

tuation qui devient de plus en plus manifeste et soulève peu à peu la peau. Abandonné le plus souvent à lui-même, comme les abcès froids de petit volume, cet abcès s'ouvre seul et suppure longtemps. Dans d'autres cas l'abcès, sans être véritablement aigu, occasionne assez de douleurs et de réaction pour que le médecin soit appelé à temps et l'ouvre avant que la peau ait souffert dans une grande étendue.

J'ai vu, comme Todd et comme Anderson (1), une tumeur siégeant à la partie supérieure externe de l'orbite chez des enfants scrofuleux, souvent atteints d'ophthalmie; la paupière supérieure était plus ou moins soulevée à son angle externe; on sentait, en la palpant, une tumeur molle, mal limitée, fuyant sous le doigt et nullement douloureuse. C'était pour moi, moins une inflammation chronique, qu'une hypertrophie.

TERMINAISONS. — Que l'inflammation de la glande ait été aiguë ou chronique, elle peut se terminer par une *induration*; mais c'est encore là une maladie fort rare et difficile d'ailleurs à diagnostiquer. Au reste, et en les étudiant un à un et avec soin, on reconnaîtra que tous ces caractères que nous venons d'énumérer à l'état *aigu* comme à l'état *chronique*, sont loin d'être suffisants, et qu'ils se confondent absolument avec ceux des inflammations partielles de l'orbite que nous avons décrites ailleurs.

Il en est de même des *fistules*; cependant Beer en a vu une qui présentait plusieurs trajets qu'il a cautérisés avec une aiguille rougie au feu, et qui paraissait bien être une véritable fistule de la glande lacrymale.

TRAITEMENT. — L'inflammation aiguë de la glande lacrymale ne peut être attaquée que par un traitement antiphlogistique énergique, mais mesuré cependant sur la constitution et l'âge des malades. Les saignées générales sont indiquées quand la fièvre s'allume et devient intense; les applications de sangsues, le tartre stibié, les purgatifs, les lotions, ou mieux les irrigations d'eau froide et les applications sur la tempe de vessies remplies de glace conviennent surtout au début de l'affection.

Plus tard, lorsque le pus est formé, des cataplasmes émollients, et, aussitôt que possible, l'ouverture de l'*abcès*, remédieront au mal.

(1) *Annales d'oculist.*, t. XIX, p. 247.

Si après cette ouverture une ou plusieurs fistules se déclarent, fistules résultant de la lésion d'un canal excréteur et donnant des larmes limpides, on imitera la conduite de Beer, en les cautérisant avec une aiguille rougie au feu, après les avoir réunies en un seul trajet et après s'être bien assuré que les os ne sont pas attaqués.

L'*induration* et l'engorgement chronique seront combattus par des onctions mercurielles et iodurées sur la région temporale, par l'iode à l'intérieur et par un traitement général convenable.

ARTICLE III.

TUMEURS DE LA GLANDE LACRYMALE ET DE SES CONDUITS.

Nous rangerons parmi ces tumeurs l'*hypertrophie* de la glande, les kystes et le *cancer*.

§ I. HYPERTROPHIE DE LA GLANDE LACRYMALE.

Cette maladie est assez rare; elle est congénitale ou acquise.

Hypertrophie congénitale.

La seule observation d'hypertrophie congénitale que je connaisse se trouve dans les *Annales d'oculistique*, t. XXIII, p. 146; elle est de M. le docteur Gluge, professeur à la Faculté de médecine de Bruxelles.

Dans le fait rapporté, il s'agit d'un enfant chez lequel on remarqua dès la naissance une tumeur dans la région de la glande lacrymale, du côté gauche. Cette tumeur, en prenant un plus grand volume, s'étendit progressivement, et en juillet 1849 (l'enfant ayant cinq ans et demi), faisait saillie sous la paupière supérieure et envoyait des prolongements au front et à la tempe.

M. Cunier fit l'extraction de la tumeur, dont le volume égalait celui d'un œuf de poule, et la remit par morceaux à M. Gluge, qui en fit l'examen.

