La réforme ne sera prononcée pour ces affections que si elles ont résisté à un traitement rationnel.

Affections des voies lacrymales. — Rendent impropre au service : les tumeurs de la glande lacrymale ; — l'épiphora chronique et prononcé ; — la dacryocystite chronique et suppurée ; — la fistule lacrymale.

Affections de la conjonctive. — Les conjonctivites chroniques, en particulier la conjonctivite granuleuse, — le ptérygion atteignant le centre de la cornée, — les tumeurs volumineuses ou malignes de la conjonctive et de la caroncule lacrymale entraînent l'exemption et peuvent, si elles sont rebelles au traitement, nécessiter la réforme.

Affections de la cornée. — Les kératites anciennes, spécialement les kératites vasculaires panniformes étendues, — les ulcérations profondes des cornées, — les staphylomes transparent et opaque, — les taies ou opacités invétérées sont compatibles avec le service actif ou avec le service auxiliaire suivant le degré de l'acuité visuelle.

Affections de la sclérotique et de l'iris. — Entraînent l'exemption : le staphylome antérieur de la sclérotique ; — la sclérite et l'épisclérite anciennes ; — les vices de conformation de l'iris qui diminuent l'acuité visuelle au-dessous des limites fixées ; — les synéchies antérieures ou postérieures avec atrésie ou occlusion de la pupille ; — la mydriase paralytique ; — l'iritis chronique ; — les tumeurs de l'iris de nature maligne ou envahissante.

Affections du cristallin. — Les déplacements, l'opacité du cristallin et de sa capsule, l'absence de la lentille, si elles réduisent l'acuité au-dessous des limites fixées, entraînent l'exemption et la réforme.

Affections du corps vitré. — Les opacités du corps vitré sont dans le même cas.

Affections de la choroïde. — Le coloboma étendu, — l'absence de pigment (albinisme), — les tumeurs de la choroïde à marche progressive, — les choroïdites, — le glaucome entraînent l'exemption et nécessitent la réforme après un traitement infructueux.

Affections de la rétine et du nerf optique. — Les diverses variétés de rétinite, — le décollement de la rétine, — la neurorétinite et la névrite optique, — l'atrophie des nerfs optiques, quel qu'en soit le degré, nécessitent l'exemption et la réforme quand elles sont reconnues incurables.

Affections du globe oculaire. — Entraînent l'exemption et la réforme : la perte ou la désorganisation de l'œil ou des deux yeux ; — les tumeurs intra-oculaires ; — l'exophtalmie.

Affections des muscles de l'œil. — Le strabisme fonctionnel est compatible avec le service actif ou le service auxiliaire suivant le degré de diminution de l'acuité visuelle. Il entraîne l'exemption et la réforme si l'abaissement de l'acuité visuelle dépasse les limites fixées

La paralysie d'un ou de plusieurs muscles de l'œil nécessite l'exemption. La réforme ne sera prononcée qu'après l'échec d'un traitement rationnel.

Le nystagmus entraîne les mêmes conclusions dans les mêmes conditions.

Affections de l'orbite. — Les tumeurs progressives ou malignes de la cavité orbitaire, les ostéites chroniques avec déformations prononcées, adhérences étendues et gênantes nécessitent l'exemption et la réforme si elles sont incurables.

Sont compatibles avec le service auxiliaire :

1° Le *symblépharon* qui, sans amener une grande gêne dans le mouvement des paupières, n'est pas un obstacle à la fonction visuelle ;

2° La *blépharite ciliaire ancienne* sans renversement des paupières ;

3° Les *opacités de la cornée*, les *exsudats de la pupille*, suivant le degré de l'acuité visuelle défini au paragraphe 2 de l'article Ier ;

4° La *myopie supérieure à 6 dioptries*, à condition que l'acuité visuelle soit ramenée par des verres concaves aux limites stipulées au paragraphe 2 de l'article Ier et qu'il n'y ait pas de lésions choroïdiennes étendues ;

5° L'*hypermétropie et l'astigmatisme* lorsqu'ils déterminent l'abaissement de l'acuité visuelle défini dans le paragraphe 2 de l'article Ier ;

6° Le *strabisme fonctionnel*, si la diminution de l'acuité visuelle est telle qu'elle est définie au paragraphe 2 de l'article Ier.

MALADIES DES ANNEXES DE L'ŒIL

CHAPITRE PREMIER

MALADIES DES SOURCILS

Limitée à l'espace recouvert par les poils qui constituent les sourcils, la région sourcilière repose sur la saillie de l'arcade orbitaire du frontal et ne comprend que des parties molles, peau, poils et glandes annexées.

