

Kératodystrophie

CHAMS¹ et AMINI²

La kératodystrophie est un des sujets les plus importants de l'ophtalmologie. Elle se produit à la suite des troubles de la nutrition, des maladies générales ou bien des hérédodégénérescences oculaires.

Nous vous rapportons, plus loin, des séries d'observations des malades suivis dans notre service d'ophtalmologie.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

D'abord, nous devons vous parler en quelques mots de l'étiopathogénie.

La maladie débute, d'après sa propre étiologie à n'importe quel âge, mais, la plupart de nos malades étaient dans la prépuberté, et les vieux étaient très peu nombreux. Les formes hérédodégénératives sont intéressantes à cause de leur rareté.

SYMPTOMATOLOGIE

La baisse de la vision est le seul symptôme subjectif qui se présente parfois sous forme de sensation de brouillard, de diminution de la

1) Prof. de Cl. Opht. à la Faculté de Médecine de Téhéran.

2) Assistant à la Faculté de Médecine de Téhéran.

vue dans certaines parties limitées du champ visuel. Mais, objectivement, on voit des taches d'un blanc sale apparaître sur toute la surface de la cornée, surtout dans l'espace interpalpébral. La forme en est très différente: circulaire, en grains de sel fin, en pointillé, en aiguille ou bien en bandelette; toutes ces formes se trouvent chez nos malades: chez Ch. Ch., des taches circulaires; chez F.A., en bandelette; chez A.A., en grains de sel fin; chez la 4ème, H.A., dystrophie nodulaire du type aggloméré, ou en bandelette. On a pu les grouper, au point de vue de l'aspect général, sous les titres suivants: dystrophia cornea granulosa, dyst. filiformis profonde, dyst. corn. farinata, dyst. corn. maculosa, dyst. corn. reticulosa. Mais cette nomenclature est loin d'être universelle parce qu'elle change d'après la comparaison choisie par l'auteur, par exemple: miette de pain rassis, grains de sel fin, vitre de verre, etc... Bref, parmi nos malades, sept ont de la dystrophia granulosa, deux de la dystrophia maculosa, quatre de la dystrophie en bandelette, deux de la kératoclasie marginale dystrophique, et enfin le dernier a un arc lipoïdien.

ÉVOLUTION

Cette affection est progressive, et parfois, les douleurs névralgiques font sentir au milieu des nodules granuleux; mais à l'exception de F.A., aucun de nos malades ne souffre d'une telle douleur; toutefois, chez certains, la cornée perd plus ou moins sa sensibilité. On voit également survenir des altérations oculomotrices et une baisse de la vision.

Nos traitements médicaux n'ont donné aucun résultat, sauf chez Ch. Ch., où ils ont eu un certain effet.

Dystrophies hérédofamiliales

Elles sont décrites par Groenoune (1890), Haab (1899), Dimmer (1899) et Guillermin et Chams (1929). En 1938, Buecklers détermine trois tableaux cliniques fondamentaux: dystrophia cornea granulosa, dystrophia cornea maculosa, dystrophia cornea reticulata.

a) Dystrophia cornea granulosa

C'est une dystrophie le plus souvent héréditaire et généralement bilatérale. Elle débute par l'apparition de quelques granulations blanchâtres sur la cornée. Celles-ci sont sous-épithéliales, ponctiformes, et, au cours des années augmentent en nombre et en volume en prenant des formes variées (disques, cercles, aiguilles, sphérules, etc.) qui peuvent être vues au biomicroscope.

OBSERVATIONS

Cas I. - Ch., femme de 20 ans, nous a consulté pour une baisse de la vision de l'O.G. et un léger trouble de l'O.D. Ces troubles ne seraient pas récents et elle ne se rappelle pas la date de leur début. Rien d'important dans ses antécédents héréditaires, collatéraux et personnels.

O.D. V. = 8/10

O.G. V. = 5/10

Les paupières, la conjonctive et les voies lacrimales sont saines aux deux yeux. Les globes ne font pas de saillie anormale ni de déviation; les mouvements des yeux sont normaux. Les lésions principales qui attirent l'attention sont au niveau des cornées: sur un fond sensiblement transparent, on voit des taches bien limitées, d'un blanc calcaireux, s'accumuler au centre comme des taches de bougie (Planche VIII, fig. 1). Elles paraissent être plates et ressemblent à une feuille avec des ramifications de communication. Le biomicroscope montre l'intégrité de l'épithélium antérieur, pas d'altération à la surface de la cornée; les lésions sont sous-épithéliales au niveau de la membrane de Bowman et au tiers antérieur de la substance propre. La cornée n'a pas de vaisseaux, sauf dans sa partie inférieure sur laquelle viennent se terminer quelques ramifications vasculaires. Chambre antérieure, iris, et orifice pupillaire, cristallin et vitré sont normaux. La réaction de Wassermann est subpositive, pourtant, le traitement antispécifique n'a pas donné de résultat.

Cas II. - L. A., 9 ans. Elle nous a consulté pour une baisse de la vision de l'œil droit, où on voit 10 à 12 petites taches.

