

quefois la peau de ce voile se mortifie avant que l'abcès s'ouvre au dehors. Dans d'autres circonstances, la phlegmasie se propage, et la suppuration s'empare de toutes les parties de l'orbite; ou bien encore l'inflammation se communique au périoste de la fosse lacrymale, le tissu osseux lui-même se prend. L'affection offre alors une marche plus lente; il se forme un ectropion de la paupière supérieure, la fistule qui succède à l'ouverture de l'abcès ne se ferme que lorsque la portion osseuse malade a été éliminée.

D'après Tood, l'inflammation de la glande lacrymale présente parfois, de prime abord, une marche chronique. Cette forme se rencontre surtout dans les premiers temps de la vie, et se rattache à une constitution scrofuleuse. On constate alors une augmentation réelle dans le volume de l'organe; parfois un œdème de la paupière supérieure; les malades accusent une sensation de plénitude au-dessus du globe de l'œil, l'impossibilité de mouvoir ce dernier aussi facilement que l'autre; si on exerce une compression entre le globe et l'extrémité temporale du bord supérieur de l'orbite, il s'échappe immédiatement un flot de larmes.

**Traitement.** Dans la période aiguë, il convient d'employer un traitement antiphlogistique énergique: saignée locale et parfois générale, purgatifs, réfrigérants sur la région malade. S'il y a menace de suppuration, on favorise celle-ci par l'application de cataplasmes émollients. Dès que la fluctuation est manifeste, on ouvre l'abcès; l'ouverture prématurée est préférable à l'ouverture tardive, pour éviter les fusées purulentes du côté de la cavité orbitaire. Après l'évacuation du pus, si l'abcès est idiopathique, les parois du foyer se recollent promptement; s'il est symptomatique d'une lésion osseuse, il dégénère en fistule. C'est dans cette dernière circonstance seulement qu'il convient de porter, jusqu'au fond du foyer, des topiques irritants pour favoriser l'élimination de la partie osseuse altérée. La fistule consécutive peut aussi exister sans carie, et elle est alors la conséquence de la lésion d'un canal excréteur de la glande. Dans ce cas, l'ouverture donne passage non-seulement à du pus sanieux, mais à des larmes pures; il y a formation d'une *fistule lacrymale vraie*. Lorsque ce genre de fistule persiste, on en favorise la cicatrisation, soit en touchant le fond avec la pierre infernale, soit en introduisant avec précaution, jusqu'au fond de l'ouverture devenue calleuse, un stylet rougi au feu.

Pour combattre l'inflammation *chronique* de la glande lacrymale, on prescrit un régime antiscrofuleux, une alimentation corroborante, l'air de la mer, les toniques; l'application de compresses imbibées d'eau froide, de petits vésicatoires sur le front, la tempe et derrière l'oreille; la solution d'iodure de potassium à l'intérieur. Lorsque la phlegmasie se termine par suppuration, pour éviter la désorganisation de la peau et la formation d'un ectropion consécutif de la paupière supérieure, on ouvre l'abcès de bonne heure.

Mackenzie a décrit une autre variété d'inflammation de la glande lacrymale; elle ne porte que sur la portion palpébrale. Elle est caractérisée par

les phénomènes suivants: l'angle externe des paupières est gonflé, rouge, douloureux. Si on soulève la paupière supérieure, on aperçoit plusieurs *acini* des glandules conglomérées augmentés de volume. Au bout de quelques jours, un ou plusieurs de ces *acini*, soulevés en pointe, laissent échapper du pus à la surface interne de la paupière supérieure ou inférieure, près de la commissure. Quelquefois, en pressant, on fait sortir un long filament de matière d'un des conduits lacrymaux. Les malades accusent une vive douleur; souvent la conjonctive forme un chémosis séreux et fournit une sécrétion puriforme. Des fomentations chaudes ou des cataplasmes de mie de pain sur la paupière constituent le traitement. Lorsqu'il se forme un abcès, celui-ci s'ouvre le plus souvent spontanément.

