

## 5° BLÉPHAROPTOSE OU PTOSIS

Le ptosis, ou chute de la paupière supérieure, peut être congénital ou acquis. Il est complet ou incomplet, suivant que la paupière recouvre entièrement ou partiellement le globe de l'œil.

D'après la cause qui lui a donné naissance, le ptosis acquis a été divisé en plusieurs variétés.

La chute de la paupière peut résulter d'un traumatisme qui a sectionné le tendon du releveur de la paupière supérieure; le ptosis est dit alors traumatique. Elle tient, dans d'autres cas, à la paralysie du releveur, ou du nerf moteur oculaire commun. Les causes de cette paralysie sont le froid, la syphilis, les maladies cérébrales (blépharoptose cérébrale de Landouzy). A cette variété convient le nom de ptosis paralytique. Enfin le ptosis peut résulter aussi de l'hypertrophie ou du relâchement des téguments des paupières. Déjà nous avons noté parmi les symptômes de l'ophtalmie granuleuse la chute de la paupière supérieure. A la longue, il en peut résulter un véritable ptosis. Dans d'autres cas, il y a accumulation de graisse sous la peau de la paupière supérieure, ptosis lipomateux, ou bien encore il s'agit d'une infiltration séreuse de la paupière chez des sujets vieux et affaiblis.

**Traitement.** — Il variera suivant la cause du ptosis. Si la chute de la paupière est d'origine paralytique, il faut, par la révulsion, par les courants continus, par le traitement spécifique, en cas de syphilis, soigner la paralysie. On peut du moins comme moyen palliatif, conseiller le pincement d'une portion des téguments de la paupière à l'aide d'une pince spéciale, dite pince à ptosis. Les procédés opératoires consistent dans l'excision d'un pli cutané de la paupière, ou même, comme l'a proposé de Graefe, dans l'excision d'une portion de l'orbiculaire, afin de diminuer l'action prépondérante de ce muscle. D'autres procédés ont pour but de suppléer le releveur de la paupière par le muscle frontal; récemment, M. Panas a publié un nouveau procédé autoplastique qui rentre dans ce groupe. Enfin, M. Dransart a imaginé une ligature sous-cutanée des tissus de la paupière au moyen d'une anse de fil dont les deux chefs sont noués au-dessus du sourcil. La section des tissus compris dans l'anse du fil détermine la formation d'une bride cicatricielle et le raccourcissement de la paupière.

## 6° BLÉPHAROSPASME

Le muscle orbiculaire des paupières peut se contracter convulsivement dans deux circonstances différentes. Tantôt sa contraction est passagère et souvent répétée: elle constitue alors le clignotement des paupières. Tantôt elle est permanente, et maintient les paupières closes d'une façon continue; on lui donne le nom de blépharospasme.

Dans la plupart des cas, le blépharospasme est symptomatique d'une affection oculaire: tantôt il s'agit d'une kératite phlycténulaire, tantôt d'un corps étranger de la cornée. Le blépharospasme peut se voir aussi dans la carie dentaire, dans les affections de la langue, dans le tic douloureux de la face. Dans d'autres cas, il constitue l'une des manifestations de l'hystérie.

Le traitement doit avant tout s'adresser à la cause générale ou locale de l'affection. Remarquant que la compression des nerfs sus et sous-orbitaires fait quelquefois cesser la contracture de l'orbiculaire, on a été conduit à pratiquer la section de ces nerfs. On a conseillé aussi la dilatation forcée du sphincter palpébral. Nous pensons, avec M. Terrier, que c'est là un moyen qui mérite d'être expérimenté.

## 7° BLÉPHAROPHIMOSIS

Sous ce nom, on désigne l'étranglement congénital ou acquise de la fente palpébrale. C'est surtout à la suite des ophtalmies de longue durée, en particulier de l'ophtalmie granuleuse, qu'on observe le blépharophimosis; il est causé alors par le spasme permanent de l'orbiculaire, et par l'ulcération de l'angle externe des paupières, dont les bords, privés d'épiderme, finissent par adhérer l'un à l'autre, en rétrécissant la fente palpébrale.