O.D. V. = 1/8

O.G. V. = 1/2

A la biomicroscopie, l'épithélium antérieur est intact et la surface de la cornée est indemne. Les lésions sont sous-épithéliales, pré-descémétiques et sont constituées par des taches d'un blanc calcaireux bien limitées comme des taches de bougie, mais qui se communiquent par des ramifications (Planche XIII, fig. 2). Elles sont entassées dans la partie non couverte de la cornée; celle-ci est légèrement vascularisée. L'œil et les milieux sont normaux, sauf le trachome au 3^{ème} degré. A l'œil gauche, il y a aussi quelques points de dystrophie du même type; mais pas de vascularisation de la cornée, ni de lésions sur l'iris.

Cas III. - R.A., 28 ans. Il nous a consulté pour une baisse de la vision, surtout de l'œil droit, et des phénomènes subjectifs: photophobie, larmoiement. Rien d'important dans ses antécédents, sauf la typhoïde, il y a quelques années, qui n'a pas laissé de séquelles.

A l'examen, la sensibilité de la cornée est normale. On voit 8 à 10 petites taches blanches s'amasser en étoiles au centre de la cornée droite; de telles taches se trouvent également à gauche.

O.D.G. V. = 7/10

Le biomicroscope montre l'épithélium intact, et les lésions se présentent sous forme de taches calcaireuses dont le siège reste sous-épithélial, pré-descémétique et se limite à l'aire pupillaire. Pas de vascularisation sur la cornée, ni de lésion sur l'iris (Planche XIV, fig. 1).

Cas IV.-V. Ch., 8 ans, nous a consulté en disant qu'il ne peut pas bien voir de l'œil gauche, et qu'il voit toujours une tache devant cet œil. Dans ses antécédents héréditaires et personnels, il n'y a rien d'important. A l'examen, les paupières et la conjonctive sont normales; mais, la sensibilité de la cornée est légèrement atteinte, et sur sa partie ouverte, on constate 6 à 8 taches rondes d'un blanc grisâtre.