## CHAPITRE V.

### TUMEURS DE LA GLANDE LACRYMALE.

Il en est de diverses espèces: l'hypertrophie simple, le cancer avec toutes ses variétés, les kystes. Sous le point de vue de la nature de la maladie, il faut admettre des tumeurs *benignes* et des tumeurs *malignes*. La glande lacrymale, étant logée dans une cavité à parois résistantes, ne peut subir un accroissement de volume qu'en refoulant en avant et en dedans les organes avec lesquels elle est en connexion. Sous ce rapport, les conséquences des tumeurs de la glande lacrymale ressemblent à celles des autres tumeurs de l'orbite. (Voy. p. 781.)

**1° Hypertrophie de la glande lacrymale.** Sous ce nom, on comprend une simple augmentation de volume et de consistance de la glande, sans transformation du tissu propre de l'organe. Cette affection a été confondue pendant longtemps avec d'autres maladies sous le nom générique de *squirrhe* de la glande lacrymale.

Il y a des cas d'hypertrophie *congénitale* de la glande lacrymale. Lebert a rapporté un exemple d'hypertrophie de la glande lacrymale développée chez un sujet de vingt ans. Il paraît que les hypertrophies de la glande lacrymale ne sont pas toujours inoffensives pour le malade; tout au moins existe-t-il de ces tumeurs qui, faisant des progrès incessants, acquièrent un volume tel, qu'elles détruisent tous les organes qui s'opposent à leur évolution.

**2° Hypertrophie de la portion palpébrale de la glande lacrymale.** Cette variété, signalée par Mackenzie sous le nom d'*hypertrophie des glandes conglomérées*, ne semble avoir été vue par lui que cliniquement, sans que l'examen *anatomique* de la tumeur ait révélé la véritable nature du mal. Un fait, recueilli par nous, permet de combler cette lacune. Une tumeur occupait la place où existe, à l'état normal, la portion palpébrale de la glande

lacrymale; elle a été enlevée avec la petite portion de conjonctive correspondante à laquelle elle adhérait. A l'examen à l'œil nu, elle était évidemment formée d'un tissu glandulaire dont on distinguait facilement les granulations. Le microscope a confirmé cette appréciation, en démontrant qu'il s'agissait bien d'une véritable hypertrophie glandulaire, sans mélange d'aucun autre élément anormal. (Voy. l'observation dans notre *Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 207.)

3° **Chloroma ou tumeurs vertes de la glande lacrymale.** Cette dégénérescence a été rencontrée par Mackenzie, Allan Burns, J.-H. Balfour, King. Elle consiste dans une transformation de la glande lacrymale en une masse d'une teinte verte, semblable à du petit-lait; elle n'est pas bornée à l'organe sécréteur des larmes; non-seulement elle est parfois assez étendue pour remplir tout l'orbite dont elle chasse le globe; mais dans tous les cas, elle coïncidait avec des altérations semblables développées dans l'épaisseur des os des parois de la base du crâne. On a même trouvé les muscles temporaux convertis en une matière semblable.

Cette affection s'est montrée chez de jeunes sujets; elle tend continuellement à faire des progrès. Envahissant peu à peu les diverses parties de l'orbite, la tumeur chasse l'œil au dehors, comprime l'organe et le détruit même. Dans le cas rapporté par King, des aiguilles osseuses, partant des os du crâne, au niveau des points altérés, s'enfonçaient dans la masse morbide. Les tumeurs, fort nombreuses, grossissaient et se tuméfaient alternativement.

La multiplicité constante de ces sortes de tumeurs, leur siège simultané à l'intérieur et à l'extérieur du crâne doivent contre-indiquer toute espèce d'opération destinée à enlever la tumeur de la glande lacrymale.