Denonvilliers et Gosselin, *Compendium de chir. pratique*, III, p. 122. — E. Charvot, Art. Sourcils du *Dict. encycl. des sciences méd.*, 5e série, t. X, p. 645. — A. Desprès, Art. Sourcils du *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXXIII, p. 571.

I

ANOMALIES ET DIFFORMITÉS

Les difformités congénitales des sourcils n'ont qu'un médiocre intérêt pour le chirurgien. Holub, cité par Mackenzie, aurait vu les sourcils constitués par une double rangée de poils, et Walther a décrit sous le nom de *hétérotrichosis*, l'anomalie consistant dans l'existence simultanée de poils de couleurs différentes sur un même sujet.

A la suite des brûlures et des plaies, il est fréquent de voir les sourcils détruits ou fortement déviés par la rétraction cicatricielle. L'altération profonde qui résulte, pour la physionomie, de cette destruction ou de cette déviation, peut obliger à tenter une opération autoplastique. C'est ainsi que Duplay a, dans un cas, emprunté au cuir chevelu le lambeau destiné à suppléer à l'absence des poils du sourcil. Le plus ordinairement, d'ailleurs, la restauration du sourcil se confond avec celle de la paupière, presque toujours intéressée en même temps. Nous renvoyons donc au chapitre où sera traitée l'anaplastie des paupières.

II

LÉSIONS TRAUMATIQUES

Elles consistent en contusions et en plaies par instruments piquants, tranchants et contondants. Les fractures de l'arcade orbitaire avec ou sans enfoncement de la paroi du sinus frontal seront étudiées avec celles des parois de l'orbite.

Koenig, Étude historique et critique sur la nature des amauroses consécutives aux blessures de l'orbite. Thèse de Paris, 1874. — Bernède, Étude sur l'amaurose consécutive au

traumatisme de la région préorbitaire. Thèse de Paris, 1882-1883. — Tardif, Contribution à l'étude des accidents consécutifs aux lésions du nerf sus-orbitaire. Thèse de Paris, 1884-1885.

Contusions. — Les contusions de la région sourcilière ont une fréquence qu'explique la proéminence de l'arcade osseuse qui la supporte. Elles résultent de coups ou de chutes sur la face et s'observent en particulier chez les ivrognes et chez les épileptiques. Tant que la contusion ne s'accompagne ni de plaie, ni de fracture, le pronostic est peu grave. Il y a bosse sanguine ou simple ecchymose, suivant le degré de la contusion. L'infiltration s'étend surtout du côté du tissu cellulaire des paupières dont la laxité favorise la diffusion du sang, et la teinte ecchymotique qui en résulte met de quinze jours à trois semaines à disparaître après avoir passé par la dégradation successive des teintes propres à la matière colorante du sang sorti des vaisseaux.

La terminaison habituelle est la résolution. La suppuration ne s'observe que si la contusion a été assez violente pour produire une eschare. Mais lorsque la périostite qui accompagne fréquemment les contusions de cette région se répète, elle se traduit par une augmentation persistante de volume de l'apophyse orbitaire externe du frontal. Méricamp a signalé l'existence de cette déformation spéciale chez les épileptiques à la suite des chutes sur la face.

Plaies. — Les plaies proprement dites présentent dans cette région quelques particularités qui méritent de fixer l'attention.

Les *plaies par instruments piquants*, dans quelques cas exceptionnels, ont des conséquences sérieuses et même graves.

La présence des ramifications nerveuses des branches de la cinquième paire explique les douleurs vives observées lorsque celles-ci sont atteintes par l'instrument. Dans un cas souvent cité de Dupuytren, non seulement la piqûre du nerf frontal donna lieu à des douleurs excessives que la section complète du nerf put seule faire cesser, mais il se produisit, consécutivement, une amaurose, et la cécité fut définitive. Nous aurons à revenir sur l'interprétation que comportent les faits de ce genre.

Plaies par instruments tranchants. — Elles ne présentent rien de spécial à cette région. Si elles ont des dimensions un peu considérables avec tendance à l'écartement des bords de la plaie, il y a lieu d'en réunir les lèvres à l'aide de quelques points de suture, après avoir eu soin de faire un lavage exact avec une solution antiseptique. Alors même que le périoste aurait été intéressé et l'os mis à nu, la réunion primitive s'effectue bien si le fond de la plaie a été débarrassé de tout corps étranger.