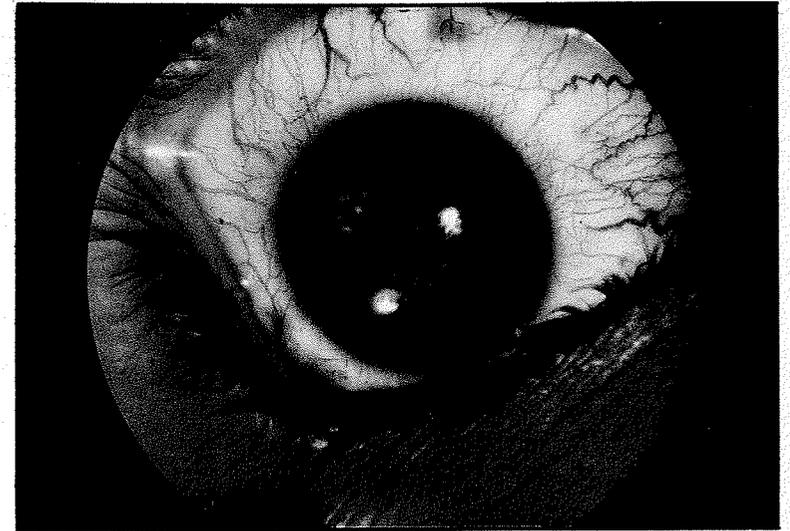


Fig. 1

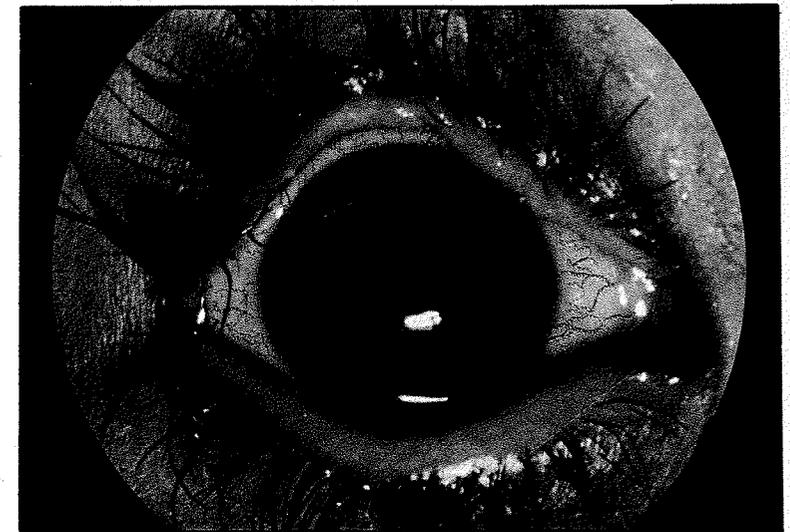


Fig. 2

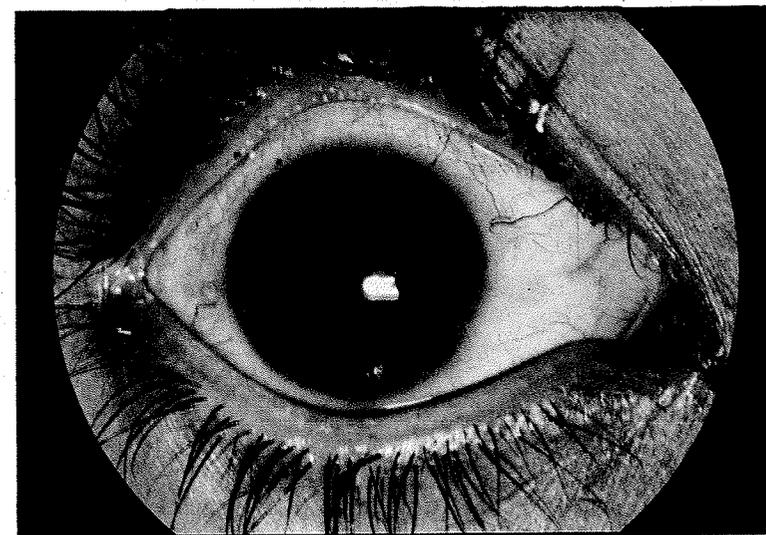


Fig. 1



Fig. 2

O.G. V. = 7/10

O.D. V. = 10/10

A la biomicroscopie, l'épithélium est sain, et les taches, aux bords réguliers, sont sous-épithéliales et ressemblent à des taches de bougie; à un fort grossissement, on voit ces taches communiquer entre elles par des rameaux (Planche XIV, fig. 2); pas de vascularisation sur la cornée, ni de lésion sur l'iris.

Cas V. - P. E., âgée de 7 ans. Elle nous a consulté pour baisse de la vision des deux yeux, qui, d'après sa mère, a débuté à l'âge de 5 ans. Elle a été atteinte, à 3 ans, d'une rougeole qui n'a pas laissé de séquelle. On ne trouve rien dans ses antécédents. A l'examen, au centre des cornées on découvre des taches polygonales grisâtres, de dimensions différentes. La sensibilité des cornées est normale.

O. D. G. V. = 7/10

Le biomicroscope découvre un épithélium sain. Les lésions, en forme d'aiguilles, sont situées sous l'épithélium. Elles se groupent par endroits et s'unissent par des branches. Il n'existe pas de vaisseaux sur la cornée, ni de lésions sur l'iris (Planche XV, fig. 1).

Cas VI. - Z. M., c'est une femme de 27 ans qui nous a consulté en disant qu'elle ne peut pas bien voir des deux yeux. Quelques membres de sa famille ont été également atteints de cette affection. A l'examen, on découvre de petites taches sur la partie centrale des cornées.

O.D. V. = 1/10

O G. V. = 1/6

A la biomicroscopie, l'épithélium est indemne; au niveau de la membrane de Bowman et à la partie antérieure de la substance propre de la cornée, on voit des taches ponctuées grisâtres de différentes dimensions. Pas de vascularisation de la cornée, ni de lésions sur l'iris (Planche XV, fig. 2). Elle a un trachome au 4ème degré avec ectropion.

Cas VII. - E. M., malade du Dr. Ziaï. C'est une femme de 31 ans

qui se plaint de ne pas bien voir des deux yeux. Ses parents et ses enfants se portent bien. A l'examen, les paupières et les voies lacrymales sont saines, et on découvre au centre de la cornée de petites taches rondes au nombre de 9 à l'œil droit, et 12 à l'œil gauche (Planche XVI, fig. 1).

O.D. V. = 3/10

O.G. V. = 8/10

A la biomicroscopie, l'épithélium est sain, et les lésions intéressent les couches sous-épithéliales; elles sont sphérulaires, plus épaissies et plus foncées dans leurs périphéries, et s'unissent par des ramifications. En plus, on voit une grosse tache dans l'aire pupillaire du côté droit. Sur la cornée, il n'existe pas de vascularisation. L'iris est normal.

b) *Dystrophia cornea maculosa*

C'est une dystrophie bilatérale le plus souvent héréditaire. A son début, apparaissent de petites taches polymorphes aux contours flous qui se développent, la surface de la cornée devient trouble et irrégulière. La biomicroscopie montre que ces lésions sont situées sur un épithélium sain. On peut y voir parfois des poussées aiguës inflammatoires.

Cas I. - A. H., 15 ans. Il est hospitalisé pour une baisse de la vision de l'œil droit, qui, d'après ses dires, a débuté un an auparavant avec des poussées inflammatoires intermittentes et s'aggravait de jour en jour. Dans ses antécédents, il n'y a qu'une hémiplégie à 7 ans qui a disparu progressivement sans laisser de séquelle. Les examens généraux, biologiques et radiologiques se sont révélés normaux. A l'examen de l'œil droit, il y a un léger cercle péricornéen, et on voit sur toute la surface de la cornée des taches grisâtres (Planche XVI, fig. 2).

