quelquefois qu'un vieux pannus, qui s'est transformé déjà en tissu conjonctif, n'est relié à la cornée que par un tissu cellulaire lâche. Alors il jouit d'une certaine mobilité, de façon qu'on peut le faire glisser, en même temps que la conjonctive du bulbe, sur les couches sous-jacentes. Cet état peut en imposer pour un ptérygion.

X. — SYMBLÉPHARON.

§ 23. SYMPTÔMES. — Sous le nom de symblépharon (1), on désigne l'adhérence cicatricielle de la conjonctive palpébrale avec celle du globe. En cherchant à écarter la paupière de l'œil, on voit des brides, se dirigeant d'un ou plusieurs points de la face interne de la paupière vers la surface du globe oculaire, se tendre et empêcher l'écartement complet de la paupière. Ces brides ont le plus souvent l'aspect tendineux, plus rarement

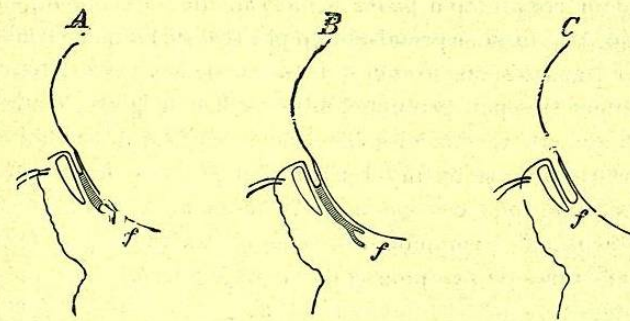


FIG. 40. — *Symblépharon*, figure schématique. — A, symblépharon antérieur; — B, symblépharon postérieur par accolement; — C, symblépharon postérieur par rétraction; — f, cul-de-sac.

elles sont charnues et peuvent s'insérer, non seulement sur la conjonctive bulbaire, mais encore sur la surface de la cornée même. Lorsque les adhérences entre les deux surfaces conjonctivales se trouvent vers la périphérie, au niveau du cul-de-sac, on désigne cet état sous le nom de *symblépharon postérieur* (fig. 40, B). Si, au contraire, les adhérences ne vont pas si loin, de façon que les brides cicatricielles se tendent entre les paupières et le globe oculaire en forme de pont, en laissant une place pour passer une sonde le long du cul-de-sac, on dit qu'il existe un *symblépharon antérieur* (fig. 40, A). Cette distinction repose sur des raisons pratiques, parce que le *symblépharon antérieur* s'opère facilement, tandis que le *symblépharon postérieur* est difficile ou même impossible à opérer.

(1) *Σύν* et *βλέφαρον*, paupière.

Lorsque les paupières sont adhérentes au globe dans toute leur étendue, il y a *sympblepharon total*; cet état s'observe rarement.

ÉTILOGIE. — Le *sympblepharon* prend naissance, lorsque deux surfaces dénudées, l'une de la conjonctive de la paupière, l'autre de celle du globe oculaire, se trouvant adossées l'une à l'autre, finissent par contracter adhérence. L'adhérence surviendra nécessairement, lorsque les deux surfaces dénudées s'étendent jusque dans le cul-de-sac et s'y rejoignent. En effet, deux surfaces dénudées qui viennent à se réunir sous un angle aigu commencent toujours à se cicatriser au niveau de cet angle. Les plaies de la conjonctive sont produites par des brûlures, des corrosions, la diphtérie, des opérations, des ulcères de tout genre, etc.

Dans un sens un peu différent, on se sert de l'expression *sympblepharon* pour désigner un raccourcissement de la conjonctive qui résulte d'une rétraction graduelle de son tissu. Dans ce cas, il ne s'agit pas d'une adhérence entre deux surfaces érodées de la conjonctive, mais d'une diminution graduelle du sac conjonctival. D'abord les plis du cul-de-sac s'effacent, et la conjonctive passe sans transition de la paupière sur le globe (fig. 40, C), aussi se prend-elle en plis transversaux lorsqu'on écarte la paupière. Dans les cas avancés, le sac conjonctival est réduit à une simple gouttière très peu profonde, située entre le globe oculaire et la paupière. Comme le raccourcissement de la surface de la conjonctive, à la suite de rétraction, se traduit toujours en premier lieu par la disparition du cul-de-sac, tous ces cas appartiennent au *sympblepharon postérieur*. Cette espèce de *sympblepharon* s'observe surtout après le trachome et dans les cas rares de pemphigus de la conjonctive.

