

présence de kystes. Les tumeurs mélaniques seules, par leur coloration noirâtre ou gris-noirâtre, semblable à celle de la tourbe dont elles ont aussi la consistance, offrent un ensemble de caractères qui permet de les reconnaître avec facilité. Dans tous les autres cas l'examen histologique est nécessaire au diagnostic.

La fréquence des récidives, la rapidité avec laquelle ces tumeurs se propagent dans le cerveau, la dure-mère, les os du crâne, font que certains chirurgiens croient prudent de s'abstenir de toute intervention, considérant que l'opération active trop souvent le développement du mal. Ici encore, nous croyons dangereuses les opinions exclusives. Le chirurgien réglera sa conduite sur l'état général du sujet, la marche de la tumeur, les accidents qu'elle occasionne, etc. En tout cas, le pronostic est des plus graves, tôt ou tard en effet, la tumeur récidivera et sa généralisation entraînera la mort du malade.

2° KYSTES DE L'ORBITE

Bibliographie. — RICHARD, *Kyste derm. de l'orb.* Discuss. à la Soc. de chir. in Bull., 1^{re} série, t. V, 1855. — GIRARDI, *Mém. de méd.* de Halle, p. 255, 1862. — A. DE GRÆFE, *Arch. f. Opht.*, t. X, Abth. I, p. 205, 1864, et in *Ibid.*, t. XII, s. 194, 1866. — GIRAUD-TEULON, *Bull. de la Soc. de chir.*, 2^e série, t. XI, 1870. — BRESGEN (de Kreuznach), *Échinocoque de l'orbite*, in *Berlin. klin. Wochens.*, 1874. — LAWSON, *Tumeur hyd. volumin.* in *The Lancet*, 1876. — BRIÈRE, *Kystes de l'orb.* in *Ann. d'ocul.*, 1877. — BERGER, *Kystes huileux*, in *Bull. de la Soc. de chir.*, t. VI, p. 594, 1880. — DEMONS, *cod. loc.*, 1880, p. 000. — TALKO, *Sixième cas de kyste séreux congénital*, in *Ann. d'ocul.*, t. LXXXIV, p. 176, 1880. — BERGER, *Kystes huileux*, Soc. de chir., 1880. — MULES, *Tumeur hyd. de l'orb.*, in *The Lancet*, n° 25, 1882. — J. CHAUVEL, *Soc. de chir.*, 1883.

Thèse de Paris. — 1877, GACIGUTA.

Avec la plupart des auteurs français, nous diviserons les kystes de l'orbite en deux grandes catégories : congénitaux et acquis.

Les kystes congénitaux peuvent occuper l'angle externe ou l'angle interne de l'œil. Ainsi que VERNEUIL et BROCA l'ont nettement établi, ces kystes sont dus à l'enclavement d'une portion du feuillet externe du blastoderme; ce sont des kystes dermoïdes, qualification que justifie amplement la nature de leur contenu : on a en effet trouvé dans leur intérieur des concrétions calcaires, des poils, des cellules épidermiques, des masses visqueuses, etc. Au moment où le sujet arrive à la puberté, ces kystes subissent souvent un développement rapide. De ces kystes, il faut rapprocher une variété de tumeur signalée pour la première fois par BROCA en 1862 et que l'on connaît sous le nom de kystes huileux prélacrymaux. Il existe aujourd'hui onze observations de ce genre dues à VERNEUIL, PERRIN, LE DENTU, ALBERT, DESPRÉS, HIRSCHBERG. Le contenu de ces tumeurs est un liquide opalin, fluide, renfermant des traces évidentes de matières grasses.

Les kystes développés après la naissance, kystes acquis, comprennent deux variétés bien distinctes, les kystes séreux et les kystes hydatiques.

a). *Kystes séreux.* — Ils se développent au milieu du tissu cellulaire de l'orbite sans aucune cause appréciable; d'après quelques auteurs, ils prendraient aussi naissance dans les petites bourses séreuses qui existent normalement et sont destinées à faciliter le jeu des muscles de l'œil. On a voulu rattacher à ces kystes les prétendus faits d'hydropisie de la capsule de TENON, signalés par CARRON DU VILLARD. L'existence de cette variété de tumeur n'est pas suffisamment démontrée pour que nous puissions nous en occuper ici.

b). *Kystes hydatiques.* — Dans ce groupe, on range les tumeurs kystiques qui renferment à la fois dans leur intérieur et des échinocoques et des cysticerques. Ces produits sont en réalité assez rares, puisque BERLIN n'a pu en réunir que quarante-quatre observations, dont plusieurs fort douteuses.