Plusieurs opérations ont été proposées pour combattre le blépharophimosis. La plus simple est celle qui a été conseillée par von Ammon et qui porte le nom de canthoplastie. Elle consiste à inciser, dans l'étendue de 1 centimètre  $1/2$  à 2 centimètres, la commissure externe des paupières, puis à suturer la muqueuse conjonctivale avec les lèvres de la plaie ainsi formée. Généralement, trois points de suture suffisent pour assurer le succès de cette petite opération: l'un répond au sommet de l'angle de la plaie; les deux

autres sont placés sur la lèvre supérieure et sur la lèvre inférieure de la solution de continuité. Si la conjonctive se laissait attirer difficilement vers la peau, on disséquerait légèrement ses adhérences au globe de l'œil pour la mobiliser.

## 8° ANKYLOBLÉPHARON

La soudure du bord libre des paupières est dite ankyloblépharon. Cette disposition peut être congénitale ou accidentelle. Dans ce dernier cas, elle est la conséquence de plaies, d'ulcérations, de brûlures des paupières. Le traitement consiste simplement à couper la bride qui maintient réunis les bords palpébraux.

## 9° SYMBLÉPHARON

Tandis que l'ankyloblépharon désigne la soudure des paupières entre elles, le symblépharon consiste dans l'adhérence de la paupière au globe de l'œil.

Rarement congénital, le symblépharon résulte le plus souvent de la cicatrisation d'une plaie ou d'une brûlure; il succède aussi parfois à l'ophtalmie purulente.

L'adhérence se fait tantôt avec la conjonctive oculaire, tantôt avec la cornée. Elle peut être partielle ou totale. Le symblépharon partiel consiste en une bride reliant la paupière au globe de l'œil, quelquefois même, c'est un simple pont sous lequel on peut passer un stylet. Dans le symblépharon total, au contraire, le cul-de-sac conjonctival a disparu.

**Symptômes.** — Suivant l'étendue du symblépharon, suivant qu'il s'insère seulement sur la conjonctive ou sur la cornée, la vision est plus ou moins entravée. Les mouvements de l'œil sont limités; et il en résulte parfois un véritable strabisme cicatriciel. La paupière peut être en même temps raccourcie et légèrement renversée en dehors (ectropion); on voit aussi le symblépharon s'accompagner d'ankyloblépharon. Les voies lacrymales peuvent être déviées ou oblitérées, d'où le larmolement; quelquefois on observe la xérophthalmie.

On voit par là combien de complications peuvent se trouver réunies. Ce qui aggrave encore le pronostic, c'est la difficulté du traitement.

**Traitement.** — Lorsque la bride est très étroite, sa section peut suffire à amener la guérison. Mais quelque soin qu'on prenne pour empêcher l'accolement des surfaces séparées, trop souvent on voit la récidive se produire. Aussi sera-t-il bon, après avoir sectionné la bride, de pratiquer la suture de la conjonctive bulbaire. On a eu recours également à la section lente de la bride au moyen d'un fil de plomb transfixant sa base : c'est le procédé d'Himly.

Arlt et Laugier ont exécuté deux procédés qui se rapprochent beaucoup l'un de l'autre. Après avoir disséqué la bride constituant le symblépharon depuis son adhérence oculaire jusqu'au fond du cul-de-sac conjonctival, Laugier traversait à la fois le sommet de cette bride et la paupière tout entière avec une anse de fil qu'il nouait au dehors sur un petit rouleau de diachylon. De cette façon, on maintient appliquée la bride dans le fond du cul-de-sac conjonctival. On se met encore plus sûrement à l'abri de la récidive, si, après avoir disséqué la bride, on pratique, comme le fait Arlt, une suture conjonctivale, de façon à recouvrir la surface saignante laissée par la dissection. Mais ces procédés ne conviennent qu'à des symblépharons partiels qui ne dépassent pas 6 à 7 millimètres de largeur à leur insertion oculaire. Dans les cas de symblépharon total, il faut avoir recours à des procédés autoplastiques beaucoup plus compliqués, tels que ceux de Knapp, de Teale et de von Ammon, que nous ne pouvons faire que mentionner ici.

