

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 impriment 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.

Pathogénie. — Les kystes du sourcil sont situés sur le trajet de la fente branchiale supérieure comprise entre la vertèbre céphalique antérieure qui formera le front et le premier arc branchial, aux dépens duquel se développeront les mâchoires. Que cette fente, au lieu de se fermer dans toute sa hauteur, se soude seulement superficiellement, une portion de peau restera incluse dans sa profondeur, et donnera naissance à un kyste dermoïde.

Symptômes. — Comme l'indique leur mode d'origine, ces kystes sont congénitaux. Mais souvent ils sont méconnus pendant les premières années, et ne révèlent leur existence que vers sept ou huit ans, époque où ils prennent un plus grand développement. Ils seraient plus fréquents à gauche qu'à droite. Leur situation profonde, leur adhérence à l'os, leur mobilité sur les parties superficielles, leur siège précis, sont autant de caractères qui permettent de les reconnaître. Ils peuvent s'enflammer, prendre un grand volume, et devenir nettement fluctuants.

Nous pensons avec M. Terrier que la variété décrite par Sichel sous le nom de kystes pierreux ou calcaires ne représente pas autre chose que des kystes dermoïdes ayant subi la dégénérescence calcaire.

Diagnostic. — Il devra se baser surtout sur le siège précis de la tumeur, sur sa profondeur, sur son époque d'apparition. Les kystes sébacés ou loupes sont beaucoup plus superficiels, ils ne remontent pas à la naissance. Les lipomes sont lobulés. Enfin, on peut observer, comme nous l'avons déjà dit, dans la même région, des encéphalocèles; mais leurs caractères propres, le fait que ces tumeurs existaient dès le moment de la naissance, et ne se sont pas montrées seulement dans les premières années comme les kystes dermoïdes, permettront de les reconnaître.

Traitement. — Il devra consister dans l'extirpation de la tumeur. Si la dissection complète n'est pas possible, à cause de l'adhérence intime avec les os, on détruira par le caustique la portion restante de la poche, pour prévenir la récurrence, fréquente en pareil cas.

ARTICLE III.

MALADIES DES PAUPIÈRES.

I

LÉSIONS TRAUMATIQUES DES PAUPIÈRES.

Vu la laxité du tissu cellulaire des paupières, les contusions de ces voiles membraneux produisent des infiltrations sanguines considérables, qui empêchent le malade d'ouvrir les yeux.

Quant aux plaies, elles peuvent être produites par instruments piquants, tranchants ou contondants. Les piqûres d'insectes donnent lieu parfois à un œdème considérable des paupières. Les plaies par instruments tranchants peuvent intéresser le muscle orbiculaire, le cartilage tarse; à la paupière supérieure, elles s'étendent aux canaux excréteurs de la glande lacrymale, au tendon du releveur. Si la plaie intéresse toute l'épaisseur de la paupière, et que les deux lèvres se cicatrisent isolément, il en résulte une fente anormale ou coloboma de la paupière. Lorsqu'à la plaie succède une perte de substance, il peut se développer des difformités variables, entropion, ectropion, trichiasis. C'est surtout à la suite des plaies contuses qu'on observe ces complications.

Le diagnostic ne présente pas en général de difficultés. Cependant il peut se faire qu'une plaie des paupières, simple en apparence, se complique de graves désordres du côté des parties profondes. C'est ce que nous avons pu observer dans un cas où un morceau de bois, déchirant la paupière supérieure gauche, était allé fracturer la paroi supérieure de l'orbite et avait pénétré dans le crâne. La plaie palpébrale fut jugée simple tout d'abord et suturée comme telle. Ce n'est que plus tard que, l'apparition des troubles cérébraux conduisant à explorer la plaie, permit de découvrir le corps étranger; le malade succomba aux progrès de la méningo-encéphalite traumatique.

Le pansement devra se proposer d'éviter surtout les difformités