4° **Squirrhe de la glande lacrymale.** On ne saurait mettre en doute que la glande lacrymale puisse être atteinte de la dégénérescence désignée sous le nom de *tissu squirrheux*. Si, en effet, dans quelques-unes des observations publiées, les caractères assignés à la production morbide sont trop peu précis pour qu'on puisse rien en inférer; si les malades eux-mêmes n'ont pas été suivis assez longtemps pour qu'on ait pu noter des récidives, caractère assez important pour reconnaître les affections cancéreuses: il n'en est plus de même dans le fait rapporté par Maslieurat-Lagémard, fait emprunté à la pratique du professeur J. Cloquet. L'observation de Lawrence est aussi un exemple du même genre, parce que ce chirurgien a constaté la récidive au bout de treize ans; les faits de Tood et de O'Beirne s'y rapportent également.

On observe la maladie surtout à l'âge moyen ou avancé de la vie; on a signalé, pour en expliquer le développement, un certain nombre de causes les unes plus hypothétiques que les autres; les violences extérieures sur l'œil ou l'orbite ont été notées par quelques sujets.

Lorsque l'affection est accompagnée, au début, de phénomènes inflammatoires, il se manifeste de la douleur dans la région de la glande lacrymale, puis une tuméfaction, tantôt bornée à la glande, tantôt étendue jusqu'à la paupière. Il se développe bientôt une tumeur dure, rénitente,

bosselée, accompagnée de douleurs lancinantes. Le globe, à mesure que la glande lacrymale augmente de volume, est comprimé peu à peu et déjeté en dedans, d'où le strabisme, du trouble dans la vision, notamment de la diplopie; dans d'autres cas, l'œil sort de l'orbite. La dégénérescence squirrheuse s'étend aux parties voisines; on a vu les os de l'orbite être détruits par absorption. D'après Middlemore, au milieu de tous ces désordres, le système lymphatique ne s'altère jamais consécutivement, et Maslieurat-Lagémard se demande si ce n'est pas à cette circonstance qu'il faut attribuer la guérison radicale qui a suivi l'extirpation des glandes lacrymales squirrheuses. La tumeur prend quelquefois un volume considérable, sans que les parties molles voisines soient altérées; aussi la paupière supérieure peut être fortement distendue sans s'ulcérer. Les auteurs varient d'opinion sur l'état de la sécrétion lacrymale. Chez la malade opérée par J. Cloquet, l'écoulement des larmes a diminué graduellement, et après l'extirpation de la glande, il a disparu complètement, *sans que l'humidité de l'œil ait été altérée*, circonstance que Maslieurat explique très-judicieusement, en faisant remarquer que la sécrétion lacrymale est remplacée par l'exhalation que fournit la conjonctive. Les larmes proprement dites, c'est-à-dire le liquide sécrété par la glande elle-même, sont moindres, et c'est surtout dans les émotions vives de l'âme qu'on trouve une différence marquée entre l'œil sain et celui du côté affecté.

Le diagnostic n'est pas toujours facile; d'après Tood, la glande est quelquefois affectée d'un simple engorgement de nature strumeuse; dans ces cas, on trouve des adénites multiples sur diverses régions du corps, et le sujet présente les attributs d'un tempérament strumeux. Il sera question plus loin des caractères qui appartiennent aux kystes de la glande lacrymale et au dacryops. On éprouve un embarras non moins grand pour distinguer une dégénérescence squirrheuse d'une simple hypertrophie glandulaire; peut-être même que les faits de Tood et de O'Beirne, cités plus haut, ne sont que des hypertrophies de la glande. Ce qui caractérise en effet ces hypertrophies, c'est le volume considérable que présente parfois l'organe affecté, la lenteur de la marche de la maladie, l'état d'intégrité de la peau, la conservation de la santé générale du sujet. Le diagnostic avec le *chloroma* est plus aisé, puisque dans les diverses observations on a noté l'apparition de tumeurs multiples sur divers points du crâne; ce qui n'a pas été vu dans le squirrhe de la glande lacrymale.