O. D. V. = 1/20

O. G. V. = 10/10

A la biomicroscopie, on découvre sous l'épithélium sain, de la membrane de Bowman jusqu'au descemet, de petites taches en grains de

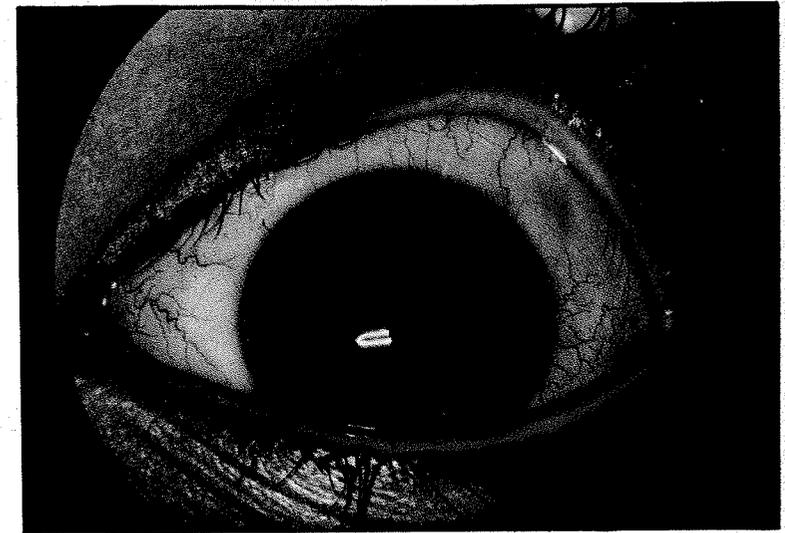


Fig. 1



Fig. 2

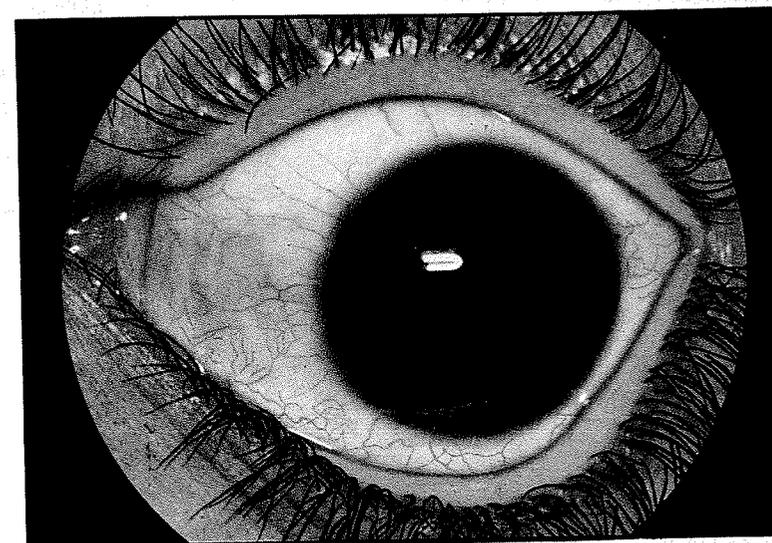


Fig. 2



Fig. 1

sel fin et aux bords flous, entre lesquelles se trouve un léger trouble diffus. Le descemet et l'endothélium sont normaux ; il n'y a pas de vascularisation sur la cornée. L'iris est normal.

Cas II.- A. A., 35 ans, nous a consulté pour une baisse de la vision des deux yeux. Il s'agit des taches blanches sur la cornée qui, dès leur apparition 6 ans plus tôt, se sont développées et aggravées lentement. Dans ses antécédents, il n'y a qu'une malaria et un goitre.

A l'examen, toutes les parties des yeux sont normales, sauf les cornées sur lesquelles on voit des taches blanches (Planche XVII, fig. 1).

O.D.G. V. = 6/10

A la biomicroscopie, l'épithélium est intact, et on voit de petites taches blanches prédescémétiques aux contours flous, entre lesquelles il y a un trouble diffus. Pas de vascularisation sur la cornée ni de lésions sur l'iris.

Opacité en bandelette de la cornée

Sur la cornée, on trouve parfois une opacité qui s'étend juste dans l'aire découverte de la fente palpébrale ; c'est pourquoi, on a considéré l'opacité en bandelette comme une entité clinique. Dixon a signalé en 1848 une opacité bilatérale et transversale de la cornée. Puis, en 1849, Bowman a rapporté une seconde observation. En Allemagne, l'intérêt fut éveillé par le rapport important de Degraye paru en 1869. En 1910, Ohmen a décrit l'observation d'une kératite en bandelette chez une fillette de 9 ans. Mais, dans ces 20 dernières années, l'école ophthalmologique de Copenhague nous a donné une notion fondamentale sur cette question : la kératite en bandelette peut être associée à l'iridocyclite, et accompagner les manifestations caractéristiques du rhumatisme articulaire chronique de l'enfant. Enfin, à Lyon, le Professeur Bonnet a fait une étude complète sur cette affection.