On y distinguait deux substances :

L'une, dit l'auteur, « la substance de la glande, était constituée par des granulations du volume de la tête d'une épingle, assez dures, d'un jaune blanchâtre, d'un diamètre de 1 à 2 millimètres.

Ces granulations étaient entourées de tissu cellulaire et formées par les vésicules glandulaires qui, groupées ensemble, constituaient un lobule de la glande. »

L'auteur donne là deux dessins. « Le premier représente une partie d'un lobule glandulaire vue sous un faible grossissement.

» La face interne des vésicules glandulaires était tapissée par des cellules épithéliales qui devenaient visibles sous un grossissement plus fort. Le dessin 2 est destiné à faire voir l'extrémité fermée de ces vésicules.

» La structure de l'agglomération des vésicules formant un lobule de la glande était donc normale; seulement leur volume était augmenté.

» La seconde substance se composait de canaux se subdivisant, lisses, d'un rouge pâle, arrondis, présentant, après leur coupure, une ouverture centrale facilement appréciable.

» Ces canaux présentaient un diamètre de 2 à 6 millimètres; les plus étroits provenaient directement du lobule glandulaire et se rendaient dans les plus larges. Quelques fragments de ces derniers avaient encore 30 millimètres de longueur. On remarquait dans ces canaux quelques dilatations en forme d'ampoules.

» Ces canaux avaient deux membranes; l'une *externe*, formée par un tissu cellulaire très fin; l'autre *interne*, beaucoup plus épaisse, fibreuse, dont il n'était pas possible d'isoler les fibres.

» Il existait donc une hypertrophie extraordinaire des canaux excréteurs de la glande... »

L'auteur ajoute que « le petit malade de Bruges paraissait dans un état très satisfaisant en novembre dernier (quatre mois après l'extraction); la paupière continuait de prolaber, beaucoup moins toutefois qu'avant l'opération; elle conservait un peu de l'hypertrophie qu'elle avait acquise autrefois; il subsistait sous la paupière supérieure, vers le canthe interne, un cordon qui n'est qu'une portion hypertrophiée des canaux excréteurs, qui n'a pu être atteinte dans l'opération et qui devra sans doute être extirpée plus tard. »

Hypertrophie acquise de la glande lacrymale.

Cette description est tirée des notes de M. le docteur Lebert, qui a bien voulu nous la communiquer.

« Cette maladie très rare, dit-il, n'a point encore été décrite dans les Traités de chirurgie et d'ophtalmologie. Cependant je ne doute

pas que l'affection décrite sous le nom de *squirithe de la glande lacrymale* n'ait souvent été tout simplement une hypertrophie. Beer (1), dans son excellent *Traité des maladies des yeux*, décrit le squirithe de la glande lacrymale sous le nom de *xérophthalmos*, et il résulte de sa description qu'il a confondu le véritable carcinôme et l'hypertrophie simple, car il dit que cette maladie est fort grave lorsqu'elle passe à l'état cancéreux; il ajoute que si, au contraire, cette dégénération n'avait pas lieu et si on n'y touchait pas, le malade pourrait porter une tumeur de ce genre pendant de longues années, ce que le célèbre ophtalmologiste dit avoir observé plus d'une fois. Nous trouvons, dans la 17^e livraison de l'*Atlas pathologique* de Gluge (2), une observation qui paraît se rapprocher de la nôtre, mais qui est trop incomplètement rapportée pour ne pas laisser quelque doute.

« Le fait que nous allons rapporter est par conséquent le seul de ce genre qui ait été étudié d'une manière assez complète sous le rapport clinique, anatomique et microscopique. Nous ne donnons ici qu'un très court extrait de l'observation qui sera publiée avec la planche dans notre grande iconographie pathologique.

