

scrite et le phlegmon du tissu cellulaire de l'orbite est l'exception. (c) On a noté parfois, après la section de l'abducteur, surtout lorsqu'on a disséqué au loin le muscle et débridé trop largement la gaine, la production d'une masse fongueuse de grosseur variable, appelée *tubercule charnu*; on cherche à atrophier le tubercule par des attouchements avec l'alun, le sulfate de cuivre, la pierre infernale; on en pratique l'excision, lorsque les moyens précédents échouent. (d) La *hernie* du bout antérieur du muscle coupé est la conséquence de mouvements inconsidérés du globe, au moment où on retire le crochet mousse qui entraîne ainsi le muscle soulevé par l'instrument. (e) Pour prévenir l'*enfouissement de la caroncule*, Amussat et L. Boyer incisent *transversalement* la conjonctive; Cunier fait la suture des deux lèvres de la plaie conjonctivale, après avoir sectionné le muscle. (f) Pour remédier à l'exophthalmos, Cunier conseille de faire une perte de substance à la conjonctive et au fascia subjacent, près de la caroncule, et de réunir les lèvres de la plaie par deux points de suture. Baudens, J. Guérin, Rognetta, préfèrent établir un ankyloblepharon artificiel au niveau de l'angle interne des paupières, et de Græfe au niveau de l'angle externe. (g) Le *redressement imparfait du globe* exige parfois la section d'autres muscles que celui qui a été coupé d'abord; on a reproché avec raison à cette pratique d'exposer à des délabrements et de diminuer l'étendue des mouvements de l'œil en divers sens. Les *exercices orthophtalmiques* de l'œil opéré réussissent parfois à en achever le redressement. Il ne faut pas non plus se faire illusion sur la valeur des préceptes formulés par de Græfe, de *proportionner* la ténotomie au degré de la déviation, c'est-à-dire de couper une partie ou la totalité du tendon, de faire à la conjonctive une plaie petite ou grande, de faire ou non une suture à la conjonctive. Ces précautions échouent, quand le strabisme est dû à l'action de plusieurs muscles. Dieffenbach veut qu'en cas de strabisme au troisième degré, on cherche à *faire greffer* le muscle coupé sur un point plus reculé de la sclérotique, en fixant l'œil pendant deux jours dans un sens opposé à la déviation primitive, au moyen d'un fil passé dans le tendon du muscle coupé et fixé par un emplâtre agglutinatif sur un point convenable de la face. On a généralement abandonné une *opération secondaire* faite sur le muscle primitivement coupé, parce que de cette façon on risque de produire un strabisme en sens inverse. La *strabotomie des deux muscles du même nom, aux deux yeux*, soit dans la même séance, soit à un certain intervalle de temps, a été préconisée par Nobèle, Doubowitski, Lucas, L. Boyer, Deval, etc. Par cet artifice, on ne fait que rétablir la convergence des axes optiques dans certains mouvements des yeux et non dans tous; mais cela suffit pour rétablir l'harmonie de situation des yeux, c'est-à-dire pour corriger la difformité du regard. (h) Le *strabisme inverse consécutif* est la conséquence de ce que le muscle a été coupé loin de son insertion à la sclérotique, ou bien encore de ce qu'on a fait des débridements étendus. On y remédie de diverses manières: si la déviation n'est pas très-marquée, on pratique la section du muscle *opposé* de l'œil *sain* (L. Boyer), afin de rétablir le parallélisme des axes optiques. Ainsi, a-t-on fait primitivement la section de

l'*abducteur* de l'œil gauche, on coupe plus tard l'*abducteur* de l'œil droit. Si la déviation secondaire est plus prononcée, il faut ramener l'insertion du muscle coupé, *plus en avant* sur la sclérotique, par une dissection convenable, et maintenir le globe en sens opposé à la déviation, par des fils passés à travers le tendon du muscle correspondant à la déviation secondaire et la sclérotique sous-jacente, le temps nécessaire à la formation de nouvelles adhérences. On peut combiner les manœuvres précédentes avec la section du muscle correspondant à la déviation secondaire (de Græfe).