L'opacité en bandelette est le plus souvent bilatérale. Le début est insidieux, sans aucune manifestation inflammatoire. La diminution

de la vision est le seul symptôme subjectif, et, à l'examen, une opacité discrète se montre aux extrémités du diamètre horizontal de la cornée, près du limbe; elle se transforme ensuite en une languette qui s'étend au-dessous du diamètre horizontal vers le côté opposé. Elle se présente alors comme une bande blanche grisâtre de 3 à 5 millimètres de largeur, et qui peut ainsi masquer plus ou moins la pupille, mais qui ne couvre jamais la partie supérieure de la cornée. A la lampe à fente, on découvre que les bouts de cette opacité n'atteignent pas le limbe, mais au contraire, de petits vaisseaux s'avancent superficiellement de la périphérie vers l'opacité. Comme le fait remarquer Magnus, la kératite en bandelette est une affection qui tend à survenir sur les yeux des individus ayant été gravement atteints de troubles nutritifs, et qui intéresse les parties non couvertes et exposées ainsi au grand air.

Opacité en bandelette primitive

Insidieusement, elle s'installe sur les deux yeux, si bien que la vision se perd progressivement. Il n'existe pas d'iridocyclite et la pupille est à peine visible sous la buée cornéenne; c'est pourquoi, pour découvrir une iridocyclite torpide, on doit examiner à la lampe à fente. Les synéchies peuvent passer inaperçues surtout si l'on ne provoque pas la mydriase.

Cas I.— H. V., 39 ans. Il nous a consulté pour baisse de la vision des deux yeux, qui, dit-il, a débuté dans son enfance. Une rougeole à 16 ans est passée sans donner de complications. Il souffre depuis quelques années d'une névralgie des trijumeaux.

A l'examen, on remarque à l'œil droit une bandelette opaque très épaissie de 5mm de largeur, qui, située transversalement sur la cornée, est coupée au milieu par une mince portion transparente, et dont les extrémités n'atteignent pas le limbe (Planche XVII, fig. 2). Restent ainsi claires, les parties couvertes par les paupières. Une iridectomie a été faite il y a quelques mois. L'œil gauche présente un aspect semblable mais sans iridectomie, et la largeur de l'opacité est de 3mm. La sensibilité des cornées est diminuée surtout dans les parties lésées.



Fig. 1

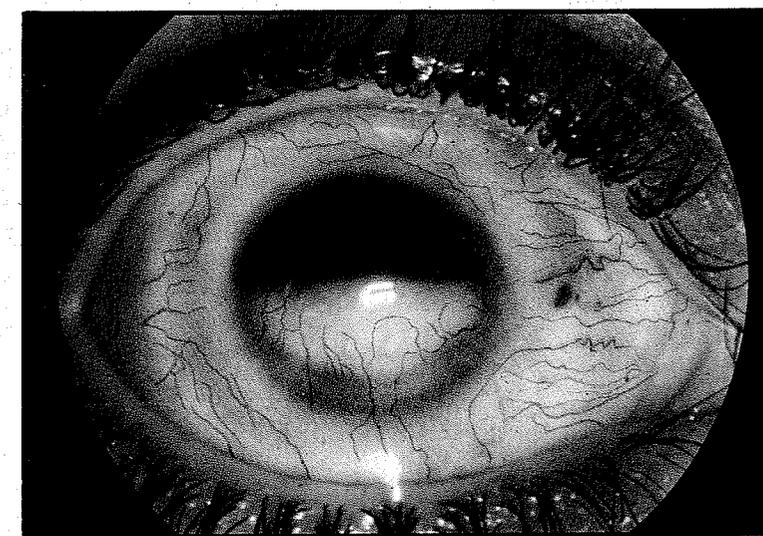


Fig. 2

O.D. V. = 1/50

O.G. V. = 5/10

O.D.G. T. = 18 Sch.

A la biomicroscopie, les épithéliums se montrent sains. La présence d'une tache épaisse sur la cornée droite empêche la distinction de ses couches, ce qui est aisément possible au segment supérieur, où on voit cette opacité s'étendre jusqu'à l'endothélium et l'orifice de l'iridectomie, sans qu'il y ait aucune trace d'iritis; le cristallin est normal. Les vaisseaux dépassent le limbe et viennent se ramifier sur le tiers inférieur de la cornée. On découvre des lésions semblables à l'œil gauche, mais l'opacité est un peu moins épaisse. L'iris se dilate bien après l'atropinisation; pas de synéchie ni de lésions au cristallin.

Cas II.— N. R., 45 ans, nous a consulté en disant qu'elle ne peut pas bien voir surtout de l'œil gauche, ce qui a débuté il y a deux ans. Elle souffre d'une arthrite chronique depuis l'âge de 15 ans, qui se présente par poussées. Elle a également des troubles hormonaux.

A l'examen, on constate sur la partie découverte de l'œil gauche une bandelette d'un blanc grisâtre. Au tiers supérieur et aux extrémités de cette opacité la cornée est transparente. A l'œil droit, on aperçoit deux taches situées aux bouts du diamètre transversal de la cornée, et qui semblent s'avancer l'une vers l'autre. La zone centrale de la cornée est claire (Planche XVIII, fig. 1). Il existe une hypo-esthésie aux deux cornées.

O.D. V. = 2/3

O.G. V. = 1/10

T.O. = 20 Sch.