» Le 22 octobre 1851, M. Chassaignac a présenté à la Société de chirurgie une malade, âgée de vingt-six ans, atteinte d'exophtalmie de l'œil droit par suite d'une tumeur qui poussait l'œil hors de l'orbite, en avant et en dedans, et l'on sentait très distinctement une tumeur dure élastique, saillante, arrondie sur toute la moitié supérieure externe et inférieure de l'orbite. La tumeur, point douloureuse du reste, n'était pas mobile. La malade s'était aperçue de la proéminence anormale de l'œil dès l'âge de vingt ans. Dès lors, dans l'espace de six ans, la tumeur s'est lentement accrue, l'exophtalmie a fait des progrès et la vision a été peu à peu abolie, un bruissement sourd et continu s'entendait à l'auscultation de cette région et la malade elle-même l'éprouva de temps en temps, surtout aux époques menstruelles. Le 28 octobre, M. Chassaignac fit l'extirpation de cette tumeur qui s'étendit profondément dans l'orbite, tout en ménageant complètement l'œil qui a pu être remplacé et prendre son aspect normal. »

La tumeur fraîche avait environ 35 millimètres de long sur

(1) Beer, *Lehre von den Augenkrankheiten*, Wien. 1817, t. II, p. 242-46.

(2) Gluge, *Atlas der pathologischen Anatomie*. Livr. 17^e, pl. III, fig. 20 à 22; explication et texte, p. 3, n^o 5.

2 centimètres de large et à peu près autant d'épaisseur. Elle était presque conique aux deux extrémités, dont l'une constituait une espèce de pédicule de 5 à 6 millimètres de long sur 3 à 4 de large. La forme de la tumeur se rapprochait beaucoup de celle du testicule. Extérieurement elle était entourée d'une enveloppe fibro-celluleuse peu vasculaire. Sur une coupe fraîche on constate un aspect grenu, rougeâtre, ayant la ressemblance la plus frappante avec la structure des glandes en grappes; à la pression on obtient de nombreux grumeaux qui sous le microscope se montrent être des culs-de-sac glandulaires. Avec de faibles grossissements microscopiques, on voit bien la réunion de ces culs-de-sac allongés, en groupes et lobulés. Les cœcums terminaux sont allongés et varient entre 1/12 et 1/2 millimètre de largeur. Avec de forts grossissements on reconnaît leur membrane propre finement grenue, recouverte de fibres très ténues, éloignées les unes des autres; à la face interne on voit beaucoup de noyaux d'épithélium de 1/200 de millimètre renfermant un ou deux nucléoles punctiformes. On ne voit qu'un petit nombre de cellules rondes de 1/100 de millimètre, mais un grand nombre de corps allongés, cylindriques ou cunéiformes de 1/20 de millimètre de longueur sur 1/130 à 1/120 au plus de large, leur intérieur est homogène et opalescent. L'acide acétique ainsi que la solution de potasse ne les altèrent point, et tout me fait croire qu'il s'agit là de cellules d'épithélium cylindriques à la fois carnifiées et infiltrées d'une substance qui offre l'aspect opalescent de la graisse.

Il résulte de l'ensemble de ces détails qu'il s'agit d'une hypertrophie de la glande lacrymale. L'extension de la tumeur vers la partie inférieure et externe du plancher orbitaire pourrait faire supposer que l'hypertrophie a pris son point de départ dans la partie inférieure de la portion de la glande qui a été si bien décrite par Monro et que les anatomistes allemands ont appelée glande lacrymale de Rosenmüller. D'un autre côté la position anormale de la tumeur n'exclurait nullement la possibilité d'une hypertrophie de la glande lacrymale dans sa totalité qui, à mesure qu'elle prenait des dimensions plus considérables, s'est étendue davantage en bas, en avant et en dedans (1).

(1) Voy. le 2^e paragraphe de la page 264 pour compléter cet article.

§ II. KYSTES DE LA GLANDE LACRYMALE.