Le seul traitement rationnel est l'extirpation de l'organe affecté. Nous exposerons plus loin le procédé opératoire à mettre en usage (p. 824).

5° **Cancer encéphaloïde de la glande lacrymale.** D'après Mackenzie, il n'en existe qu'un seul cas bien avéré, celui de Tortual jeune, qui extirpa la glande avec le globe de l'œil. Ce dernier avait été refoulé de près d'un pouce au delà de la circonférence de l'orbite, et le malade était en proie à la fièvre hectique. La tumeur était recouverte d'une enveloppe brune ressemblant à la matière cérébrale. Trois ans après l'opération, il survint, dans la fosse temporale, une tumeur molle et douloureuse; la fièvre hectique se montra de nouveau, et six mois plus tard le malade mourut.

6° **Kystes de la glande lacrymale.** Ces kystes ont été décrits pour la première fois par J.-Ad. Schmidt, sous le nom de *glandula lacrymalis hydatoides*. Weller les appelle *hydatides*, dénomination mauvaise, parce qu'elle donne une idée fautive de la nature de la maladie. Celle-ci est du reste fort rare. J.-Ad. Schmidt attribue à cette affection une gravité qui nous porte à admettre que la maladie qu'il a décrite sous le nom de *kyste de la glande lacrymale* est d'une autre nature, ou plutôt qu'il y a une coïncidence d'un de ces kystes avec une autre affection, et que les symptômes propres à cette dernière ont été mis sur le compte du kyste.

D'après Schmidt, le liquide renfermé dans la tumeur est une accumulation de larmes, et le kyste lui-même est, au début, une des loges cellulaires qui renferment et maintiennent unis les grains glandulaires. Suivant Weller, une des aréoles du tissu cellulaire unissant entre elles les diverses granulations, venant à être distendue en forme de vésicule, par le liquide lacrymal qui s'y est épanché et décomposé, finit par se séparer du tissu cellulaire ambiant, de façon à former une poche indépendante. On ne peut s'empêcher de remarquer combien cette étiologie est hypothétique.

La maladie débute par une douleur obtuse dans le fond de l'orbite ; cette douleur est réveillée dans les efforts pour porter l'œil en dehors ; elle s'accroît et donne lieu à une sensation de tension dans la cavité orbitaire et dans le côté correspondant de la tête. L'œil est poussé en avant et en dedans ; le globe est sain, mais les mouvements en sont difficiles, et finissent même par devenir impossibles. Le malade accuse de la diplopie, lorsqu'il regarde les objets avec les deux yeux. A mesure que l'œil est poussé hors de l'orbite, la vision devient plus faible et se trouble. L'appétit et le sommeil se perdent ; il y a une hémicranie continue ; la vision se perd complètement, et l'œil, complètement chassé de l'orbite, vient reposer sur la joue. Les mouvements des paupières sont abolis, le voile supérieur est tendu fortement sur le globe. Avec le doigt porté sur l'angle temporal entre ce dernier et le bord externe de l'orbite, on sent quelque chose de dur et de résistant.

Quelquefois l'œil sorti de l'orbite s'enflamme ; alors il existe des douleurs non-seulement dans l'orbite même, mais encore dans le globe, qui suppure et s'atrophie. Après la fonte de l'œil, les douleurs persistent encore ; les glandes lymphatiques de la face s'engorgent. La désorganisation peut se communiquer aux os de l'orbite, et déterminer la mort en s'étendant jusqu'au cerveau. Quelquefois les malades succombent bien avant avec des symptômes de coma.