Le biomicroscope découvre à gauche un épithélium sain. Les lésions sous-épithéliales et prédescémétiques, sont constituées par des taches blanches, de dimensions variées qui s'unissent en formant une bandelette transversale, grisâtre dans les zones moins condensées. Aux extrémités de cette opacité et à la partie supérieure, la cornée reste

claire, et dans la parties inférieure, elle est couverte par des vaisseaux superficiels et profonds qui viennent excéder le limbe et se terminer dans l'opacité. A droite, on peut trouver les mêmes lésions mais sans vascularisation. Après la dilatation par l'atropine, l'iris et le cristallin se présentent sains.

Une autre variété de dystrophie en bandelette est décrite par Bietti, Guerra et Ferraris de Gaspare : dystrophie cornéenne nodulaire en ceinture, qui est propre aux régions tropicales, à sol aride. Ces auteurs ont constaté que dans la zone correspondante à l'ouverture de la fente palpébrale, plus exactement au tiers inférieur de la cornée, se place une opacité plus ou moins en ceinture, d'une couleur grisâtre, qui reste rigoureusement limitée aux couches sous-épithéliales, mais qui provoque de petites irrégularités sur la surface cornéenne. Elles se développe graduellement surtout dans le sens horizontal, alors que les soulèvements nodulaires deviennent de plus en plus évidents et augmentent au cours des années. La sensibilité cornéenne est en général réduite, surtout dans la zone occupée par la dégénération où elle arrive parfois à être abolie.

Cas III.— H. A., 27 ans, habitant de Koweït, conducteur d'automobile. Il nous a consulté pour une baisse de la vue des deux yeux qui a débuté il y a plusieurs années. Il a été atteint de la variole dans son enfance, mais heureusement, elle n'a pas laissé de séquelle sur les yeux.

A l'examen, dans la région correspondante à l'ouverture de la fente palpébrale, ou plus exactement dans le tiers inférieur de la cornée, on aperçoit à l'œil nu une opacité en ceinture plus ou moins grisâtre. La sensibilité de la cornée est diminuée aux deux yeux (Planche XVIII, fig. 2).

O.D. V. = 1/10

O.G. V. = 1/6

T.O. = 20 Sch.

La biomicroscopie montre que l'épithélium est normal, mais il a des irrégularités. Il y a aussi une opacité grisâtre rigoureusement limi-

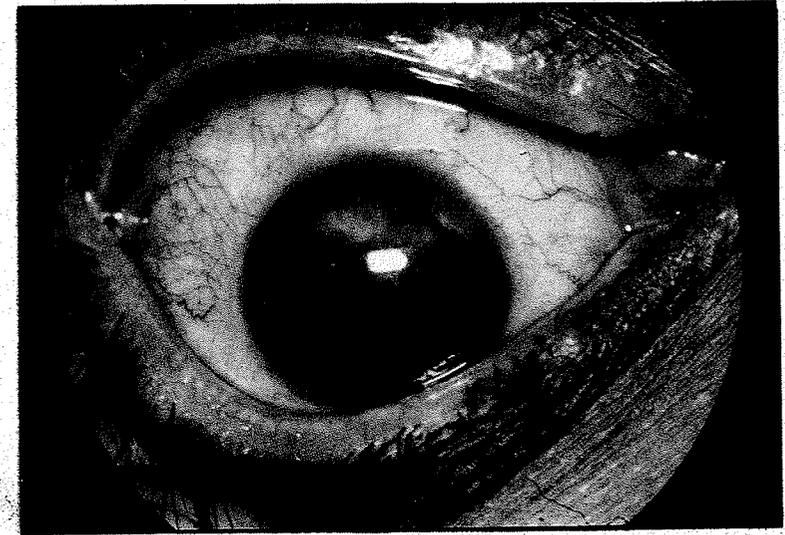


Fig. 1



Fig. 2

tée aux couches sous-épithéliales. Elle est en bandelette et n'atteint pas le pourtour de la cornée. Le reste de la cornée est transparent. Une légère vascularisation se trouve sur la partie inférieure.

Opacité en bandelette accompagnée de rhumatisme articulaire chronique de l'enfant

Les premiers signes de l'opacité en bandelette s'installent souvent aux deux yeux peu après le début de l'iritis, et s'étendent rapidement sur la cornée. Cette installation peut durer de 2 mois à 3 ans sans attirer l'attention, car l'enfant ne se plaint de rien et les yeux ne changent pas de couleur. Les manifestations oculaires du rhumatisme articulaire chronique de l'enfant se présentent sous cette triade : iridocyclite torpide bilatérale, opacité en bandelette de la cornée et cataracte.

Cas IV.— F. A., 9 ans, malade du Dr. Zarrabi qu'elle a consulté pour baisse de la vision des deux yeux. A 5 ans, elle a eu une arthralgie et une arthrite du genou droit avec des nodules périarticulaires dans presque toutes les articulations. Ces nodules ont grandi, sont devenus violets, puis noirs, ont présenté l'aspect d'un abcès et enfin disparurent. Toutes ces étapes étaient accompagnées d'un mauvais état général, d'hyperthermie à 39° et de hépato-splénomégalie. On a donc pu faire le diagnostic de maladie de Still.

