

elle s'attaque primitivement aux nerfs eux-mêmes et s'y révèle par la production de petites tumeurs noueuses qu'on a regardées comme des gommès, ou bien par une névrite interstitielle diffuse.

Après la syphilis, la cause qui produit le plus souvent la paralysie des muscles de l'œil, c'est l'ataxie locomotrice progressive. Cette dernière maladie donne naissance à la paralysie dans deux conditions différentes, soit tout à fait au début, soit à la période d'état. Les paralysies des muscles de l'œil, et en particulier celle de la troisième paire, doivent être regardées, en effet, comme des signes prodromiques de l'ataxie. Elles ont ce double caractère d'être à la fois incomplètes et très passagères. Le malade voit double pendant quelque temps, puis la diplopie disparaît spontanément. Aussi a-t-on fait remarquer qu'elles constituaient plutôt de simples parésies dues à des congestions passagères, que des paralysies causées par des lésions permanentes. C'est un point sur lequel a bien insisté le professeur Pierret (de Lyon), dans sa thèse sur les symptômes céphaliques du tabes (1876). Il note que ce sont là des troubles peu marqués et qui, dans les membres, passeraient probablement inaperçus. Dans la période confirmée du tabes, les paralysies deviennent, au contraire, permanentes, et sont dues à des altérations graves, atrophie, sclérose, des nerfs moteurs oculaires. Si donc un malade, exempt de syphilis, présente les signes d'une paralysie incomplète des muscles de l'œil, on devra soupçonner chez lui l'ataxie locomotrice au début, et rechercher les autres symptômes de cette maladie.

Traitement des paralysies oculaires. — Le traitement peut être médical ou chirurgical.

a. *Traitement médical.* — Prenant en considération la fréquence extrême des paralysies d'origine syphilitique, on devra tenter tout d'abord le traitement spécifique, dans les cas même où il n'existe aucune trace de syphilis, si d'ailleurs on ne peut rattacher la paralysie à une autre cause évidente. Dans l'ataxie locomotrice, le traitement général devra s'adresser à cette dernière affection. Quant aux moyens locaux, ils consistent surtout dans la révulsion au pourtour de l'orbite, à l'aide de vésicatoires, de la pommade ammoniacale de Gondret, dans les frictions excitantes avec le baume de Fioraventi. Enfin, les courants continus, préconisés par Benedikt (de Vienne), peuvent donner d'heureux résultats.

b. *Traitement chirurgical.* — Il doit consister tout d'abord à

débarrasser le malade de sa diplopie et du vertige binoculaire qu'elle provoque. Il existe même un vertige monoculaire, conséquence du défaut de synergie des muscles de l'œil. On arrive à supprimer ces divers inconvénients en pratiquant l'occlusion de l'œil malade. L'emploi des prismes sera encore un moyen de corriger la diplopie; on peut même les employer comme moyen orthopédique destiné à suppléer à la parésie d'un des muscles. Enfin, dans les cas où la rétraction de l'antagoniste entraîne l'œil de son côté et menace de donner naissance à un strabisme permanent, il devient indiqué de pratiquer la section du tendon de ce muscle.

C. — NYSTAGMUS.

Sous le nom de nystagmus (de νυστάζω, je m'incline) on désigne un mouvement anormal et rythmique des yeux. C'est une sorte de chorée de l'œil.

Le nystagmus est d'ailleurs une affection très rare, puisque M. Panas, réunissant plusieurs statistiques, n'arrive à compter que neuf cas sur six mille individus. Il peut être congénital.

C'est tout à fait exceptionnellement que le nystagmus est idiopathique. Dans l'immense majorité des cas, il est lié à une autre affection oculaire, troubles de la réfraction, strabisme, défaut de pigmentation (albinisme), cataracte congénitale, rétinite pigmentaire, etc. Dans d'autres cas, le nystagmus se montre comme conséquence d'une affection cérébrale, ramollissement, hémorragie cérébrale. Dans ce dernier cas, l'apparition du nystagmus est d'un pronostic très grave. Il fait également partie du complexe symptomatique de la sclérose en plaques.

Signalons enfin cette variété particulière de nystagmus, dit *nystagmus des mineurs*, mentionné en 1861 par Decondé, et sur lequel M. Dransart a dernièrement appelé l'attention (1877). Il tient à l'éclairage insuffisant dans les mines et aussi à l'attitude particulière que prend la tête des ouvriers pendant leur travail.

