

dans les généralités : incertitude de la démarche, vertiges, fausses projections, qui existent aussi dans les autres paralysies.

Quand la paralysie est incomplète, la mobilité paraît au premier abord parfaitement conservée et le diagnostic est plus difficile. Il faudra, dans ce cas, faire la plus grande attention à la position des images doubles, qui seront souvent alors le seul indice de la maladie.

Pour ce qui concerne le pronostic et le traitement, nous renvoyons à ce que nous avons déjà dit dans les généralités.

§ III. — Nystagmus.

On désigne sous le nom de *nystagmus* (de *νευστάζω*, je m'incline) une affection caractérisée par un tremblement involontaire des yeux.

ÉTIOLOGIE. — Le nystagmus est un symptôme commun à plusieurs maladies d'origine et de nature très-différentes. Aussi y a-t-il lieu, au point de vue étiologique, d'en distinguer trois variétés.

La première, bien décrite par Böhm (1), a pour cause, soit la prépondérance fonctionnelle, soit l'insuffisance d'un des muscles de l'œil. Dans ces deux cas le résultat final est le même : lorsqu'il existe une prépondérance d'un des muscles, l'antagoniste ne peut rétablir l'équilibre que par des efforts successifs, des saccades qui impriment au globe un mouvement oscillatoire. Lorsqu'un des muscles est affaibli, il ne peut de même lutter que par une série d'efforts contre son antagoniste, et le résultat est le même. Cette forme est aussi souvent accompagnée d'un véritable strabisme. Javal a démontré en outre qu'elle est souvent associée à une anomalie congénitale de la réfraction (astigmatisme régulier ou irrégulier, hypermétropie, etc.).

Une seconde variété de nystagmus est celle qui se montre parfois dès la naissance, et qui est consécutive à la perte de la vision centrale; elle accompagne alors la rétinite pigmentaire, la chorio-rétinite, l'atrophie des nerfs optiques. On admet généralement que, dans ces cas, les contractions musculaires qui se produisent ont pour but de déplacer la macula devenue insensible, et de mettre les portions de la rétine restées sensibles en face de l'objet fixé par le malade.

La troisième variété, bien étudiée par Gadaud (2), reconnaît pour cause une affection cérébrale. Elle est le plus souvent consécutive à un ramollissement, à une hémorragie cérébrale ou méningée. Bien qu'au point de vue du siège on ne puisse pas préciser quel est le point de l'encéphale atteint, on peut néanmoins dire d'une manière générale que ce sont les parties postérieures et la base (moelle allongée, pédoncules cérébraux, corps striés). De même que, dans les lésions des parties antérieures, on trouve le plus souvent de l'aphasie, de même le nystagmus se rencontre

(1) *Der Nystagmus und dessen Heilung*. Berlin, 1857.

(2) Thèse de Paris, 1869.

dans les altérations des parties postérieures. Il est alors associé parfois à la déviation conjuguée des yeux et à la rotation de la tête signalée par Provost dans les mêmes maladies cérébrales. En parcourant l'ensemble des observations consignées dans la thèse de Gadaud, on voit que l'apparition du nystagmus dans ces conditions est d'un pronostic grave.

SYMPTOMATOLOGIE. — Quand le mouvement oscillatoire des yeux est très-prononcé, la physionomie offre un cachet tout particulier qui attire l'attention au premier abord. Parfois, au contraire, ce n'est qu'en examinant avec beaucoup de soin qu'on peut apercevoir les saccades imprimées aux globes oculaires. Dans ces légers degrés de nystagmus, on constatera souvent, au moyen de l'ophtalmoscope, un tremblement du globe oculaire qui aurait pu échapper à l'examen direct.

Bien que le nystagmus puisse avoir lieu dans tous les sens, il se produit le plus souvent dans la direction horizontale, et il est dû alors aux contractions irrégulières des muscles droits interne et externe. D'autres fois il a lieu dans le sens vertical. Enfin, quand les muscles grand et petit obliques fonctionnent d'une manière irrégulière, le nystagmus devient *rotatoire*, et le globe oculaire tourne autour de son axe antéro-postérieur.