## 10° ECTROPION

On donne le nom d'ectropion à tout renversement des paupières en dehors, quelle qu'en soit l'origine.

C'est le plus souvent à la paupière inférieure qu'on l'observe. Les deux yeux sont fréquemment atteints en même temps; on peut le voir aussi à la paupière supérieure. Enfin, les deux paupières sont, quelquefois, simultanément renversées en dehors.

**Étiologie.** — Les causes de l'ectropion sont multiples, d'où la nécessité de les grouper sous plusieurs chefs.

La forme la plus importante est l'ectropion cicatriciel. Toutes les causes qui le produisent agissent en diminuant l'étendue de la peau des paupières : telles sont les brûlures, les plaies avec perte

de substance, les ulcérations des paupières, les cicatrices résultant d'abcès ossifluents des os voisins et, en particulier, de l'os malaire.

Vient ensuite l'ectropion paralytique, qui succède à la paralysie du nerf facial et qui se voit à la paupière inférieure. Dans ce groupe rentre aussi l'ectropion qu'on voit succéder chez les vieillards à la parésie de l'orbiculaire, compliquée le plus souvent d'un certain degré de conjonctivite et de larmolement.

La troisième variété comprend l'ectropion inflammatoire qui tient au gonflement, au boursoufflement de la muqueuse conjonctivale, renversant en dehors le cartilage tarse et avec lui la paupière tout entière.

**Symptômes.** — Ils diffèrent suivant la nature de l'ectropion. Dans la forme cicatricielle, le repli formé par la paupière à l'état normal a disparu; le cul-de-sac conjonctival est effacé. En même temps que la paupière s'écarte du globe de l'œil, son bord libre s'allonge, comme l'a fait remarquer Mackenzie. Dans les autres variétés, ectropion inflammatoire et paralytique, c'est moins la peau des paupières qui a disparu, que la muqueuse conjonctivale qui fait hernie au dehors, sous la forme d'un bourrelet rouge et fongueux. D'où le nom d'ectropion muqueux donné à cette forme. Aussi peut-on redresser momentanément la paupière, ce qu'on ne saurait faire dans l'ectropion cicatriciel où la peau fait défaut. Cette division en ectropion muqueux et cicatriciel a donc la plus grande importance au point de vue du traitement.

**Pronostic.** — Quelle que soit la nature de l'ectropion, le pronostic est sérieux. Il constitue, en effet, une difformité choquante. Il entraîne, de plus, la déviation des points lacrymaux et le larmolement; enfin, en exposant sans cesse la cornée au contact de l'air, il produit des altérations graves de cette membrane, capables d'entraîner à la longue la cécité. On comprend que, à ce dernier point de vue, l'ectropion double a une gravité beaucoup plus grande.

**Traitement.** — Il est différent suivant la nature de l'ectropion auquel on a affaire. Dans l'ectropion inflammatoire, en traitant convenablement, par les astringents et les caustiques, la muqueuse conjonctivale enflammée, on peut espérer amener sa diminution de volume et la réduction de la paupière renversée. On aidera parfois à ce résultat par des scarifications de la conjonctive. Si l'on échoue, on

pratiquera l'excision d'un repli de la muqueuse, et le tissu cicatriciel ainsi développé pourra redresser la paupière.

Dans l'ectropion paralytique, on traitera par l'électricité et les moyens convenables la paralysie de l'orbiculaire des paupières. On pourra, par des bandelettes agglutinatives, maintenir redressée la paupière inférieure. Si même la paralysie durait trop longtemps, et si l'on voyait des altérations se manifester du côté de la cornée, on pratiquerait la suture des paupières ou tarsorrhaphie, pour mettre l'œil à l'abri du contact de l'air.