Dans un cas où la plaie produite par un éclat de verre présentait une obliquité extrême de la section de la peau, suivant l'épaisseur, nous nous sommes bien trouvé de l'emploi de longues bandelettes de taffetas d'Angleterre imbriquées en X ; elles permirent d'obtenir un affrontement plus exact que ne l'eussent fait des points de suture.

Lorsqu'une des branches nerveuses de la région a été divisée en même temps que la peau, on observe une anesthésie circonscrite des téguments ; mais cette anesthésie finit toujours par disparaître.

Plaies contuses. — Elles résultent parfois de l'action d'un corps dur et irrégulier, tel qu'une pierre venant frapper le sourcil et agissant sur la peau de

dehors en dedans, à la manière ordinaire. Plus souvent peut-être, ainsi que l'a montré Velpeau, elles sont produites de *dedans en dehors*, le bord mince et presque tranchant de l'arcade orbitaire sectionnant le derme de sa face profonde vers sa superficie, sous la pression d'un corps mousse.

Ces plaies sont fréquentes à la suite des rixes, des chutes occasionnées par l'ivresse.

De direction parallèle à l'arcade orbitaire et de peu d'étendue, la solution de continuité a souvent la netteté d'une plaie par instrument tranchant. Cette apparence doit toujours être présente à l'esprit du chirurgien lorsqu'il a à apprécier, au point de vue médico-légal, le mode de production de ces plaies. La contusion, en outre, est plus étendue qu'on ne le supposerait et les lèvres de la plaie sont infiltrées de sang, incrustées de sable, de terre, souillées par la présence de corps étrangers. Elles saignent en général médiocrement et, malgré la dénudation de l'os que le stylet fait reconnaître, si elles sont soigneusement lavées et recouvertes d'un pansement protecteur antiseptique, elles guérissent sans suppuration.

Mais très souvent on les voit se compliquer d'inflammation et de suppuration, soit qu'elles aient été infectées au moment même de l'accident, soit qu'elles l'aient été secondairement par un pansement non aseptique.

La tuméfaction s'étend alors au tissu cellulaire des paupières et toute la région prend une rougeur comme érysipélateuse. En même temps, il y a élévation de la température, quelques frissons, des troubles gastriques. Il est fréquent de confondre ces symptômes avec ceux du début d'un érysipèle. Mais si l'on examine la région à une époque encore rapprochée du début, on reconnaît qu'il s'est déjà formé de la suppuration dans le tissu cellulaire lâche de la paupière supérieure ou dans celui de la région temporale. La fluctuation existe, quoique parfois difficile à constater. Si on lave la plaie que recouvrent presque toujours, dans ces cas, des croûtes sanguines adhérentes, et si on en écarte les bords avec l'extrémité d'un stylet, on voit du pus s'écouler et le patient se trouve soulagé. Il ne faut pas cependant s'en tenir à cette évacuation généralement insuffisante ; il faut pratiquer une incision dans un point plus déclive, la partie moyenne de la paupière supérieure, par exemple, et maintenir l'incision béante par un très petit drain. On voit alors, dans l'espace de vingt-quatre heures, la rougeur et la tuméfaction diminuer ou même disparaître ; les phènomènes généraux s'amendent et il ne reste plus qu'à favoriser, par un pansement antiseptique humide, la cicatrisation de la plaie.

Les auteurs du *Compendium de chirurgie* signalent comme possible, à la suite des plaies que nous étudions, la suppuration du tissu cellulaire de l'orbite. Cette grave complication est heureusement exceptionnelle et ne peut guère se rencontrer en dehors des cas où il y a pénétration d'un corps étranger dans le tissu cellulaire de la loge orbitaire, ou fissure concomitante de la paroi supérieure de l'orbite avec déchirure du périoste.

Une complication qui a beaucoup préoccupé les chirurgiens depuis Hippocrate et à laquelle nous avons déjà fait allusion, c'est l'amaurose consécutive aux plaies du sourcil (*amaurose sympathique*).

Morgagni a cité deux faits empruntés à Camerarius et à Valsalva et y a ajouté une observation qui lui est personnelle. Vicq d'Azyr, Ribes, Beer, Sabatier, Mackenzie, Boyer et Dupuytren se sont occupés de cette grave complication. Malheureusement, les observations antérieures à la découverte

de l'ophtalmoscope ne peuvent guère éclairer la question et, depuis qu'on fait usage de cet instrument, les observations de ce genre sont devenues beaucoup plus rares.