C'est encore là une affection assez rare et dont on ne doit trouver que peu d'exemples; car il ne s'en est jamais offert un seul cas jusqu'ici à mon observation. J'ai vu des kystes de l'orbite au côté supérieur comme au côté externe de l'œil, et, peu amateur de l'exception, j'ai vu dans ces derniers non le kyste de la glande, mais celui de l'orbite. Tels sont, à mon avis, les cas rapportés par Schmidt (et surtout celui dont j'ai dû parler plus loin sous le nom d'hydatide de la glande, bien qu'il ne s'agisse que d'un kyste). Dans sa première observation, c'est un jeune homme de vingt-six ans qui, après s'être exposé au froid en novembre 1800, est pris de fièvre et de douleurs dans l'œil. Trois semaines après, ces douleurs deviennent intolérables; à la quatrième semaine l'œil est poussé en avant, et Schmidt reconnaît qu'il s'agit d'une tumeur située dans l'orbite. On ne fait rien d'actif, et le soir du 6 février le malade meurt. Tous les désordres sont notés avec soin; arrivé à la glande, l'auteur se borne à dire ceci: « La glande était plus petite qu'à l'ordinaire, et la tumeur fluctuante lui était unie. Les grains glandulaires les plus éloignés de la tumeur et situés vers la paupière supérieure étaient plus gros et plus cohérents, tandis que ceux qui reposaient sur la tumeur étaient plus petits et paraissaient, tant à l'œil qu'au toucher, plus clairsemés que dans l'état naturel. »

Ces caractères suffisent-ils pour faire admettre que la tumeur enkystée fluctuante qui a produit tous les désordres et occasionné la mort ait pris naissance dans la glande lacrymale? Évidemment non; il s'agissait là d'un kyste de l'orbite. La seconde observation de Schmidt, celle dans laquelle il a cru voir une hydatide, n'était pas autre chose non plus, cela est certain, et il me paraît en être ainsi de l'observation de M. Spry (Voy. Mackenzie, p. 80), de celle d'A. Bérard (*Annal. d'oculist.*, t. XII, p. 259), et de tous les autres cas analogues; d'où je conclus que les kystes de la glande lacrymale n'ont pas été observés jusqu'ici.

Hydatide de la glande lacrymale.

C'est une maladie aussi exceptionnelle que dangereuse, que Schmidt a décrite le premier, qui ne me semble être, comme à Mackenzie, qu'une tumeur enkystée, et « qu'on attribue, dit

Stœber, à la formation d'un épanchement d'humeur lacrymale dans une cellule du tissu cellulaire qui joint ensemble les grains de la glande lacrymale. » On voit dans l'atlas de M. d'Ammon (1) un dessin de cette tumeur emprunté à Schmidt.

Au début de la maladie, il n'y a à noter que la sécheresse de l'œil, accompagnée d'une douleur sourde du côté de la région lacrymale ; mais bientôt, la tumeur augmentant, des douleurs horribles tourmentent le malade, et l'œil, qui avait d'abord conservé la faculté de voir, est poussé dans le grand angle par la tumeur, et se trouve bientôt chassé de l'orbite et frappé d'amaurose. Arrivée à ce point, l'hydatide provoque l'insomnie et la fièvre, altère de plus en plus la constitution, et d'autres fois se termine par l'apoplexie.

La ponction de la tumeur est le seul moyen à employer pour arrêter le marche de cette maladie. Lorsque l'hydatide est déjà développée à un certain degré, c'est à son extirpation complète qu'il convient d'avoir recours. On entretient l'ouverture qu'on a pratiquée en y introduisant des mèches de charpie, et l'on finit par obtenir ainsi une guérison radicale.

§ III. SQUIRRHE ET CANCER DE LA GLANDE LACRYMALE.

Rien n'est plus rare que le squirrhe isolé de la glande lacrymale ; mais j'ai vu assez souvent cette glande comprise dans la dégénérescence des parties voisines ; quelquefois le squirrhe est accompagné d'un kyste (A. Bérard, *Annales d'oculist.*, t. XII, pag. 257).

Le squirrhe isolé de la glande lacrymale se reconnaît à une tumeur bosselée, d'abord indolore, mais qui parfois devient bientôt le siège d'élançements très vifs, et par son volume refoule le globe de l'œil en bas et en dedans. Presque constamment alors la cornée prend une couleur terne, et l'œil, *devenu sec*, disent les auteurs, par la suppression de la sécrétion lacrymale qui certainement, n'est pas indispensable à sa complète lubrification, perd avec son éclat l'usage de ses fonctions. Le squirrhe ne tarde pas dans ce cas à passer à l'état cancéreux, et la tumeur ulcérée laisse écouler un ichor fétide et irritant, qui finit par excorier les parties qu'il touche.