Dans les cas d'ectropion dû à l'affaiblissement de l'orbiculaire et à la laxité des tissus, comme chez le vieillard, par exemple, on peut se proposer de raccourcir le bord palpébral augmenté de longueur. Il existe dans ce but plusieurs procédés, tels que ceux de Desmarres, de von Ammon, de Dieffenbach et de Szymanowski. Tous ces procédés ont cela de commun qu'ils excisent un lambeau triangulaire de peau, au niveau de l'angle externe des paupières, avivent dans une certaine étendue le rebord palpébral de la paupière inférieure et le suturent à l'un des bords du triangle cruenté ainsi formé. Ils diminuent ainsi la longueur du rebord palpébral, en entraînant en haut et en dehors la commissure externe des paupières.

L'ectropion cicatriciel exige des procédés différents. Ici il ne s'agit plus de diminuer la longueur du rebord palpébral exubérant, en reportant en haut et en dehors la commissure externe. Ce qu'il faut, autant que possible, c'est libérer le tissu cicatriciel de ses attaches aux parties voisines et donner à la peau des paupières une hauteur plus grande en remontant le bord palpébral. Bien des procédés ont été imaginés dans ce but. Le plus simple et le plus connu est celui de Wharton Jones. Il consiste à pratiquer une incision en V, comprenant dans son intérieur la bride cicatricielle; cette bride est disséquée; la pointe du V devient libre; on réunit alors par la suture l'extrémité inférieure du triangle cruenté ainsi formé, de manière à transformer en Y le V primitivement tracé. Par là, la paupière gagne en hauteur toute l'étendue répondant à la branche verticale de l'Y. Ce procédé ne convient qu'aux cas où la bride cicatricielle est assez limitée. Bien d'autres procédés opératoires ont été imaginés pour les difformités plus étendues. Nous ferons du reste, à propos des opérations applicables à l'ectropion, une réflexion générale, qui concerne toutes les opérations ayant pour but de parer aux diverses diffor-

mités des paupières. L'exposé de ces procédés opératoires délicats nécessiterait de longues descriptions, et des figures que l'exiguïté de notre cadre ne nous permet pas de donner. Nous renvoyons donc pour ce sujet aux différents livres de médecine opératoire, et en particulier à l'article PAUPIÈRES du professeur Panas, publié dans le *Dictionnaire de Jaccoud*.

Il est toutefois un procédé que nous ne pouvons passer sous silence, à cause de sa grande valeur : c'est la suture des paupières ou blépharorrhaphie, conseillée par Mirault (d'Angers). A elle seule, elle suffira dans bien des cas à corriger la difformité. Si toutefois elle est insuffisante, on peut lui joindre différents procédés autoplastiques dont elle contribue à assurer le succès. C'est là un point sur lequel a insisté avec juste raison Denonvilliers. Mais, plus simple que les autres procédés autoplastiques, la blépharorrhaphie suffit seule à la guérison. Beaucoup de chirurgiens professent cette opinion, et parmi eux nous citerons surtout MM. Verneuil et Panas. L'avivement est fait sur tout le bord libre des paupières, moins la région interne en dedans des points lacrymaux, laissée libre pour l'écoulement des larmes. La suture des paupières doit être maintenue pendant un temps fort long, si l'on veut en tirer un heureux résultat. Pour cela, six mois, huit mois, un an, sont nécessaires. Encore ne faudra-t-il couper que peu à peu la bride qui maintient les paupières réunies. Il est du reste à remarquer que la blépharorrhaphie donnera surtout de bons résultats dans les cas où les deux paupières seront atteintes en même temps d'entropion. Dans les cas, en effet, où une seule paupière est malade, c'est la paupière saine qui se prête surtout à l'extension, et la difformité est moins sûrement corrigée. On utilisera également avec profit, dans les cas où l'on devra combler une large perte de substance, la transplantation de lambeaux autoplastiques empruntés à des régions éloignées et complètement détachés. Cette méthode, employée pour la première fois par M. Le Fort en 1870, a été l'objet d'un rapport de M. Charles Monod à la Société de chirurgie en 1881, à propos d'une observation de M. Meyer.