A l'examen des yeux, on aperçoit une opacité en bandelette et une hypo-esthésie aux deux cornées (Planche XIX, fig. 1).

O.D.G. V. = 1/10

A la biomicroscopie, les deux extrémités de l'opacité sont séparées du limbe par une bande transparente de la cornée. L'épithélium est intact et l'opacité reste sous-épithéliale, formant une mince couche d'un blanc bleuâtre, dont les limites sont bien nettes, mais qui montre des zones plus épaisses et plus blanches séparées par les intervalles amincis ronds qui ont l'apparence d'un trou. A un fort grossissement, cette couche siège au niveau de la membrane de Bowman et sa

structure est finement granulaire. Des traces de l'iritis se présentent également avec des synéchies.

Dystrophie marginale en sillon annulaire

Schmidt et Rimpler décrivent (1889) une kératite périphérique chronique en sillon. Terrien isole (1900) un syndrome essentiellement caractérisé par une ectasie circonscrite du bord supérieur de la cornée; et dans ses publications ultérieures, il insiste sur ce fait que cette déformation est primitive et n'est pas précédée d'aucune affection. Il considère donc ce syndrome comme une maladie autonome. Mais Fuchs (1901) signale que cette ectasie succède à une gouttière due à un amincissement des couches antérieures de la cornée. François (1936), à la suite de deux cas personnels, fait une revue d'ensemble des observations précédemment publiées et propose une nomenclature précise. Il est d'avis que l'ectasie et le sillon sont les manifestations d'une seule affection qu'il appelle dégénérescence marginale de la cornée mais qui se présentent à différents moments de son évolution. Cette dégénérescence est provoquée par une opacité semblable au gerontoxon, puis, dans son voisinage, apparaît un sillon périphérique suivi d'une ectasie marginale; et plus tard d'une ectasie totale de la cornée. Les lésions restent généralement circonscrites à la périphérie, et l'aire centrale de la cornée garde sa transparence.

Nous allons vous rapporter deux observations du syndrome de dystrophie marginale complètement annulaire, sans ectasie marginale, et accompagnée dans la première d'une opacification centrale de la cornée.

Cas I. - Y. N., 40 ans, nous a consulté en disant qu'il ne peut pas bien voir surtout de l'œil droit. Pas de consanguinité dans sa famille.

A l'examen, les paupières, la conjonctive, les milieux et le fond d'œil sont normaux. Mais, tout autour de la cornée des deux yeux, on voit un halo grisâtre, et au centre de la cornée droite, une tache d'un blanc sale (Planche XIX, fig. 2).



Fig. 1



Fig. 2

O.D. V. = 3/10

O.G. V. = 8/10

Au biomicroscope, l'épithélium se montre intact. Dans la tranche optique, on voit un épaissement fusiforme sur la partie lésée de la cornée. La lésion intéresse toutes les couches et a une structure granulaire contenant des masses d'un blanc terreux et représentant l'aspect d'un amas de granulations calcaireuses; elle est parcourue par des vaisseaux parenchymateux qui viennent des vaisseaux scléaux et épiscléaux.

Cas II.— F. E., 50 ans. Elle a des adénopathies sous-axillaires fistulisées.

A l'examen, il y a des dépôts calcaireux au niveau de la conjonctive aux paupières supérieures. A la périphérie de la cornée, se trouve une bande irrégulièrement mamelonnée en forme d'arc. Elle est accolée au limbe dans lequel elle se termine par une zone de transition peu sensible, tandis qu'elle est séparée du centre de la cornée par une strie grisâtre circinée. L'anesthésie est plus ou moins complète dans cette région, mais le reste de la cornée reste normalement sensible.

O.D. V. = 1/3

O.G. V. = 1/2

A la biomicroscopie, l'épithélium se présente normal, et on voit dans la tranche optique un épaissement fusiforme au siège de la lésion vue à l'œil nu. Il intéresse toutes les couches de la cornée et a une structure granulaire contenant des masses d'un blanc terreux ayant l'aspect d'un amas de granulations calcaireuses, parcourues par des vaisseaux parenchymateux qui viennent des vaisseaux scléreux et épiscléreux (Planche XX, fig. 1, 2).

Arc juvénile

Il ressemble à l'arc sénile ou au gerontoxon. Il apparaît sous la forme d'un anneau blanchâtre de 1 à 2 mm de largeur. Il est d'abord

constitué par un demi-cercle situé à la moitié supérieure du limbe, et se complète en se soudant à un arc situé sur la moitié inférieure. Le trouble n'atteint jamais l'aire pupillaire. Malgré l'existence habituelle de l'arc sénile chez les vieillards, l'arc juvénile est beaucoup moins fréquent. Pourtant, nous en avons une cinquantaine d'observations sur lesquelles nous reviendrons dans les prochains rapports, où nous parlerons surtout au sujet des conditions alimentaires et d'autres éléments favorisant cette affection en Iran.

Et pour finir le chapitre des dystrophies de la cornée, nous décrivons ici une observation de l'arc juvénile.