(1) D'Ammon, 2^e partie, pl. X, fig. 7.

La marche du squirrhe de la glande lacrymale est d'ordinaire très lente, et la durée de la maladie illimitée. On a vu la glande rester pendant de longues années à l'état squirrheux, sans occasionner de douleurs, mais ce n'était certainement qu'une simple hypertrophie ; la sécrétion lacrymale était beaucoup diminuée, et la vue affaiblie.

Quoi qu'il en soit, presque tous les auteurs admettent quatre périodes dans le cancer de la glande.

Dans la première, il y a une chaleur brûlante vers l'angle orbitaire externe accompagnée d'épiphora et d'une douleur sourde s'irradiant au loin.

Dans la deuxième, on constate la présence d'une tumeur dure, bosselée, qui soulève la paupière.

Dans la troisième, la vue s'altère par suite d'un exophthalmos et d'une déviation marquée du globe en dedans.

Dans la quatrième, on observe tous les caractères du cancer ulcéré de l'orbite ; l'œil s'ouvre avant ou après que les os de l'orbite et du crâne sont attaqués, la tumeur devient horrible à voir, des accidents cérébraux se déclarent et déterminent tôt ou tard la mort.

Si l'on étudie avec attention les faits publiés sur l'extirpation de la glande lacrymale devenue cancéreuse, on ne tarde pas à reconnaître qu'il y a eu très certainement erreur dans le diagnostic, car dans la plupart des cas cette opération n'a pas été suivie de récidives. Il convient donc d'être très réservé en ce qui touche le pronostic, et, malgré les accidents locaux, de ne pas se hâter de croire à une terminaison funeste. Tels sont, entre autres faits, ceux rapportés par Todd (1). Dans l'un, celui de Jane Worthington, qui fut admise en 1821 à l'hôpital de Richmond et opérée par Todd, la glande extraite fut trouvée plus grosse qu'une noix : « Elle présentait à la face tournée vers l'œil plusieurs éminences ou lobes qui étaient séparés par des interstices profonds ; elle était presque aussi dure et élastique qu'un cartilage. La section de cette glande mit à découvert plusieurs petits kystes (2) contenant un fluide glaireux ; les interstices étaient remplis par une substance grasseuse, traversée par quelques bandes membraneuses. » La malade guérit, sortit de l'hôpital sans qu'il y eût

(1) Todd, *loc. cit.*

(2) C'étaient sans doute de simples cloisons fibreuses.

aucune apparence de récurrence. Plus tard, Todd eut des nouvelles de cette malade. L'œil était toujours privé de la vue, un peu plus gros que l'autre; la malade n'y avait plus ressenti aucune douleur depuis sa sortie de l'hôpital.

Dans un autre fait communiqué à M. Todd par O'Beirn, « la glande présentait des granulations, elle était de couleur brune, son tissu était membraneux et cartilagineux, surtout dans le centre d'où partaient des *cloisons membraneuses*, qui arrivaient jusqu'à la circonférence; il n'y avait aucune sanie. La glande avait au moins six fois sa grandeur naturelle. »

Est-ce bien là un cancer? N'est-ce pas plutôt une de ces dégénérescences fibreuses que l'on rencontre si souvent dans la glande mammaire, et qui, une fois extirpées, ne reparaissent plus? Voyez d'ailleurs les caractères anatomiques suivants donnés par M. Anderson (*Annal. d'oculist.*, t. XIX, p. 246) à une glande *hypertrophiée* dont il a fait l'extraction. « La tumeur était dure, dit-il, ovale, un peu mamelonnée, du volume d'une châtaigne, et enveloppée d'une membrane fibreuse; elle avait une structure uniformément granulée et était traversée par quelques *cloisons fibreuses*, les parties centrales étant les plus résistantes. L'examen microscopique lui donnait une structure fibreuse fine. » Ces caractères ne sont-ils pas les mêmes que ceux de l'observation d'O'Beirn? Je ne prétends pas nier évidemment le cancer isolé de la glande lacrymale; cependant on reconnaîtra que ce doit être une affection bien rare, et qu'une bonne et complète observation est encore à faire.