## 11° ENTROPION

L'entropion désigne la difformité opposée à l'ectropion. Ici le renversement du bord libre de la paupière, au lieu de se faire en dehors,

se fait en dedans, de sorte que les cils viennent irriter par leur contact la face antérieure de la conjonctive et de la cornée.

L'entropion peut siéger aux deux paupières; il est alors double. Il peut occuper toute l'étendue ou seulement une partie du bord libre de la paupière; de là, sa division en total ou partiel. Dans ce dernier cas, c'est surtout la moitié interne des paupières qui est atteinte.

Le renversement en dedans de la paupière peut du reste affecter plusieurs degrés; dans un premier degré, c'est seulement le sommet des cils qui vient toucher le globe oculaire; dans un second degré, les cils en totalité sont renversés en dedans, et frottent sur la cornée; enfin, dans le degré le plus prononcé, la paupière tout entière s'enroule sur elle-même, et vient se mettre en rapport par sa surface cutanée avec le globe de l'œil.

**Étiologie.** — Eu égard aux causes qui lui ont donné naissance, l'entropion peut être distingué en musculaire, cicatriciel et bulbaire.

Toutes les cicatrices de la muqueuse conjonctivale peuvent, par leur rétraction, entraîner le renversement de la paupière en dedans, qu'elles succèdent à des opérations sur la conjonctive, ou à la présence de granulations persistantes. Dans ce dernier cas, il faut joindre, comme cause à l'existence de tissu cicatriciel, le ramollissement des cartilages torses, qui, privés de leur rigidité normale, laissent la paupière s'enrouler sur elle-même.

L'entropion musculaire, dont la cause est le spasme de l'orbiculaire et surtout de la portion ciliaire de ce muscle, s'observe dans les affections inflammatoires du globe de l'œil. C'est un degré plus élevé du blépharospasme qui va jusqu'au renversement complet de la paupière. Il est une circonstance dans laquelle on le voit se produire, et qui mérite toute l'attention du chirurgien, vu les conséquences graves qui peuvent en résulter. C'est à la suite de l'opération de la cataracte, chez les vieillards dont les paupières flasques et molles se laissent facilement enrouler sur elles-mêmes par la contraction de l'orbiculaire. C'est une circonstance dont il importe d'être prévenu; car, si l'on n'y prenait garde, les cils viendraient irriter par leur présence la face antérieure de la cornée, et pourraient déterminer sa suppuration.

Enfin, sous le nom d'entropion bulbaire, on désigne le renversement des paupières qui succède à l'atrophie ou à l'absence du globe

oculaire après l'énucléation. Les paupières n'étant plus soutenues, se renversent en dedans, si surtout leur tissu est ramolli, comme chez les vieillards, et s'il s'y joint du spasme de l'orbiculaire.

**Symptômes.** — Le contact des cils avec l'œil, et surtout avec la cornée, détermine des douleurs vives, de la congestion, de la rougeur, du larmoiement. Enfin, tôt ou tard, il se développe une kératite vasculaire ou pannus, qui gêne considérablement la vision. Dans certains cas même, l'ulcération de la cornée et la perforation du globe oculaire conduisent le malade à la cécité.

**Pronostic.** — Ici, comme pour l'ectropion, le pronostic est intimement lié à la cause qui produit la difformité. Dans l'entropion inflammatoire, on peut espérer voir disparaître la lésion avec l'inflammation qui lui a donné naissance, en même temps que, par des procédés appropriés, on combat ses inconvénients. L'entropion cicatriciel est au contraire permanent, et bien souvent les opérations autoplastiques sont impuissantes à le corriger entièrement ou à empêcher sa reproduction.