Traitement du strabisme alternatif. Si l'opération faite sur un seul œil, celui qui est le plus dévié, est insuffisante, on pratique une opération *secondaire* sur l'œil qui n'a pas été touché, et cela quel que soit celui des deux yeux qui reste strabique. On peut, avant de faire la seconde opération, essayer les *lunettes orthophtalmiques*.

Variétés de l'opération par rapport à la direction du strabisme. Lorsque l'œil est dévié dans une *seule* direction, verticale ou horizontale, on se contente d'opérer le muscle qui a attiré l'œil de son côté. L'œil peut être dévié *obliquement*, soit en dehors et en haut, soit en dehors et en bas. Ici il faut distinguer deux cas :

1° Si la déviation en haut ou en bas de l'œil strabique est légère, si la *déviation secondaire* de l'œil sain (voy. p. 280) n'a lieu que dans une *seule* direction principale, la strabotomie sera faite du côté strabique, sur le *seul* muscle correspondant à celui qui produit la déviation de l'œil sain.

2° Si la déviation oblique de l'œil strabique est très-prononcée, on commence par faire la section du muscle droit interne ou du muscle droit externe, suivant que le strabisme est convergent ou divergent. Plus tard seulement, on pratique la section du muscle droit supérieur ou du droit inférieur, d'après le sens de la déviation verticale concomitante.

ARTICLE IV.

Nystagmus.

C'est une affection caractérisée par des mouvements involontaires et en quelque sorte oscillatoires du globe oculaire. On l'a désignée aussi sous les noms d'*oscillation oculaire, balancement, tremulus de l'œil*.

Symptômes. Le nystagmus est *mono* ou *binoculaire*; il peut être *continu* ou *intermittent, simple* ou *composé*. Les yeux sont agités de mouvements en divers sens; dans les cas légers, c'est un mouvement de rotation du globe sur l'axe antéro-postérieur; dans les cas plus graves, c'est un déplacement latéral de l'œil. Les oscillations sont quelquefois très-fréquentes; on en a compté jusqu'à cent quatre-vingts par minute. Le patient n'a pas conscience de ces mouvements, qui sont soustraits à l'empire de la volonté. J'ai observé un cas de nystagmus *volontaire* (voy. mon *Traité des Maladies des Yeux*, t. II, p. 660). Les émotions morales augmentent le nombre de balancements de l'œil; il en est de même de l'exercice du sens de la vue porté jusqu'à la fatigue. Le repos du corps et de l'esprit produit

l'opposé. L'oscillation du globe persiste alors même que les paupières sont closes; quelquefois même elle augmente dans ces conditions. Elle cesse pendant le sommeil. On a remarqué aussi que, chez la plupart des sujets, le balancement augmente lorsqu'ils regardent fixement un objet, et parfois aussi quand ils regardent en haut; chez d'autres, l'oscillation du globe cesse lorsqu'ils regardent de côté, ou en bas et en dehors. Cette circonstance peut être utilisée, quand il s'agit de reconnaître le nystagmus chez ceux qui essayent de le dissimuler. Decondé conseille d'examiner l'individu, pendant qu'il fixe la vue directement en avant.

Lorsque les deux yeux sont affectés simultanément de nystagmus, ce qui est le cas le plus ordinaire, ils exécutent des mouvements isochrones, mais en sens inverse, c'est-à-dire que, d'un côté, la cornée se relève et se porte en dehors; de l'autre, la cornée s'abaisse et est portée en dedans. Presque toujours la vue est affaiblie; lorsque les oscillations sont fréquentes, la vision est confuse, les objets semblent parfois en mouvement.

Le nystagmus coïncide souvent avec la myopie, l'asthénopie, un tremblement de l'iris, des opacités partielles ou totales de la cornée, des staphylômes cornéo-iridiens, des opacités cristalliniennes, le strabisme. Quelquefois il existe des lésions complexes de l'œil.