Dans tous les cas, le pronostic est grave, car la vue est toujours menacée; il le devient encore plus si, ce qui doit être bien rare, l'ulcération se manifeste.

La terminaison par induration de la dacryadénite est, dit-on, bien que les faits ne justifient pas cette manière de voir, assez souvent suivie du squirrhe; d'autres fois, cette affection se développerait spontanément, sous l'influence de la diathèse cancéreuse, sans pouvoir être rattachée à aucune cause directe.

Tant que le squirrhe est peu volumineux et ne tend pas à s'ulcérer, il n'y a lieu d'employer aucun traitement local. On se borne à prescrire des moyens généraux capables d'agir sur la constitution ordinairement mauvaise des malades. Mais si la tumeur est volumineuse, que le globe soit poussé dans le côté interne de l'orbite, ou chassé au dehors, il faut procéder à l'extirpation de la

glande dégénérée, et, à l'exemple de Guérin de Bordeaux, de Charles Todd, d'O'Beirn, de Carron du Villards et de tous les bons chirurgiens, mettre tous ses soins à ménager l'œil.

Extirpation de la glande lacrymale.

Cette opération a été pratiquée le plus souvent pour des cas d'hypertrophie ou d'induration de la glande pris pour des squirrhes; aussi a-t-elle généralement réussi.

Nous décrivons trois procédés: celui d'Acrel, celui de M. Halpin et celui de M. Velpeau.

a. *Procédé d'Acrel.* — Les paupières sont divisées dans le sens naturel de leur courbure, près de leur racine, sur le point correspondant à la partie la plus saillante du mal et dans toute leur épaisseur. Les lèvres de la plaie étant écartées par un aide, le chirurgien isole la tumeur de l'orbite à l'aide d'un bistouri étroit conduit sur l'indicateur, la saisit avec une égrigne, en dissèque la face interne, soit avec le manche ou le tranchant de l'instrument, soit avec le doigt, et l'attire au dehors de son sommet vers la base. Daviel et Guérin ont pratiqué ce procédé, et aucun de leurs malades n'a succombé. Quoique chez l'un la tumeur parût présenter une rainure moulée sur le nerf optique, que chez un autre il survint une fièvre grave avec gonflement énorme des paupières, l'œil conserva la faculté de voir.

b. *Procédé de M. Halpin.* — Ce chirurgien tire fortement en bas la paupière malade jusqu'à ce que le sourcil, préalablement rasé, soit descendu au-dessous du bord de l'arcade sourcilière. Un aide fixe la peau dans cette situation. Une incision commencée immédiatement au-dessus du tendon de l'orbiculaire divise le sourcil dans toute son étendue et vient s'arrêter à un demi-pouce au-dessus de la commissure externe. Cette longueur de l'incision est nécessaire pour assurer le plus d'espace possible à la dissection de la glande. On renverse en bas le lambeau palpébral en le disséquant pour augmenter encore cet espace; on passe une ligature autour de la glande quand elle se prête à cette manœuvre, et on la détache des os partie avec le doigt, partie avec le bistouri. La plaie est rapprochée par quelques points de suture.

C'est sans contredit le procédé le plus facile à exécuter et celui aussi qui laisse le moins de traces quand, ce qui est très commun après l'extraction de la glande lacrymale, la réunion ne se fait

pas par première intention. Je l'ai mis en pratique une seule fois sur une dame qui présentait une tumeur de la grosseur d'une petite noix dans la région lacrymale ; l'extraction fut facile, mais il survint un phlegmon du tissu cellulaire de l'orbite qui entraîna la perte de l'œil. Malgré cet accident, la plaie pratiquée sur le sourcil se réunit bien après quelques semaines et ne laissa rien à désirer. La pauvre dame porte maintenant un œil artificiel.