De tout légers *sympblepharons* n'amènent aucune *conséquence* bien fâcheuse. Lorsque les adhérences sont plus étendues, elles gênent l'écartement des paupières et les mouvements de l'œil, ce qui peut troubler la vision. D'autre part, comme ces mouvements exercent du tiraillement sur les adhérences, l'œil s'en trouve constamment irrité. Quand les adhérences siègent dans l'étendue de la fente palpébrale, elles produisent une difformité et, lorsqu'elles s'insèrent sur la cornée, elles peuvent altérer la vision. Dans les cas d'adhérences très étendues, les paupières sont si peu mobiles que l'occlusion complète en est devenue impossible et qu'il existe une lagophthalmie, avec toutes ses suites fâcheuses pour la cornée. Il va sans dire, d'ailleurs que le *sympblepharon total* amène aussi la cécité complète, du moins il ne reste plus que la perception lumineuse quantitative.

TRAITEMENT. — Le traitement relève de la chirurgie. On guérit facilement les cas de *sympblepharon antérieur*. On incise soigneusement l'adhérence entre la paupière et le bulbe oculaire, de façon à n'intéresser ni la

sclérotique ni le tarse. Lorsque la paupière est détachée, il s'agit de prévenir les adhérences ultérieures des plaies fraîches et d'obtenir que chacune d'elles se cicatrise pour son compte. Dans ce but, il faut séparer fréquemment la paupière du globe oculaire et, entre les deux, on place une compresse imprégnée d'huile ou enduite d'une pommade.

Pour opérer le *sympblepharon postérieur*, on commence aussi par détacher les adhérences jusqu'au cul-de-sac. On voit alors, en écartant la paupière du globe, deux plaies vives situées en regard l'une de l'autre, la première au globe, la seconde à la paupière (fig. 41). Ces plaies se continuent entre elles dans le cul-de-sac, et elles s'accolleraient rapidement, si l'on n'avait soin d'en recouvrir une de conjonctive pour que l'une des surfaces dénudées s'adosse à une place recouverte d'épithélium. On recouvre de préférence la plaie du globe, parce que la conjonctive bulbaire est très mobile, tandis que celle des paupières est solidement fixée au tarse. On libère donc la conjonctive bulbaire de chaque côté de la plaie, sur laquelle on l'entraîne ensuite, pour l'y fixer au moyen de sutures. Pour réussir, il faut particulièrement soigner l'adaptation des lèvres de la plaie au niveau du cul-de-sac. Si, après la séparation des adhérences, la plaie de la conjonctive bulbaire est tellement étendue qu'on ne dispose pas d'assez de conjonctive pour la recouvrir, les adhérences se reproduiront inévitablement. Il s'ensuit naturellement que les *sympblepharons postérieurs* très étendus et, par conséquent, à plus forte raison, le *sympblepharon total*, sont incurables. Il faut en dire autant du *sympblepharon né d'une rétraction graduelle de la conjonctive*.

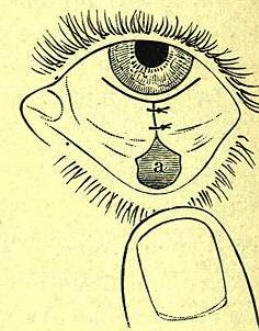


FIG. 41. — Opération d'un *sympblepharon postérieur*. — La plaie de la conjonctive palpébrale a est restée béante; celle de la conjonctive bulbaire a été réunie par deux sutures. Pour pouvoir attirer la conjonctive, on a tracé, au sommet de la plaie, deux incisions libératrices parallèles au bord cornéen, l'une en dedans, l'autre en dehors.

On opère quelquefois le *sympblepharon*, même dans les cas où l'œil est aveugle et atrophié, dans le but de rendre possible le port d'une prothèse oculaire.

Pour arriver à pouvoir opérer des *sympblepharons postérieurs* avec des adhérences étendues, on a imaginé diverses méthodes. Comme pour l'opération de la syndactylie, Himly, le premier, a traversé l'adhérence, le long du cul-de-sac, par un fil de plomb. En laissant le fil en place pendant longtemps, le canal dans lequel il passe se revêt d'épithélium (comme il se fait pour le petit canal du lobe de l'oreille, chez les personnes qui portent des pendants d'oreille). De cette façon, le *sympblepharon postérieur* est transformé en un

symblépharon antérieur, que l'on peut opérer alors par une simple séparation des adhérences. D'autres ont essayé de recouvrir la large plaie bulbaire résultant de la séparation du symblépharon, par de la conjonctive bulbaire, rendue mobile aux moyen d'incisions libératrices. D'autres ont taillé dans la conjonctive un lambeau pédiculé pour l'appliquer sur la plaie (Teale, Knapp). Il en est (Stellwag, Wolfe) qui ont greffé sur la plaie, et cela avec succès, des fragments non pédiculés de muqueuse pris sur d'autres points (de la conjonctive prise sur un autre œil, de la muqueuse des lèvres, de la bouche, du vagin, ainsi que de la muqueuse d'animaux). Enfin, il y a même des opérateurs qui ont remplacé la perte de substance par de la peau, soit sous forme de petites greffes, soit sous forme de lambeaux pédiculés, que l'on amène, par une fenêtre pratiquée dans la paupière, entre elle et le globe (Kuhnt, Snellen). Il faut dire pourtant que, en général, dans les adhérences très étendues, toutes ces méthodes échouent fréquemment, parce qu'à la suite de la rétraction conjonctivale consécutive, le symblépharon récidive habituellement.