Boyer et Dupuytren attribuaient l'amaurose dite sympathique à une lésion concomitante du cerveau et de ses membranes, telle qu'un épanchement de sang à l'intérieur du crâne. Cette explication est évidemment rationnelle. L'étude des fractures de la base du crâne a montré, en effet, la fréquence des fissures de la paroi supérieure de l'orbite intéressant le trou optique. Il suffit, en ce point, d'un épanchement sanguin ou d'une mince esquille comprimant le nerf optique pour expliquer les troubles survenus du côté de la vision. Berlin a développé cette idée avec preuves nécroscopiques à l'appui, comme on le verra plus loin au chapitre des *Fractures de l'orbite*.

Dans un cas cité par Hutchinson, l'examen ophtalmoscopique, pratiqué dès le début, ne montra rien d'anormal chez un jeune homme atteint de perte de la vision de l'œil gauche à la suite d'une contusion du sourcil. Mais, dix-huit mois plus tard, la papille fut trouvée atrophiée, excavée et portant à son bord interne une tache pigmentaire très remarquable, sans analogue dans l'autre œil. Il est légitime d'admettre avec Abadie (*Traité des maladies des yeux*, 2e édition, t. I, p. 77) qu'une fracture du sommet de l'orbite avait déterminé dans l'espace sous-vaginal du nerf optique une hémorragie dont l'apparition du pigment autour de la papille n'était qu'une manifestation tardive.

Dans d'autres cas, l'ophtalmoscope a révélé l'existence de décollements de la rétine ou d'hémorragies intra-oculaires, lésions qui rendent encore mieux compte de la perte de la vision. On ne doit pas oublier non plus que l'atrophie du nerf optique est quelquefois la conséquence d'un érysipèle de la face. Or l'érysipèle est une complication fréquente des plaies contuses de la région sourcilière. H. Noyes (*American med. Times*, 1862) a cité un fait de ce genre.

A mesure que les observations précises se multiplieront, il deviendra inutile de recourir aux anciennes hypothèses proposées pour expliquer les cas de cécité consécutive aux traumatismes de la région du sourcil. Ces hypothèses, introduites dans la science à une époque où l'on ne connaissait que très imparfaitement le mécanisme de l'action dite réflexe, avaient d'ailleurs le défaut de pécher même par la base anatomique. C'est ainsi que Sabatier supposait que l'irritation du nerf frontal lésé se propageait à son bout postérieur et de là aux nerfs ciliaires qu'elle paralysait. Ribes voulait qu'elle gagnât le nerf nasal et de là le ganglion ophtalmique qui transmet à la rétine des filets du sympathique. Vicq d'Azyr, cependant, dans ses expériences sur les animaux, n'avait pu, en irritant le nerf frontal, produire l'amaurose.

Il est plus rationnel d'admettre que le traumatisme a agi en même temps sur le nerf optique pour le comprimer par l'intermédiaire d'une esquille ou d'un épanchement sanguin sous-vaginal. L'idée d'un ébranlement de la rétine, suivi d'une abolition de ses fonctions, émise par Mackenzie et Tyrrell, serait, en tout cas, plus physiologique que les hypothèses de Sabatier et de Ribes.

D'ailleurs, les faits que ces hypothèses ont la prétention d'expliquer sont très disparates. Il y a des cas, en effet, où l'amaurose a été immédiate et complète, d'autres où elle est survenue tardivement. Dans quelques cas elle s'est produite lentement et progressivement. Enfin, si le plus souvent elle a été définitive, il est arrivé aussi qu'on l'ait vue disparaître au bout d'un certain temps. Il s'agissait alors très probablement, de faits d'hystéro-traumatisme.

III

LÉSIONS INFLAMMATOIRES DE LA RÉGION SOURCILIÈRE

La plupart des lésions non traumatiques de la région du sourcil relèvent de la dermatologie et n'intéressent que peu le chirurgien. Tels sont le pityriasis et l'alopécie des syphilitiques, qu'il suffit de rappeler.

Le *furoncle* mérite seul une mention spéciale. Il détermine dans cette région une douleur vive et s'accompagne fréquemment d'engorgement du ganglion pré-auriculaire. Après l'élimination du bourbillon, la destruction d'un certain nombre de follicules pileux laisse, en outre, une cicatrice persistante et apparente par suite de la non-reproduction des poils.