Le plus souvent le nystagmus se compose d'oscillations horizontales déterminées par les contractions spasmodiques des muscles droits internes et externes. C'est à cette variété que Javal a donné le nom de nystagmus par saccades. Dans d'autres cas, le globe oculaire

oscille autour de son axe antéro-postérieur, et le nystagmus est dit rotatoire.

Ces mouvements choréïques des yeux s'exécutent sans que la malade en ait conscience. Parfois ils cessent pendant le sommeil, ou sous l'influence du chloroforme. Les émotions morales, au contraire, leur imprimant une activité exagérée.

Traitement. — On a conseillé la ténotomie comme pour le strabisme; mais c'est là un traitement qui ne peut donner des résultats durables, et qui doit être rejeté. Si le sujet est atteint d'un vice de la réfraction, il faut le corriger par l'emploi de verres convenables. L'usage des verres colorés en bleu de cobalt est utile, si le sujet est albinos ou amblyope. Dans les cas où il n'y a qu'une taie de la cornée ou une cataracte congénitale, il faut pratiquer l'iridectomie ou l'extraction de la cataracte. Il faut enfin se rappeler que le nystagmus est une affection qui, comme le strabisme, peut diminuer et même disparaître avec les progrès de l'âge. C'est une raison pour ne pas intervenir hâtivement par des opérations inconsidérées. Le traitement palliatif est donc le seul qu'il convienne de mettre en usage.

ARTICLE II.

MALADIES DES SOURCILS.

A l'exemple du *Compendium de chirurgie*, nous ne parlerons que des lésions traumatiques et des kystes dermoïdes du sourcil, les autres lésions qui peuvent se présenter dans la région n'offrant rien de particulier.

I

LÉSIONS TRAUMATIQUES DU SOURCIL.

La région sourcilière est, par sa position, très exposée aux traumatismes. Les contusions qui s'y produisent donnent lieu à des épanchements sanguins qui diffusent dans le tissu lâche des paupières et sont la source d'ecchymoses très étendues.

Les plaies du sourcil peuvent être produites par des instruments piquants, tranchants ou contondants. Les plaies contuses, lorsqu'elles affectent la région externe du sourcil, sont quelquefois nettes comme des plaies par instrument tranchant; de plus, elles s'accompagnent souvent de la dénudation de l'os. Velpeau en a donné la raison dans l'article *Orbite* du *Dictionnaire* en 50 volumes. Le rebord osseux, étant très saillant dans ce point, agit à la manière d'un véritable instrument tranchant; et comme son action s'exerce de dedans en dehors, c'est le périoste qui est sectionné le premier; aussi l'os est-il dénudé. Ce qui a surtout donné de l'intérêt aux plaies du sourcil, c'est qu'on les a vues quelquefois se compliquer d'amaurose, fait signalé déjà par Hippocrate.

II

KYSTES DERMOÏDES DU SOURCIL

Ces kystes ont été, en 1858, l'objet d'un travail intéressant de Lawrence; en 1869, le Dr Ch. Régnier a publié une thèse sur les kystes dermoïdes de la queue du sourcil. Enfin, dans ces dernières années, la Société de chirurgie s'est occupée d'une variété particulière de ces kystes qui, vu la nature de leur contenu, ont reçu le nom de kystes huileux.

Anatomie pathologique. — Ces kystes se développent le plus souvent au niveau de la queue du sourcil; mais ils peuvent se montrer aussi à la racine du nez, soit au-dessus, soit au-dessous du rebord orbitaire (kystes du grand angle de l'œil). Leur volume est généralement peu considérable; leur forme est quelquefois légèrement aplatie. Ils sont profondément situés au-dessous de la peau et des muscles; adhérant au périoste, et déprimant le plan osseux sous-jacent. Leur structure est celle de tous les kystes dermoïdes; ils renferment de la graisse, des débris épithéliaux et des poils.

Certains d'entre eux ont un contenu tout à fait semblable à de l'huile; M. Verneuil en a observé au-devant du sac lacrymal et leur a donné le nom de kystes prélacrymaux; M. Ledentu en a vu un siégeant entre les deux sourcils vers la racine du nez. Enfin, M. Demons (de Bordeaux) a communiqué, en 1880, à la Société de chirurgie, un cas de kyste dermoïde huileux de la queue du sourcil.