De même que le strabisme, le nystagmus augmente d'intensité sous l'influence des émotions morales. Quand le nystagmus est dû à un défaut d'équilibre musculaire, certaines positions du regard le font cesser presque complètement.

Si les mouvements oscillatoires du globe oculaire ne sont pas très-prononcés, les troubles fonctionnels accusés par les malades sont aussi de peu d'importance, et ne modifient guère leur acuité visuelle. Lorsque celle-ci est mauvaise, ce n'est pas tant par le fait du nystagmus que par suite des lésions morbides qui l'accompagnent si fréquemment (astigmatisme irrégulier, abolition de la vision centrale, etc.).

PRONOSTIC, TRAITEMENT. — Le nystagmus est une infirmité qui reste le plus souvent stationnaire et échappe à toute intervention médicale ou chirurgicale. Javal recommande de déterminer et de corriger avec soin la réfraction des malades; on obtient parfois, grâce à ce moyen, une diminution d'amplitude des oscillations. Böhm a préconisé la ténotomie du muscle qui paraît avoir une prépondérance fonctionnelle. Nous croyons pourtant que cette pratique doit être limitée aux cas où il y a à la fois nystagmus et strabisme.

III. — MALADIES DES SOURCILS.

Nous laisserons de côté les lésions traumatiques du sourcil, qui, en tant qu'accident local, n'offrent qu'un médiocre intérêt. Nous nous bornons pour le moment à signaler le danger de ces lésions qui peuvent être suivies de troubles graves de la vue, devant revenir sur ce point important en traitant des lésions traumatiques du pourtour de l'orbite.

ARTICLE PREMIER.

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DU SOURCIL.

Je décrirai seulement les *kystes* du sourcil, les autres maladies de cette région n'offrant rien de spécial à signaler.

1° Kystes.

On peut trouver dans la région du sourcil les diverses espèces de kystes qu'on observe dans les autres parties du corps : tels sont les kystes séreux, les loupes, etc. Ces tumeurs ne présentent aucune particularité digne d'être mentionnée. Il n'en est pas de même de deux variétés de kystes qui semblent se rencontrer plus fréquemment au sourcil : ce sont les *kystes dermoïdes*, confondus bien à tort avec les loupes ; et les *kystes calcaires*, plus spécialement décrits par J. et A. Sichel.

A. Kystes dermoïdes.

Il existe dans la science un assez grand nombre de faits relatifs à cette espèce de kystes. M. Hoffmann, Baillie, Dupuytren, Cruveilhier, A. Cooper, en ont mentionné des exemples. En 1838, Lawrence (1) publia un intéressant travail sur ces tumeurs ; depuis cette époque, elles furent mieux décrites dans la plupart des traités d'ophtalmologie ; enfin, récemment, Ch. Regnier (2) en a tracé une histoire assez complète.

PATHOGENIE. — Les kystes dermoïdes du sourcil ont une origine congénitale facile à expliquer par l'étude du développement de la face. La portion céphalique de la paroi destinée à constituer la partie antérieure du corps de l'embryon offre quatre prolongements membraneux ou bourgeons, séparés par des fentes qui ne tardent pas à disparaître par suite de la soudure de ces arcs dits *branchiaux*. La fente branchiale supérieure est comprise entre la vertèbre cérébrale antérieure, qui deviendra le front, et le premier arc branchial, qui formera les mâchoires, le nez, les joues, les lèvres et le palais. Or, l'extrémité postérieure de cette fente correspond précisément à la partie externe de l'orbite, c'est-à-dire au niveau du point où les kystes dermoïdes ont leur siège de prédilection.

Que, par une cause encore ignorée, il survienne un arrêt dans l'évolution des bourgeons limitant cette fente branchiale supérieure, et que ces bourgeons se soudent superficiellement, au lieu de se réunir dans toute leur étendue, une certaine quantité de peau en voie de développement restera incluse dans les tissus au point où la soudure n'a pas eu lieu, et il se formera un kyste pouvant contenir des poils, de la matière sébacée

(1) *London Med. Gazette*, vol. XXI, p. 471.