Symptômes. Marche. Pronostic. — Jusqu'au moment où ils sont accessibles par la palpation, les kystes ne présentent d'autres symptômes que ceux qui caractérisent d'ordinaire les tumeurs de l'orbite. Dès que l'on peut palper la masse, sa forme, la rénitence spéciale que l'on éprouve, parfois la fluctuation, mettent sur la voie du diagnostic. L'existence du kyste établie, à quelle variété a-t-on à faire? La question est fort difficile à résoudre. Cependant le siège de la tumeur à l'angle interne ou externe de l'œil, l'origine, le mode de développement du mal pourront faire penser à un kyste dermoïde. La ponction suivie de l'examen histologique du liquide rend de grands services; malheureusement, comme le fait remarquer BERLIN, cette petite opération n'est pas toujours innocente, car si l'on tombe sur une encéphalocèle, la ponction peut déterminer une série d'accidents mortels. La marche de ces kystes est fort lente; mais, grâce à leur accroissement incessant, ils entraînent la perte de la vision et parfois la mort par pénétration de la tumeur dans la cavité crânienne.

Traitement. — Les divers traitements que l'on peut employer contre ces tumeurs sont : la ponction simple ou suivie d'injection iodée, l'incision, l'excision de la poche, suivie d'un pansement destiné à faciliter le rapprochement des parois, enfin l'extirpation du sac. Ce dernier procédé est assurément le meilleur; malheureusement, il n'est pas applicable à tous les cas.

3° TUMEURS VASCULAIRES

Bibliographie. — VELPEAU, *Bull. de thérap.*, t. XVII, p. 127, 1839. — FOUCHER, *Tumeur séreuse*, *Gaz. des hôp.*, 1858. — AUBRY (de Rennes), *Tum. orbit. avec puls.*, in *Bull. de la Soc. de chir.*, 2^e série, t. V, 1865. — WECKER, in *Gaz. heb.*, 1867. — L. LE FORT, *Valeur thérap. de la lig. de la carot. primit.*, in *Ibid.*, 1868. — TERRIER, *Revue crit.*, in *Arch. gén. de méd.*, 6^e série, t. XVIII, p. 171, 1871. — TH. HOLMES, *Orbit. anévrysm.* in *The Lancet*, 1873, t. II. — NIEDEN, *Anévry. de l'orb.* in *Centralbl. f. Chir.*, 1874-1875. — H. WOLF, *Ueber pulsirenden Exopht.* Diss. Inaug., Bonn, 1876. — BITSCH, *Tum. puls. Dilat. d'une des branches de l'opht.*, in *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, 1879. — KLEINS, *Anévry. traum. de l'opht. dans l'orb.*, in *Schmidt's Jahrb.*, t. CLXXXVI, p. 274, 1880. — SATTLER, *Ueber pulsirendes Exopht.*, in *Abdruck. aus GRÆFE, und Sæmich. Handbuch der Augenheilk.*, Bd. VI, Leipzig, 1880 (Bibl.). — YVERT, *Des tum. de l'orb. en commun. direct. avec la circ. int. crân.*, in

Recueil d'opt., 3^e série, t. III, 1881. — PEYROT, *Angiome fibreux de l'orbite*, in *Gaz. des Hôp.*, 1882. — BERGER, *Anévr. art. veineux. Soc. de chir.*, t. VII, 1881. — WEISS, *Tum. puls. de l'orbite*, in *Revue méd. de l'Est*, 1882. — BULL, *Tumeur puls. de l'orbite traitée par l'Électrol.* in *Med. News*, 5 août et 7 octobre 1882. Thèses de Paris. — 1855, ICHARD. — 1865, DUPONT, FLEYS. — 1867, LABURTHE. — 1870, DELENS, DUMÉE.

Les tumeurs vasculaires de l'orbite se divisent en deux classes bien distinctes : tumeurs pulsatiles et tumeurs non pulsatiles.

A. — TUMEURS ANÉVRYSMOÏDES OU PULSATILES

Sous ce titre, nous grouperons avec TERRIER la plupart des tumeurs décrites autrefois sous le nom d'anévrismes, de tumeurs érectiles artérielles, d'anévrismes cirsoïdes, etc., caractérisées toutes par les trois symptômes suivants : *Existence de pulsations, bruit de souffle, exophtalmie*. La pathogénie de ces tumeurs a donné lieu à bien des discussions et à de nombreuses hypothèses. Au commencement de ce siècle, TRAVERS décrit le premier ces tumeurs, et les considère comme de véritables anévrismes par anastomose des vaisseaux de l'orbite ; son opinion est admise sans contestation pendant de longues années. Après lui, GUTHRIE, se basant sur l'observation anatomique, fait de ces tumeurs des anévrismes de l'artère ophtalmique. DEMARQUAY, dans sa thèse en 1853, divise les tumeurs pulsatiles de l'orbite en deux groupes : anévrismes artério-veineux et anévrismes de l'artère ophtalmique. Plus tard ce même auteur, rejetant l'existence des anévrismes par anastomose de l'orbite (1859), range tous les cas de ce genre dans l'anévrisme diffus, primitif ou consécutif. A la suite du fait classique de NÉLATON, l'origine orbitaire de ces tumeurs est mise en doute : DELENS, HOLMES, WALTER, RIVINGTON, repoussent la théorie de l'anévrisme artérioso-veineux, mais placent le siège de ces productions en dehors de l'orbite, et les attribuent à la rupture de la carotide dans le sinus caveux ; quelques auteurs allemands, en particulier SCHLÖPFKE, se refusent à admettre toute autre explication. Enfin, plus éclectique, SATTLER dans un récent et remarquable mémoire (1880) admet que les tumeurs pulsatiles peuvent siéger : 1^o dans l'orbite ; 2^o dans le crâne.