Exceptionnellement, on a observé des accidents graves et même mortels pendant l'évolution de furoncles du sourcil. Charvot (*Dict. encycl. des sciences médicales*, 3e série, t. X, p. 645, art. Sourcils) cite le fait d'un infirmier enlevé en douze heures par une phlébite suppurée des veines temporales et du sinus caverneux consécutive à un furoncle de la queue du sourcil.

Le pronostic des furoncles de cette région, comme celui des anthrax de la lèvre supérieure, doit donc être réservé.

IV

TUMEURS DE LA RÉGION SOURCILIÈRE

Régnier, Étude sur les kystes dermoïdes de la queue du sourcil. Thèse de Paris, 1869. — Lamps, Essai sur les kystes dermoïdes du sourcil. Thèse de Paris, 1874. — Larger, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1886, p. 315. Discussion. — Le Lan, Des kystes dermoïdes de la queue du sourcil. Thèse de Montpellier, 1889.

Presque toutes les variétés de tumeurs des parties molles ont été observées à la région sourcilière. Nous mentionnerons les *angiomes*, les *lipomes*, les *fibromes*, qui prennent naissance dans le tissu cellulaire sous-cutané, sans oublier les méningocèles et les encéphalocèles venues de l'intérieur du crâne. La connaissance de ces différentes tumeurs a de l'importance surtout pour le diagnostic différentiel, mais il n'y a pas lieu de les décrire isolément, parce qu'elles ne présentent pas de caractères propres à cette région.

Il existe une autre catégorie de tumeurs qu'on y rencontre spécialement; nous voulons parler des *kystes* et parmi ces derniers, nous décrirons avec quelques détails les kystes dermoïdes. Les kystes que l'on rencontre au sourcil sont les kystes *hydatiques* qu'il suffit de mentionner, les kystes *sébacés* et les kystes *dermoïdes* ou branchiaux.

1° *KYSTES SÉBACÉS*

Les kystes sébacés ne sont pas rares et se développent indifféremment vers la tête ou la queue du sourcil; ce sont des tumeurs ayant depuis le volume d'une lentille jusqu'à celui d'une noisette, arrondies ou ovalaires, élastiques sous le

doigt et même fluctuantes, lorsque leur volume permet une exploration suffisante. Leur caractère principal est de faire plus ou moins corps avec la face profonde du derme, dont elles ne peuvent être isolées par le pincement de la peau, et de présenter en un point la trace de l'orifice de la glande qui a été l'origine de la tumeur. Cependant les kystes sébacés très anciens et volumineux deviennent souvent mobiles et en apparence indépendants de la peau qui les recouvre, et la trace de l'orifice glandulaire disparaît quelquefois. Ces tumeurs sont toujours mobiles sur les parties sous-jacentes et n'ont avec le périoste que des rapports de voisinage.

Elles apparaissent à une époque quelconque de la vie et ne sont pas congénitales. Elles s'accroissent plus ou moins rapidement et parfois, sans cause appréciable, s'enflamment, deviennent douloureuses, rougissent et suppurent.

Elles ne doivent pas être confondues avec les kystes dermoïdes décrits plus loin. La distinction des deux espèces de kystes est aujourd'hui nettement établie, mais pendant longtemps ils ont été confondus, et les auteurs du *Compendium de chirurgie* les ont englobés dans une même description.

Lorsque les kystes sébacés prennent un volume gênant, lorsqu'ils deviennent douloureux, ils doivent être enlevés par dissection. L'incision, parallèle au sourcil, met à nu la poche dont il importe d'isoler complètement les parois, sans pénétrer, s'il est possible, dans sa cavité. Si le kyste est ouvert, au cours de l'opération, il faut s'assurer, après l'avoir extrait, qu'il n'en reste aucun fragment au fond de la plaie. Même en agissant avec ces précautions, il arrive quelquefois que la récidive se produit.

Les *kystes pierreux* et *calcaires* décrits par Sichel père et fils (*Annales d'oculistique*, 1867, t. LVII, p. 211) paraissent n'être que des kystes sébacés dont le contenu a subi la transformation calcaire. Ils sont comparables aux concrétions de même nature que l'on observe dans les parois du scrotum.

Ces kystes que les auteurs du mémoire cité sont disposés à croire congénitaux, caractère qui les rapprocherait des kystes dermoïdes, se présentent sous la forme de petites tumeurs ayant de quelques millimètres à 1 centimètre 1/2 de diamètre, d'une dureté pierreuse, de forme irrégulièrement ovalaire ou quadrangulaire et généralement aplatie. On les observe surtout au niveau du tiers externe du sourcil; elles jouissent d'une certaine mobilité par rapport à la peau et sont plus ou moins adhérentes par leur face profonde. Dans quelques cas elles empiètent sur la paupière supérieure, ainsi que l'a observé Rizet.