(2) *Étude sur les kystes dermoïdes de la queue du sourcil*, thèse de Paris, 1869.

et des éléments épithéliaux, c'est-à-dire les productions physiologiques du derme et de ses dépendances.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les kystes dermoïdes du sourcil se développent plus spécialement à la partie externe de cette région ; toutefois ils peuvent se rencontrer au niveau de la racine du nez, au-dessus et au-dessous du rebord de l'orbite. On a dit, mais sans preuves, qu'ils étaient plus fréquents à gauche qu'à droite. Leur volume est généralement peu considérable ; cependant quelques-uns de ces kystes ont atteint les dimensions d'une pomme d'api. Dans ces cas, ils empiètent sur les régions voisines et gagnent la paupière supérieure ou la tempe.

Ces kystes sont profonds, recouverts par la peau et la couche musculaire sous-jacente ; ils adhèrent au périoste, et, lorsqu'ils sont anciens, ils dépriment l'os sur lequel ils reposent. Il se produit ainsi une sorte de cavité entourée d'un bourrelet osseux, analogue à celui qu'on remarque dans le céphalématome.

Comme dans toutes les tumeurs dermoïdes (voy. t. I, p. 172), la paroi du kyste est analogue au derme ; sa face interne est recouverte d'une couche de feuillets épidermiques, et présente de petits poils blanchâtres, fins et courts, solidement implantés dans le tissu dermoïde pariétal. La matière contenue dans ces kystes est une graisse semi-liquide, formée de petites granulations mélangées de cellules épidermiques et de poils très-ténus.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les kystes dermoïdes se montrent exclusivement dans le jeune âge, puisqu'ils sont congénitaux ; mais c'est surtout chez des sujets de sept à huit ans qu'on est appelé à les observer. La difformité de la région appelle seule l'attention sur eux, car ils ne sont pas douloureux et n'amènent que peu de gêne par suite de leurs dimensions. Ces productions morbides sont peu mobiles ; la peau qui les recouvre, lisse et unie, ne leur est pas adhérente. Lorsque ces tumeurs ont acquis un certain volume, il est possible d'y percevoir de la fluctuation ; elles peuvent s'enflammer et suppurer à la suite d'un traumatisme.

Les kystes dermoïdes du sourcil n'augmentent que très-lentement de volume ; quelquefois ils restent stationnaires. Quand on les enlève, ils récidivent souvent, vu la difficulté de disséquer entièrement la paroi kystique, fréquemment adhérente au périoste ; aussi leur ablation doit-elle être bien faite. Dans un cas cité par Lebert, le kyste récidivé s'était enflammé, et son ouverture donna issue à de la matière granuleuse mêlée d'une assez grande quantité de pus.

Le **DIAGNOSTIC** de cette variété de kyste ne peut guère être établi qu'en tenant compte du siège et de l'époque d'apparition de la tumeur. Il faut aussi distinguer ces kystes dermoïdes des loupes, qui sont placées plus superficiellement, et des lipomes parfois lobulés, surtout lorsqu'on peut les isoler avec les doigts des parties profondes. La consistance des kystes pierreux ne permet pas de les confondre avec les productions dermoïdes que nous venons de décrire. Enfin, dans quelques cas, des méningo-encéphalocèles peuvent s'observer dans la région du sourcil.

PRONOSTIC. — Il est peu grave; nous avons vu que la récurrence de la tumeur ne tient qu'à une extirpation incomplète des parois kystiques.

TRAITEMENT. — Il faut enlever ces tumeurs avec le bistouri, en ayant soin de faire porter l'incision sur la région pileuse du sourcil; cette précaution a pour but de cacher, autant que possible, la cicatrice.

Dans les cas d'adhérences solides au périoste, il est souvent nécessaire de laisser en place une partie de la paroi kystique pour éviter toute dénudation osseuse. On doit alors avoir recours à la cautérisation pour détruire ce qui reste de la production morbide.

B. Kystes pierreux ou calcaires.

Ces productions calcaires et non osseuses, comme on l'a dit, se rencontrent sous la peau de la région sourcilière, et quelquefois à la paupière supérieure (1); elles ont été étudiées par J. et A. Sichel (2).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Elle est encore à faire; une de ces tumeurs, analysée par Leconte, contenait des matières organiques, du carbonate de chaux et du carbonate de magnésie.