**Traitement.** — Dans l'entropion inflammatoire, des bandelettes agglutinatives, ou mieux encore une serre-fine qu'on fixe par un fil collodionné à la peau des parties voisines, suffisent à combattre l'enroulement de la paupière.

Dans l'entropion bulbaire, la prothèse oculaire, en fournissant aux paupières un point d'appui suffisant, combattra la difformité.

L'entropion cicatriciel a été traité par un grand nombre de procédés opératoires. Beaucoup d'entre eux consistent dans l'excision d'un pli vertical ou horizontal de la peau des paupières. De ce nombre sont les procédés de Janson (de Lyon), de Lisfranc, de de Graefe. On a eu recours également à la cautérisation de la peau des paupières, soit par les caustiques chimiques, soit par le fer rouge.

Gaillard (de Poitiers) a conseillé la ligature verticale des paupières, comprenant à la fois la peau et le muscle orbiculaire. On peut, suivant le cas, placer un ou plusieurs points de suture. On peut enfin, comme l'a conseillé Pagenstecher, combiner la ligature de Gaillard (de Poitiers) avec la canthoplastie ou opération d'Ammon, dont nous avons parlé à propos du blépharophimosis. M. Panas insiste sur les avantages qui résultent de la combinaison de ces deux procédés.

## 12° TRICHIASIS

Le trichiasis désigne le renversement en dedans des cils qui viennent frotter sur le globe de l'œil. Il diffère de l'entropion en ce qu'il ne s'accompagne pas du renversement du bord libre des paupières. Il est exceptionnel de trouver tous les cils déviés à la fois. Le plus ordinairement, il n'y en a qu'un certain nombre qui sont déviés, et qui, sous forme de petites touffes de cils, viennent irriter la cornée. Quelquefois les cils de la rangée postérieure sont seuls déviés, tandis que ceux de la rangée antérieure sont normaux. Cette difformité, à laquelle on donne le nom de distichiasis, mérite d'être bien connue; car si l'on s'en rapportait à un examen superficiel, on pourrait la laisser passer inaperçue, en constatant que la rangée antérieure des cils occupe sa place normale.

Généralement les cils déviés sont en même temps altérés dans leur forme et leur volume, petits et recroquevillés sur eux-mêmes. Quelquefois cependant ils ont conservé leur forme et leur volume normal.

Le trichiasis atteint plus souvent et à un degré plus marqué la paupière supérieure que l'inférieure.

Après ce que nous avons dit de l'entropion, il n'est pas nécessaire d'insister sur les conséquences funestes qui résultent de l'irritation continuelle de la cornée par les cils déviés.

**Étiologie.** — Toutes les causes capables de produire la rétraction de la conjonctive et la déformation des bords palpébraux peuvent donner naissance au trichiasis. Au premier rang de ces causes il faut signaler les blépharites et les conjonctivites chroniques, en particulier la conjonctivite granuleuse. La variole, les brûlures peuvent aussi lui donner naissance en produisant un tissu de cicatrice. Enfin, Vidal (de Cassis) a invoqué pour certains cas le développement anormal de cils qui prennent une direction vicieuse.

**Traitement.** — Il est palliatif ou curatif. Le traitement palliatif consiste dans l'arrachement des cils déviés.

Quant au traitement curatif, il comprend deux méthodes. Dans l'une, on s'efforce de produire le redressement des bulbes et du bord palpébral; dans l'autre, on détruit les follicules pileux.

a. *Redressement des bulbes et du bord palpébral.* — Parmi les

procédés conseillés pour arriver à ce résultat, nous citerons surtout celui d'Anagnostakis, qui constitue une véritable transplantation du bord ciliaire et qui donne les meilleurs résultats.