L'analyse chimique du contenu de ces kystes, faite par Lecomte, a montré qu'ils renferment surtout du carbonate de chaux et de magnésie.

Ces kystes ne peuvent guère être confondus qu'avec des corps étrangers enkystés, comme cela s'est vu, dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ils n'entraînent pas d'inconvénients sérieux, mais l'ablation en est souvent réclamée par les patients. Elle se fait par dissection et nécessite, d'après J. et A. Sichel, une incision un peu longue à cause des adhérences que l'on rencontre à la face profonde du kyste.

2° *KYSTES DERMOÏDES*

Les kystes dermoïdes de la région sourcilière ont été longtemps confondus avec les kystes sébacés ou loupes dont nous venons de parler. Les travaux

modernes permettent de se rendre bien compte de leur mode de formation et expliquent les deux caractères qui les distinguent : la congénitalité et la structure particulière de leurs parois. Lawrence les a décrits en 1838 (*London med. Gaz.*, t. XXI, p. 471). Carron du Villards et Tavignot, et plus tard Gaillard (de Poitiers) (*Union médicale*, 1856, p. 302), ont publié des mémoires sur cette variété de kystes, qui a été, en 1859, l'objet d'une discussion à la Société de chirurgie. Aux kystes dermoïdes se rattachent les *kystes à contenu huileux* dont A. Le Dentu, en 1879, A. Demons, Berger, Cunier, ont rapporté des exemples à la Société de chirurgie et dont nous avons nous-même observé un cas.

A. Broca et Vassaux (*Arch. d'ophtal.*, 1883, p. 318) ont bien étudié l'anatomie pathologique de ces kystes.

Pathogénie. — Pour se rendre bien compte du mode de formation des kystes dermoïdes du sourcil, il faut se rappeler que chez l'embryon le développement de l'extrémité supérieure se fait par des bourgeons ou arcs branchiaux séparés primitivement par des fentes dites branchiales. Ces fentes disparaissent par fusion de leurs bords. La fente branchiale supérieure est limitée par la vertèbre céphalique antérieure qui doit former le front et le premier arc branchial destiné à la formation des mâchoires. Son extrémité postérieure répond à la partie externe de l'orbite. Or, qu'en ce point, par suite d'un trouble dans l'évolution des bourgeons qui limitent la fente, la soudure se fasse superficiellement avant que la soudure profonde soit opérée, il pourra y avoir inclusion d'une partie de la peau, comme l'a établi Verneuil et après lui Remak. C'est cette portion incluse de la peau qui devient l'origine de la formation du kyste dans lequel on retrouve toutes les productions du derme et de ses dépendances.

La théorie de l'inclusion est aujourd'hui admise par la majorité des chirurgiens et a été affirmée par Lannelongue dans son *Traité des kystes congénitaux*. Cependant Larger (*Bulletins de la Soc. de chir.*, t. XII, p. 315, 1886, et t. XIII, p. 400) s'est élevé contre elle. Il considère les kystes de la queue du sourcil comme de simples kystes sébacés dont un traumatisme a provoqué le développement au moment ou à une époque rapprochée de la naissance.

Anatomie pathologique. — Le siège habituel de ces kystes est la partie externe du sourcil. Exceptionnellement on les voit siéger à l'angle interne et supérieur de l'orbite, au niveau de la racine du nez. Quant à leur plus grande fréquence du côté gauche, admise par les auteurs du *Compendium*, elle n'est pas prouvée. Le volume de ces tumeurs varie de celui d'un noyau de cerise à celui d'une pomme d'api. Chauvel, cité par Charvot, en a observé un du volume d'un œuf, chez un Arabe. La paroi du kyste a la structure du derme, avec ses dépendances, l'épiderme formant la face interne directement en contact avec le contenu. Des poils fins, plus ou moins nombreux, généralement de couleur blanchâtre, sont implantés dans ce derme, isolément ou par touffes; ces poils sont courts, ils ont seulement quelques millimètres de longueur et se détachent successivement pour se mélanger au magma blanc-grisâtre ou jaunâtre qui remplit la poche. Ce magma est formé de cellules épidermiques provenant de la face interne de la paroi et de petites granulations nageant dans une graisse demi-liquide.

Verneuil et Clado ont décrit dans le contenu de ces kystes des microbes