Causes. L'affection est commune chez les albinos, chez les sujets atteints de cataracte ou d'amaurose congéniales. Elle se développe parfois chez les enfants nouveau-nés après l'ophtalmie purulente. Elle se montre aussi dans certaines affections nerveuses, l'hystérie, la chorée. Bright l'a constatée dans un cas d'asphyxie par le charbon, et Mackenzie chez un sujet atteint d'apoplexie et d'hémiplégie. Wallace l'a observée après l'administration de l'iodure de potassium à haute dose. L'influence de l'hérédité est douteuse. Le nystagmus s'est montré parfois sous la forme intermittente périodique. Krauss (de Tubingue) a constaté l'existence du nystagmus chez une jeune fille de cinq ans et demi, plongée dans un état typhoïde, à la suite de la scarlatine.

Pronostic. Le nystagmus simple et accidentel, celui qui se montre en même temps que d'autres troubles nerveux (chorée, hystérie), guérissent généralement; celui qui est congénial offre peu de chance de guérison.

Traitement. Dieffenbach et Cumier ont recommandé la section d'un ou de plusieurs des muscles de l'œil. Nakonz rapporte que le professeur Ruete n'a pas obtenu d'effet favorable de cette opération. J'ai pratiqué avec succès la section du muscle adducteur d'un œil et de l'abducteur de l'autre, à neuf jours d'intervalle, chez un sujet atteint d'un nystagmus invétéré. Si le nystagmus affectait un type intermittent périodique, le sulfate de quinine serait indiqué.

SECTION XXII.

MALADIES DU NEZ.

1° Anomalies. Sous ce nom, on désigne toutes les difformités congénitales dont cette partie de la face peut être le siège. Les unes sont au-dessus de ressources de l'art: ainsi l'exagération de volume ou de longueur normale du nez, l'aplatissement de sa racine, la déviation du sommet en haut, à droite ou à gauche. L'absence totale et congénitale du nez est rare; presque toujours elle s'accompagne d'autres anomalies plus ou moins considérables du crâne ou de la face.

Il est d'autres difformités congénitales auxquelles l'art peut remédier: telles sont celles qui résultent d'une déviation de la cloison; presque toujours ce vice de conformation est la conséquence de l'allongement antéro-postérieur de la cloison, qui se trouve alors portée à droite ou à gauche de la ligne médiane. Cette anomalie est assez fréquente, puisque Sappey l'a rencontrée neuf fois sur vingt-deux têtes qu'il a examinées. Le sujet présente, au voisinage de la narine, une saillie qui, faute d'un examen suffisant, a été parfois prise pour une production anormale, un polype par exemple; la présence d'une dépression au côté opposé à la saillie et correspondant exactement à cette dernière, permet d'éviter l'erreur. Ces déviations de la cloison apportent en général peu d'obstacle à l'entrée de l'air dans les fosses nasales; dans les cas où la gêne est très-prononcée, on peut, à l'exemple de Heylen, réséquer une partie du cartilage, après avoir préalablement disséqué la muqueuse; ou bien encore disséquer la muqueuse, enlever une certaine épaisseur du cartilage, jusqu'à ce que ce dernier soit assez aminci pour pouvoir être maintenu réduit par un petit morceau d'éponge introduit dans la narine.

Le nez tout entier peut être dévié à droite ou à gauche; cette déviation est des plus fréquentes, car il est peu de sujets qui ne la présentent pas à un faible degré. Dans les cas où elle est assez marquée pour constituer une véritable difformité, on a proposé l'application d'un bandage spécial, appelé nez-tortu, qu'on laisse appliqué longtemps et sans interruption; l'usage en devient par cela seul plus gênant que le mal, aussi est-il abandonné. Dieffenbach, dans un cas où la déviation congénitale était telle que le lobule touchait presque la joue, parvint à redresser le nez en coupant, par des incisions sous-cutanées, les adhérences des cartilages des narines aux os maxillaires et à la sous-cloison du nez.

Nez doubles. Le plus souvent on a pris pour des nez doubles certains appendices ou renflements situés sur la face, et n'offrant avec le nez qu'une ressemblance assez grossière. Ces sortes de productions peuvent être enlevées par les différents procédés applicables aux tumeurs (voy. t. I).

On peut encore observer, au moment de la naissance, des rétrécissements,