Procédé de M. Velpeau. — Ce chirurgien pense que si l'on divise la commissure externe des paupières en prolongeant l'incision vers la tempe, on atteint mieux le but que par le procédé d'Acrel, et que par ce moyen, qu'il a mis plusieurs fois en pratique, on met à découvert les deux tiers externes de la circonférence orbitaire. Cette incision étant faite, on renverse les paupières et l'on sépare la tumeur des parties voisines, comme dans les autres procédés.

On a reproché à tort, et sans doute par inadvertance, à ce procédé d'exposer trop à blesser les conduits de la glande lacrymale, puisqu'ils deviennent inutiles après l'extraction de cet organe ; mais je ferai remarquer qu'il n'est pas indifférent de diviser l'angle externe des paupières, parce que, lorsque la réunion est de quelque durée, on n'est pas certain que le rapprochement se fera assez exactement pour ne rien laisser à désirer. J'ai toujours vu, au contraire, lorsque j'ai été obligé d'agrandir ainsi l'ouverture palpébrale, que la réunion par seconde intention dérangeait l'angle externe, et qu'il en résultait une certaine difformité. Je vois encore que, dans le procédé de M. Velpeau, on est absolument obligé, pour renverser les paupières et pour prendre l'espace convenable, d'inciser largement la conjonctive, et que ce n'est pas nécessaire dans le procédé de M. Halpin, à moins, bien entendu, que la muqueuse n'ait contracté des adhérences avec la tumeur. J'insiste d'autant plus sur la première de ces observations, que M. Velpeau dit lui-même « que la réunion immédiate ne doit être tentée ni par l'un ni par l'autre procédé (celui d'Acrel et le sien), attendu que le vide opéré dans l'orbite ne peut pas être rempli sur-le-champ, et que les tissus, déchirés plutôt que coupés, ont besoin de suppurer... Que chez un sujet dont la plaie se ferma trop promptement, Guérin vit naître des symptômes si redoutables, qu'il crut devoir rompre la cicatrice avec la sonde (1)... »

(1) Velpeau, *Médecine opératoire*, t. III, p. 373.

ARTICLE IV.

OBLITÉRATION DES CONDUITS DE LA GLANDE LACRYMALE.

On admet généralement que l'oblitération de ces conduits puisse survenir à la suite de plaies et de brûlures de la conjonctive ; cependant une observation bien authentique est nécessaire pour prouver l'existence de cette maladie.

Les signes indiqués sont ceux que l'on note dans la plus légère conjonctivite : une sécheresse plus ou moins marquée de la surface du globe ressentie par le malade, mais non appréciable par le médecin, et une certaine difficulté de mouvoir l'œil avec sensation d'un corps étranger roulant sous la paupière.

Le pronostic est très favorable, car en admettant l'oblitération complète des conduits et même l'atrophie ou la disparition complète de la glande, l'œil n'en serait pas moins lubrifié comme à l'état normal.

Il n'y a donc point de traitement à faire, et les collyres mucilagineux, conseillés par Weller (p. 180) dans cette maladie, doivent être réservés pour la xérophthalmie, affection dont nous nous occuperons plus loin.

ARTICLE V.

TUMEUR ET FISTULE LACRYMALES DE LA PAUPIÈRE SUPÉRIEURE (DACRYOPS).

Le dacryops est une maladie fort rare, que Schmidt a bien décrite, qu'il n'a observée que deux fois, et que personne n'a vue depuis ce médecin célèbre.

Elle consiste en une tumeur circonscrite, élastique, indolore, de la grosseur, selon Chélius, d'une noisette à une aveline, et qui, d'après Stæber, peut atteindre le volume d'un œuf de pigeon. D'ordinaire l'œil est plus sec qu'à l'état normal, mais ce caractère n'existe pas toujours. Si le malade pleure, il est facile de remarquer une augmentation de la tumeur. Les mouvements de l'œil ne sont pas gênés sensiblement par le dacryops ; pourtant quelquefois, mais seulement par instants, le malade se plaint d'une certaine