Voici comment M. Panas pratique cette opération : A 2 ou 3 millimètres du bord libre de la paupière, on fait une incision parallèle à ce bord, comprenant la peau et les fibres de l'orbiculaire; on met ainsi à nu le cartilage tarse, dont on continue la dénudation d'une part jusqu'au bord libre de la paupière, d'autre part jusqu'à la partie supérieure de ce fibro-cartilage, c'est-à-dire jusqu'au ligament suspenseur de la paupière. On forme ainsi un petit lambeau très peu élevé, comprenant tous les bulbes des cils. C'est ce petit lambeau qu'on relève ou qu'on transpose, en passant en arrière des bulbes ciliaires des points de suture qu'on fixe d'autre part au ligament suspenseur des paupières. C'est ce dernier ligament qui fournit le point d'insertion fixe des cils dans leur nouvelle situation. Mais cette opération n'est applicable qu'à la paupière supérieure. Pour la paupière inférieure, il est nécessaire de former un petit lambeau rectangulaire de peau, qu'on excise.

b. *Destruction des bulbes des cils.* — Cette destruction a été pratiquée soit par les caustiques, soit par l'instrument tranchant. Les caustiques chimiques, le fer rouge en pointes très minces, et l'électrolyse (Le Fort) ont été employés pour arriver à ce résultat.

Avec l'instrument tranchant, on a pratiqué l'excision d'une partie du bord libre de la paupière, ou bien on a limité l'excision aux téguments et aux bulbes des cils déviés. Certains chirurgiens ont pratiqué une incision en V, comprenant dans son épaisseur tous les bulbes déviés; ils ont excisé à ce niveau les bulbes et la peau, puis ont pratiqué la suture des deux lèvres de la plaie.

#### ARTICLE IV

##### MALADIES DES VOIES LACRYMALES

Sous ce titre, nous étudierons les maladies de l'appareil sécréteur des larmes, glande lacrymale, et celles des voies d'excrétion, points et conduits lacrymaux, sac lacrymal et canal nasal.

Outre les ouvrages classiques, *Compendium de chirurgie*, *Traité de pathologie* de Follin et Duplay, de Terrier, nous con-

seillons à ce sujet la lecture des *Leçons sur les affections de l'appareil lacrymal* du professeur Panas, que nous suivrons dans cette description.

##### MALADIES DE LA GLANDE LACRYMALE

###### 1<sup>o</sup> PLAIES

La glande lacrymale a été quelquefois atteinte dans les cas de plaies pénétrantes de l'orbite. Partout se trouve cité le fait de Larrey, qui vit une moitié de balle logée dans l'épaisseur de la glande lacrymale. De Graefe a observé un prolapsus de la glande lacrymale, à la suite d'une plaie de la paupière supérieure. M. Panas a rencontré un cas semblable. La conduite à tenir n'est autre que celle indiquée par les deux auteurs précédents, c'est-à-dire réduire la glande et la maintenir en place par quelques points de suture.

On ne connaît pas d'exemple de fistules permanentes succédant à des plaies de la glande lacrymale. Mais lorsque ses canaux excréteurs sont atteints, des trajets fistuleux peuvent se montrer, ou même des tumeurs formées par la rétention des larmes à l'intérieur des canaux oblitérés. Ces tumeurs prennent le nom de *dacryops*. On peut même rencontrer à la fois tumeur et fistule (*dacryops fistuleux*).

Le moyen d'éviter ces complications, c'est de pratiquer une suture aussi exacte que possible de la plaie des paupières.

###### 2<sup>o</sup> INFLAMMATION (DACRYO-ADÉNITE)

La dacryo-adénite est une affection rare, surtout dans sa forme aiguë; la dacryo-adénite chronique, habituellement liée à une autre affection oculaire, se rencontre plus souvent.

A. *Dacryo-adénite aiguë.* — M. Panas n'a pu en rassembler que 10 cas.

Les causes qui lui donnent naissance sont le traumatisme (plaies, contusions) ou le séjour prolongé d'un corps étranger dans le cul-de-sac supérieur de la conjonctive (soie de porc, Mackenzie). On a invoqué aussi l'influence du froid.

La dacryo-adénite se révèle par une douleur violente, un gonflement dur, siégeant à la partie externe de la paupière supérieure, du