L'indication à remplir dans cette affection, d'après Schmidt, est d'extirper le kyste de la glande lacrymale avant que l'œil soit sorti de l'orbite ; mais comme, à cette période, le diagnostic est très-obscur, ce précepte est difficile à mettre en pratique. On peut se contenter de ponctionner la tumeur avec une lancette ou un bistouri caché, introduits sous la paupière supérieure et dirigés vers la glande lacrymale. Si la tumeur reparait après la cicatrisation de la plaie, on revient à la ponction, que l'on peut

faire suivre d'une *injection irritante*. Dans un cas rapporté par Schmidt, le kyste lui-même s'engagea dans la plaie, et Ruttorfer put le saisir avec des pinces, pour en faire l'extirpation. Denonvilliers et Gosselin rejettent ce procédé opératoire, parce qu'il s'oppose à ce qu'on introduise de la charpie, par cette ouverture, pour faire suppurer le kyste. Ils donnent la préférence à l'extirpation du kyste ; ou bien, dans le cas où ce dernier est trop volumineux, trop enfoncé dans l'orbite pour qu'on puisse exécuter l'extirpation, ils conseillent de faire une incision parallèle aux plis de la paupière et de remplir la poche de charpie pour la faire suppurer.

7° **Tumeur lacrymale vraie, ou dacryops.** C'est une tumeur qui se développe à la partie supérieure et externe de la paupière supérieure, au voisinage de la portion palpébrale de la glande lacrymale, et qui est formée par une accumulation de larmes dans une poche bien circonscrite. Ce kyste communiquant avec l'un des canaux excréteurs de la glande, il en résulte que, au moment où le sujet pleure, les larmes affluant en excès dans la poche, la tumeur acquiert brusquement un plus grand volume.

Le mode de production de la tumeur a été envisagé de diverses manières. J.-Ad. Schmidt pense que l'extrémité d'un conduit excréteur de la glande s'ouvre dans le tissu cellulaire, sous la conjonctive oculaire ; les larmes, passant dans les aréoles du tissu cellulaire sous-conjonctival, se forment une poche limitée de toutes parts, c'est-à-dire un kyste. Cette théorie n'est pas admissible, car il y a tout lieu de croire que, si les larmes sortent d'un des canaux excréteurs, elles s'infiltrèrent dans le tissu cellulaire voisin, qui est lâche. L'opinion de Beer ne diffère de celle de Schmidt, qu'en ce que le premier pense qu'un de ces canaux excréteurs s'est rompu et que cette crevasse a permis le passage des larmes dans le tissu cellulaire environnant. Il est plus rationnel d'admettre, avec Benedict, qu'il n'y a, dans ces cas, qu'une simple dilatation d'un des canaux excréteurs de la glande. Quelques pathologistes assimilent cette tumeur à la grenouillette, sans réfléchir qu'ils reculent ainsi la difficulté, parce que la nature de la grenouillette est un sujet de contestation (voy. t. II de cet ouvrage).

Le dacryops n'a été observé que sur des enfants par Schmidt et par Beer ; ce dernier a signalé, dans un cas, l'influence d'une lésion extérieure.

On reconnaît, immédiatement derrière la paupière supérieure, du côté temporal de l'orbite, une tumeur circonscrite, très-élastique, tout à fait indolente. Si on soulève la paupière supérieure, et qu'en même temps on comprime la tumeur à l'extérieur, le cul-de-sac conjonctival est repoussé en bas et on sent la poche distendue, fluctuante, à travers la muqueuse oculaire. Lorsque la tumeur acquiert un grand volume, celui d'un œuf de pigeon par exemple, elle met obstacle aux mouvements du globe en haut et en dehors. En soulevant la paupière supérieure, et en la renversant un peu, l'œil passe derrière la tumeur et le sujet peut porter le globe vers la tempe. Enfin, comme caractère pathognomonique, on a signalé l'augmentation momentanée de volume de la tumeur, lorsque le malade pleure.