M. D., 30 ans, nous consulte pour avoir constaté depuis une dizaine d'années une déformation sur la cornée. Rien à signaler dans ses antécédents. Les examens généraux, oculaires et paracliniques n'ont trouvé rien de pathologique, sauf l'existence d'un arc autour de chaque cornée.

A la biomicroscopie des cornées, l'épithélium se montre normal et la lésion intéresse les couches profondes et le tiers antérieur du parenchyme; parmi les limites de la lésion, seul le bord proximal se présente comme une ligne blanche légèrement pointillée (Planche XX, fig. 3).

RÉSUMÉ

Les auteurs ont rapporté les observations personnelles sur les variétés de la dystrophie de la cornée.

Fig. 1



Fig. 2

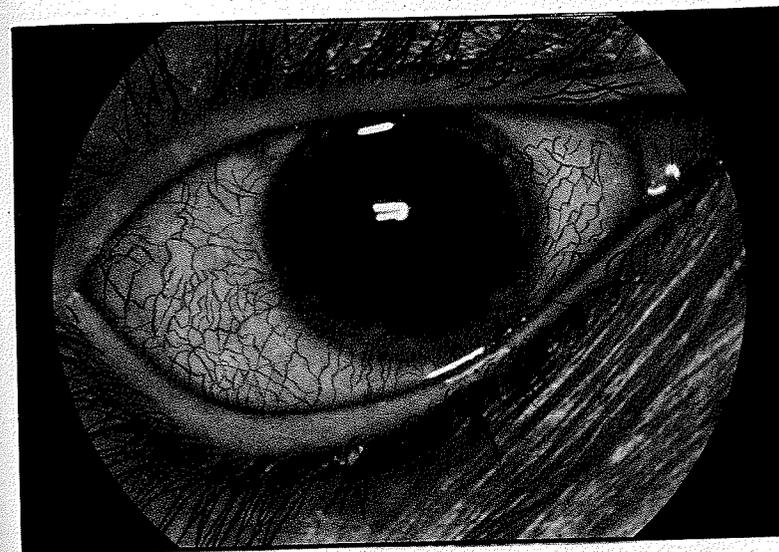
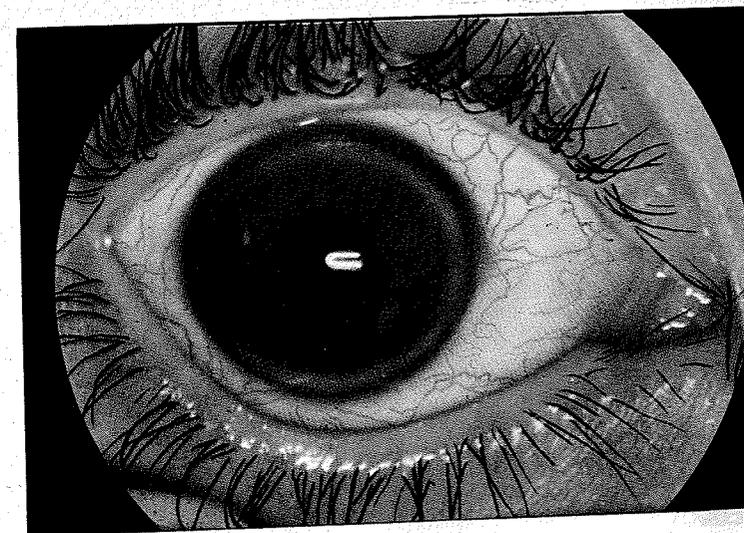


Fig. 3



SUMMARY

The authors have reported several of their personal observations about the varieties of dystrophia of the cornea.

BIBLIOGRAPHIE

- Beauvieux et Bessière : Dystrophie marginale de la cornée en sillon annulaire. S.F.O. 1940-46, 136-142.
- Bietti, Guerra Ferraris de Gaspare : La dystrophie cornéenne nodulaire en ceinture des pays tropicaux à sol aride. S.F.O., 1955, 101.
- Baillart : Traité, T.IV, p. 780, 1940.
- Busacca : Biomicroscopie de l'œil, 1952.
- Doggort J.H. : Diagnostic et pronostic de la dystrophie épithéliale de Fuchs. S.F.O., 1951, 264.
- François : La dégénérescence marginale de la cornée. Archive Opht. juin-juillet-août 1936.
- Franceschetti et G. Maeder : Dystrophie profonde de la cornée dans un cas d'ichtyose congénitale. S.F.O., 1954, 146.
- Guillermin et Chams : Opacités nodulaires de la cornée. S.O.L., juin 1930.
- Kapuscinski : Cercle de cholestérol péricornéen et cornéen (arcus juvenilis corneæ. S.F.O., 1934, 151.
- Paufique, L. : Pelage postérieur de la cornée. Traitement de la dystrophie endo-épithéliale de Fuchs. S.F.O., 1953, 338-342.
- Rossano, R : Kératite ponctuée épithéliale. S.F.O. 1940-46, 143-147.
- Vermes et G. Offret : Etude histochimique d'un cas de dégénérescence héréditaire de la cornée : S.F.O., 1951, 277.