SYMPTOMATOLOGIE. — Ces kystes constituent des tumeurs peu volumineuses, ovalaires, aplaties, présentant souvent une forme quadrangulaire et ayant une dureté osseuse caractéristique. Ils sont assez mobiles sous la peau; cependant ils ne se laissent pas toujours déplacer avec facilité, vu la présence fréquente d'adhérences avec les parties profondes.

Nous n'avons pas à insister sur le diagnostic de ces tumeurs; tout au plus pourrait-on les confondre avec des corps étrangers enkystés; et, dans ce cas, les commémoratifs, l'existence d'un tissu cicatriciel, viendraient mettre le chirurgien sur la voie du diagnostic.

TRAITEMENT. — Le seul traitement qui leur soit applicable est l'extirpation. J. et A. Sichel ont conseillé de faire une assez longue incision cutanée pour rendre plus facile la dissection de la face postérieure du kyste.

ARTICLE II.

DIFFORMITÉS ET VICÉS DE CONFORMATION DU SOURCIL.

Nous ne dirons rien des anomalies congénitales des sourcils, qui n'offrent aucun intérêt pratique. Les difformités acquises des sourcils ne sont pas très-rares; elles succèdent à des plaies, des contusions, des brûlures, des fistules, etc.

Les plaies mal réunies, ou réunies par un tissu cicatriciel plus ou moins étendu, comme dans le cas de brûlures, donnent lieu à une difformité plus ou moins apparente, résultant d'un défaut de continuité entre les diverses parties de l'arc formé normalement par le sourcil. Aussi doit-on

(1) Rizet, *Ann. d'oculistique*, 1867, t. LVII, p. 184.

(2) *Ibid.*, p. 211.

toujours surveiller avec soin la cicatrisation des plaies de cette région et maintenir, autant que possible, les parties dans leur situation normale. Dans quelques cas, on pourra combattre ces difformités acquises, soit en enlevant le tissu de cicatrice et en rapprochant les parties déviées à l'aide de sutures, soit même en ayant recours à l'autoplastie, comme nous le verrons plus loin à propos des vices de conformation acquis des paupières.

IV. — MALADIES DES PAUPIÈRES.

ARTICLE PREMIER.

LÉSIONS TRAUMATIQUES DES PAUPIÈRES.

Contusions et plaies.

Les contusions des paupières déterminent des ecchymoses souvent très-étendues, et qui siègent tantôt dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, tantôt sous la conjonctive. Ces ecchymoses, qui s'accompagnent généralement de gonflement des paupières, disparaissent en quinze ou vingt jours sous l'influence d'applications réfrigérantes et résolutive.

Les plaies des paupières sont superficielles ou profondes; ces dernières peuvent se compliquer de la section du releveur de la paupière et de la division de la glande lacrymale ou de ses canaux excréteurs.

Les plaies superficielles des paupières n'offrent rien de particulier à signaler. Les plaies profondes simples ou compliquées peuvent, au contraire, donner lieu à des accidents qui méritent de fixer un instant l'attention: ainsi, quand à la suite d'une plaie complète, les bords se cicatrisent isolément, il en résulte une fente verticale (*coloboma*) ou une fente transversale. On reconnaît que le releveur de la paupière ou le nerf qui l'anime a été coupé, s'il existe un prolapsus immédiatement après l'accident; l'épiphora peut reconnaître pour cause la section d'un des canaux lacrymaux; mais, en général, l'un supplée l'autre, et cet accident ne s'observe que rarement.

Les plaies superficielles des paupières ne s'accompagnent en général que d'une tuméfaction légère; quand les solutions de continuité sont contuses et à lambeaux, il s'y montre parfois une inflammation suppurative ou gangréneuse. Une portion plus ou moins grande des paupières se détruit et s'élimine, d'où résulte souvent la formation d'un ectropion. Les contusions et les plaies des paupières déterminent quelquefois des troubles notables de la vision. Nous reviendrons sur ce sujet en parlant des lésions traumatiques de l'orbite.

TRAITEMENT. — Il faut réunir par la suture les plaies des paupières, même celles qui sont irrégulières et un peu machées. On recouvrira ensuite la partie d'un pansement simple ou de compresses trempées dans l'eau froide. Au bout de deux jours au plus, on retirera les fils, car les