**Traitement.** Beer a proposé de passer un séton dans la tumeur, à travers la paupière. Mackenzie fait remarquer avec raison que ce moyen, lorsqu'il ne réussit pas, est suivi d'une ouverture fistuleuse au dehors. Weller a probablement cherché à éviter ce résultat, en prescrivant de faire l'ouverture du kyste par la face conjonctivale. La paupière supérieure étant soulevée et écartée du globe, la tumeur étant repoussée par un aide en bas



Fig. 153.

et en avant, avec un bistouri on pratique une incision sur la conjonctive qui la recouvre, en pénétrant jusque sur le kyste que l'on dissèque. On fait passer à travers la tumeur un fil de soie qu'on laisse à demeure. Si la présence de ce séton ne développe pas une inflammation suffisante, on enduit le fil de caustiques. Si le kyste ne s'oblitére pas, on cherche à transformer les ouvertures du séton en fistules, en rendant les bords calleux. On établit ainsi des *fistules lacrymales vraies*, qui s'ouvrent dans la cavité conjonctivale. Il serait préférable de pratiquer l'extirpation de la tumeur, soit par la face conjonctivale, si la paupière peut être suffisamment renversée, soit à travers la peau elle-même.

8° **Fistule lacrymale vraie.** On désigne sous ce nom un orifice anormal situé au niveau de l'extrémité temporelle de la paupière supérieure, orifice d'où l'on voit s'échapper, par intervalles, un liquide clair et limpide formé par des larmes. La dénomination de *fistule lacrymale* suffit pour caractériser la maladie, attendu que les fistules du *sac lacrymal*, qu'on désigne de la même manière, ne sont pas des fistules *lacrymales* : c'est ce que nous démontrerons plus loin.

Les causes ressemblent à celles des fistules parotidiennes : c'est une blessure de glande lacrymale ou de ses conduits excréteurs, un abcès de la paupière supérieure ou de la glande lacrymale ouvert au dehors. Une tentative d'extirpation du dacryops, l'emploi du séton dans cette dernière tumeur sont parfois suivis d'une fistule de ce genre.

Lorsque l'orifice est tellement petit, qu'on éprouve de la difficulté à le voir à l'œil nu, il faut exercer quelques tractions sur la peau de la paupière, pour en effacer les plis. On cherche à introduire une sonde d'Anel (fig. 153) par la petite ouverture; l'instrument se dirige du côté de la glande lacrymale, et on ne sent pas de portion d'os dénudé. Un autre moyen propre à déterminer l'espèce de fistule consiste à provoquer artificiellement une hypersécrétion



Fig. 154.

de la glande, ce qui a pour conséquence de faire écouler une plus notable quantité de liquide par l'orifice anormal.

La fistule lacrymale vraie est accompagnée quelquefois de la dilatation d'un conduit excréteur de la glande, c'est-à-dire d'un dacryops. Cette affection a été désignée par Schmidt sous le nom de *dacryops fistulosus*. Jarjavay en a rapporté deux observations.

Pour obtenir la guérison de la fistule, on y pratique des injections irritantes au moyen de la seringue d'Anel (fig. 154); ou bien, après l'avoir un peu dilatée par l'introduction d'une corde à boyau, on en cautérise le trajet avec une sonde d'Anel, dont l'extrémité est recouverte de nitrate d'argent fondu. Beer a réussi en introduisant rapidement, jusqu'au fond de la fistule, une aiguille à tricoter rougie au feu, et en la faisant tourner plusieurs fois sur son axe. Rognetta a proposé, dans les fistules lacrymales vraies siégeant à la surface de la peau de la paupière, d'ouvrir au liquide un libre passage du côté de la conjonctive, soit en enfonçant à travers l'ouverture fistuleuse externe une aiguille qu'on fait passer obliquement à la surface de l'œil, soit en perçant la petite tumeur aqueuse avec une lancette, par la face interne de la paupière. On convertit ainsi la fistule *borgne externe* en *borgne interne*.

## CHAPITRE VI.

### TROUBLES DE LA SÉCRÉTION DE LA GLANDE LACRYMALE.

La surface du globe est lubrifiée non-seulement par le liquide que sécrète la glande lacrymale, mais encore, et surtout, par les fluides que sécrète la conjonctive. Ces divers produits réunis ensemble forment ce qu'on appelle vulgairement les *larmes*. Toutes les fois que celles-ci sont ou plus abondantes ou moins copieuses, il convient de rechercher laquelle des deux espèces de sécrétions est activée ou ralentie. C'est pour ne pas avoir tenu compte de cette considération, qu'on a souvent rapporté à la glande lacrymale des troubles qui doivent être mis sur le compte de la sécrétion conjonctivale.