XI. — XÉROSIS.

§ 24. SYMPTÔMES. — On désigne sous le nom de xérosis (1) de la conjonctive une altération de cette membrane qui consiste en ce que la surface en est sèche. Au niveau des points xérotiques, la surface de la conjonctive est grasseuse, luisante, de teinte blanchâtre et semble d'aspect épidermique, ou bien est couverte comme d'une écume desséchée. La conjonctive est plus épaisse à cet endroit, moins extensible et se prend en plis raides. Les larmes coulent sur les points malades, sans les mouiller ; dans les cas graves même, la sécrétion lacrymale est tarie. Une altération analogue s'observe aussi à la cornée, dont la surface est mate, terne et d'aspect sec, tandis que le parenchyme de la cornée a en même temps perdu sa transparence (xérosis cornéen).

ÉTILOGIE. — Les cas où l'on trouve le xérosis se divisent en deux groupes. Dans le premier groupe, le xérosis est le résultat d'une affection locale de l'œil ; dans le second, il constitue une complication d'une affection générale.

Le xérosis, suite d'une *affection locale*, s'observe :

a) Dans la *dégénérescence cicatricielle* de la conjonctive. On l'observe le plus fréquemment comme terminaison du trachome, plus rarement après la diphtérie, le pemphigus, les brûlures, etc. Il débute par plaques, mais finalement il peut s'étendre sur toute la conjonctive et également sur la cornée. Dans ce dernier cas, la vue disparaît, parce que la cornée xérotique est opaque. Cette forme de xérosis est incurable.

(1) Ξηρός, sec.

b) Quand la conjonctive est *incomplètement recouverte* et se trouve ainsi constamment en contact avec l'air, il peut aussi se développer un xérosis. Cet état s'observe dans l'ectropion et dans la lagophtalmie (occlusion incomplète des paupières). Dans le premier cas, c'est la partie mise à nu de la conjonctive du tarse, dans le second cas, au contraire, ce sont les parties de la conjonctive sclérale et de la cornée correspondant à la zone de la fente palpébrale, qui sont couvertes d'un épithélium d'aspect épidermique, épaissi et sec. C'est cet épithélium, d'ailleurs, qui préserve du dessèchement les couches profondes de la conjonctive. Pour ces cas, il n'y a de remède que lorsqu'il est possible (par un procédé opératoire) de rendre à la conjonctive mise à nu et à la cornée leur abri normal.

Le xérosis se montre également comme symptôme important d'une *affection générale* d'une espèce particulière, qui se manifeste chez des personnes affaiblies dans leur nutrition ; la cause en est inconnue. Dans ces cas, le xérosis débute aux côtés interne et externe de la conjonctive bulbaire sous la forme de petits triangles recouverts d'une sorte de mousse fine et sèche, et que les larmes ne peuvent humecter (Bitot).

En même temps il existe généralement un trouble de la vue particulier, l'*héméralopie*, ou *cécité nocturne* (voir § 105).

S'agit-il d'adultes, le xérosis et l'héméralopie disparaissent en quelques semaines. Chez les petits enfants au contraire, l'affection suit souvent une marche fatale. Le xérosis s'étend à toute la conjonctive, puis à la cornée. Celle-ci se trouble et suppure ; c'est ce qu'on nomme la *kératomalacie* (voir § 38). Les enfants atteints finissent par succomber, avec tous les signes d'une dystrophie grave.

C'est Cohn qui, le premier, a établi la distinction entre le xérosis dépendant d'une cause locale et celui qui résulte d'une affection générale. Cette division correspond à peu près à la division ordinaire en xérosis parenchymateux et en xérosis épithélial. Dans le xérosis local, la muqueuse est malade jusque dans ses couches profondes (xérosis parenchymateux), tandis que, dans le xérosis dépendant d'une dystrophie générale, les altérations ne concernent que l'épithélium (xérosis épithélial). Quelques auteurs distinguent encore le xérosis partiel (ou glabre) du xérosis total (ou squameux).

Les altérations anatomiques qui constituent l'essence du xérosis ont principalement l'épithélium pour siège. Les cellules des couches superficielles

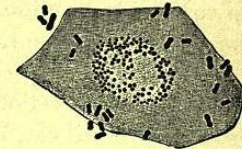


FIG. 42. — Xérosis de la conjonctive. Gross. 820/1. — Cellule épithéliale de la conjonctive xérotique d'un enfant atteint de kératomalacie, raclée et colorée par le Gram. Le noyau de la cellule est plus clair et, dans son voisinage immédiat, sont répandus, dans le protoplasme cellulaire, de nombreuses granulations de kératohyaline. Sur la cellule, on voit les bacilles du xérosis de grandeur très différente. Les plus gros ont nettement la forme de biscuit, les plus petits sont comme des micrococques allongés.