1° **XÉROME LACRYMAL OU XÉROPTHALMIE.** Le nom de *xérome* ou de *xérophthalmie* s'applique à un état de sécheresse de l'œil. Mackenzie en distingue deux espèces : le *xérome lacrymal*, dépendant de la suppression ou de la diminution de la sécrétion lacrymale; le *xérome conjonctival*, dû à la suppression de la sécrétion muqueuse. Il sera question de cette dernière quand nous ferons l'histoire des affections de la conjonctive. Rien ne prouve, selon nous, l'existence du xérome lacrymal; les expériences sur les animaux, les observations d'extirpation de la glande lacrymale chez l'homme dénotent qu'après cette ablation l'œil reste humide.

2° **EPIPHORA.** Cette dénomination s'applique à l'hypersécrétion des larmes;

l'épiphora diffère du *larmolement*, en ce que, dans ce dernier, la sécrétion lacrymale n'est pas troublée, mais les larmes, rencontrant un obstacle à leur écoulement par les voies naturelles, fusent sur la joue. Cette distinction, posée pour la première fois par A. Schmidt, mérite d'être conservée dans la pratique, parce qu'elle met sur la voie d'un traitement rationnel. Un sujet se plaint de pleurer ; il faut rechercher si cela tient à un obstacle au cours des larmes dans la narine, ou à une hypersécrétion du fluide lacrymal et conjonctival. Dans le dernier cas, il se présente une difficulté : le liquide surabondant provient-il de la glande lacrymale ou de la conjonctive ? Si on examine attentivement les malades atteints d'*épiphora*, on trouve presque constamment une lésion de la conjonctive oculo-palpébrale ou de la cornée. Ainsi, dans certaines conjonctivites oculo-palpébrales, dans les kératites *phlycténulaires*, dans d'autres espèces de kératites où le phénomène a été surtout noté, si on renverse la paupière inférieure, on voit le liquide transsuder en abondance à la surface même de la conjonctive. Dans ces circonstances, l'exposition de l'œil au grand jour active notablement la sécrétion, ce qui peut tenir à un phénomène d'action réflexe, la lumière agissant sur le cerveau par le nerf optique, et le cerveau réfléchissant l'impression sur les nerfs sensitifs ou organiques de la branche ophthalmique de la cinquième paire. Cependant j'ai observé le même phénomène dans un cas où l'œil était complètement privé de la faculté de voir, par suite d'un ancien staphylome de l'iris. La lumière exercerait-elle donc une action directe sur la conjonctive ? Quoi qu'il en soit, il n'est nullement démontré pour nous que, dans ces circonstances, l'hypersécrétion du liquide étendue à la surface de l'œil provienne de la glande lacrymale seulement ; il est possible que l'irritation se transmette par la conjonctive elle-même jusqu'à la glande, par les canaux excréteurs de l'organe, mais il y a tout lieu de considérer la conjonctive comme la principale source de l'afflux surabondant des humeurs.

En dehors des circonstances que nous venons de mentionner, il se peut néanmoins qu'il y ait une sécrétion exagérée de la glande lacrymale. Tel paraît avoir été le cas d'un malade dont Paul Bernard a rapporté l'observation. Ce sujet était affecté d'un larmolement qui avait résisté à divers traitements, appliqués dans le but de combattre une coarctation supposée du canal nasal. Or cette coarctation n'existait pas. Bernard pratiqua l'extirpation de la glande lacrymale, par le procédé d'Acrel. L'opéré guérit de son larmolement, sans qu'il en résultât une sécheresse de la conjonctive.

3° **ALTÉRATIONS DIVERSES DU FLUIDE LACRYMAL.** Weller dit avoir trouvé aux larmes, dans un cas d'ictère intense, une teinte jaunâtre. Forestus, Havers, Rosas ont mentionné divers cas de *larmes sanglantes* ou d'hémorragies de la glande lacrymale. Rien ne prouve que le sang ne fût pas fourni par la conjonctive plutôt que par cette glande. Peut-être convient-il de faire exception pour le fait dû à Hasner.

**Extirpation de la glande lacrymale.** Les détails dans lesquels nous sommes entrés précédemment, en décrivant le manuel opératoire pour l'ex-

tirpation des tumeurs de l'orbite (p. 184), suffisent pour l'extirpation de la glande lacrymale. Rappelons succinctement les principaux procédés :

**A. Procédé d'Acrel.** On divise toute l'épaisseur de la paupière, dans le sens naturel de sa courbure, près de la racine du voile et sur le point correspondant à la partie la plus saillante du mal. Un aide écarte les lèvres de la plaie. Avec un bistouri étroit, dirigé par l'indicateur de l'une des mains, le chirurgien isole la tumeur ; il la saisit avec une érigne, en sépare la face interne de l'œil, soit avec le doigt, soit par dissection avec l'instrument tranchant, et cherche à la ramener de son sommet vers la base.

**B. Procédé de Velpeau.** On incise la commissure externe vers la tempe ; de cette façon, on peut renverser les paupières et mettre facilement à découvert les deux tiers externes de la circonférence de l'orbite. Le chirurgien sépare alors la tumeur, qu'il veut enlever, de la cavité osseuse qui la renferme, en divisant le tissu cellulaire de sa face externe, la dissèque jusqu'à la plus grande profondeur, l'isole avec précaution de toutes les parties voisines et l'attire au dehors avec le doigt ou une érigne. Pour rendre l'opération plus facile, on peut circonscire la tumeur par une incision en demi-lune, du côté de la cornée.

**C. Procédé de Ch. Halpin.** Après avoir rasé le sourcil, on tire fortement la paupière en bas, jusqu'à ce que la moitié du sourcil soit descendue au-dessous du bord de l'arcade sourcilière. La peau est maintenue dans cette situation par un aide. On pratique une incision semi-lunaire, à convexité tournée en haut, sur la circonférence de l'orbite. Cette incision commence immédiatement au-dessus du tendon de l'orbiculaire et se termine, en suivant le contour de l'orbite, à 12 millimètres au-dessus de la commissure externe des paupières. De cette façon, on divise le sourcil dans toute sa longueur, en laissant du côté du front environ la moitié de sa hauteur. On renverse le lambeau en bas, en le disséquant ; on se ménage ainsi tout l'espace nécessaire pour séparer la glande lacrymale et l'enlever. Après cette ablation, on rapproche la plaie par quatre points de suture.

Il faut craindre, lorsqu'on exécute ce procédé, et qu'on n'obtient pas une réunion par première intention, que le défaut de parallélisme entre la plaie profonde et la plaie des téguments soit un obstacle à l'issue du pus. Ce liquide peut fuser dans la cavité de l'orbite et produire des désordres graves. Pour ces motifs, le procédé Halpin nous semble moins avantageux que les autres.

**D. Procédé de Textor.** On fait une incision de 5 centimètres, dirigée obliquement en bas et en dehors, longeant la moitié externe du rebord orbitaire, entre le sourcil et la paupière supérieure. On pénètre dans l'espace cellulaire compris entre le périoste et la membrane qui entoure la glande. Celle-ci est mise à nu, saisie avec un crochet et séparée des parties voisines.

**E. Procédé de Travers.** Ce chirurgien conseille d'inciser par-dessous la paupière supérieure, toutes les fois que cela est possible. On a dit avec raison que l'étroitesse de l'ouverture naturelle des paupières et la difficulté d'arrêter une hémorragie consécutive à l'ablation de la glande s'opposent à ce que ce procédé soit mis en usage.