Le nombre des tumeurs pulsatiles intra-orbitaires est fort restreint : ce sont d'après cet auteur : 1^o des anévrismes vrais ; 2^o des anévrismes traumatiques faux, circonscrits ou artério-veineux de l'artère ophtalmique ; 3^o des anévrismes cirsoïdes ou par anastomose, très rares ; 4^o enfin des tumeurs érectiles, absolument exceptionnelles.

La fréquence des tumeurs intra-craniennes est beaucoup plus grande ; celles que l'on rencontre le plus souvent sont : des anévrismes de la carotide interne, des anévrismes artério-veineux (varices anévrismales), par rupture de la carotide interne dans le sinus caveux ; enfin exceptionnellement une tumeur formée par un obstacle au cours du sang dans le sinus lui-même. De tous ces néoplasmes, dit CHAUVEL, les anévrismes de la carotide interne dans le sinus caveux sont les plus fréquents ; la disposition anatomique des

vaisseaux dans le sinus caveux, la fréquence des lésions morbides sur la carotide primitive expliqueraient le nombre considérable des faits observés.

Étiologie. — Les tumeurs pulsatiles de l'orbite peuvent apparaître spontanément ou succéder à une lésion traumatique. Toutes les causes qui gênent la circulation encéphalique favorisent leur développement : congestion cérébrale, efforts de toux, grossesse, etc. Parmi les causes traumatiques, les fractures de la base occupent le premier rang ; puis viennent les lésions directes de l'orbite lui-même : coups de canne, de parapluie, coups de fleuret, blessures par projectiles divers.

Symptômes. — a) *Période de début.* — Dans les cas spontanés, la maladie peut être annoncée par de la céphalalgie, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles ; le plus souvent, brusquement au milieu des apparences de la meilleure santé, le malade perçoit un bruit strident, un déchirement, une véritable détonation ; il lui semble que quelque chose s'est brisé dans sa tête. Cet accident est immédiatement suivi d'un bruit de sifflement, d'un souffle plus ou moins rude qui s'établit d'emblée. A la suite des traumatismes, les symptômes de la blessure dominant tout d'abord la scène pendant un temps variable ; plus tard seulement, s'établissent les signes de l'anévrisme, et c'est le bruit de souffle qui attire tout d'abord l'attention du patient.

b) *Période d'état.* — Arrivées à leur période d'état, les tumeurs pulsatiles, quelle que soit leur origine, présentent trois symptômes absolument caractéristiques : 1^o une exophtalmie plus ou moins accusée suivant les cas ; elle est tantôt directe, tantôt et plus souvent latérale ; 2^o la présence de pulsations, de battements isochrones aux contractions du cœur ; 3^o l'existence de bruits de souffle ordinairement continus.

La compression profonde exercée par la tumeur se traduit par de la diplopie et un abaissement de l'acuité visuelle qui peut aller jusqu'à la cécité. Du côté de la conjonctive, on constate la présence d'un chémosis assez accentué ; de plus, il existe un œdème des paupières, dont la peau lisse, tendue, sillonnée par de grosses veines, présente une teinte violacée.

L'examen ophtalmoscopique montre habituellement les lésions de la neuro-rétinite, par stase (*Stauung's papille*) des Allemands ; parfois quelques hémorragies papillaires, parfois enfin une simple congestion rétinienne.

La compression exercée sur la carotide primitive du côté correspondant entraîne une diminution considérable, même la disparition complète des battements et du souffle, fait des plus importants pour le diagnostic.

Marche. Pronostic. — Abandonnées à elles-mêmes, les tumeurs de ce genre peuvent guérir, ce qui est rare ; le plus ordinairement leur développement incessant détermine la mort du malade. La terminaison fatale survient brusquement, par suite de la rupture de l'anévrisme, ou bien le malade s'éteint peu à peu, épuisé par des hémorragies successives.

Traitement. — Il est palliatif ou curatif. Parmi les moyens palliatifs il est bon de citer l'emploi du froid, les émissions sanguines locales, et l'administration rationnelle des médicaments qui, tels que la vératrine, la digitale, l'ergot de seigle, diminuent la pression du système circulatoire.

Parmi les moyens curatifs nous citerons :

1° *Les injections coagulantes de perchlorure de fer.* — Bien qu'ayant donné trois guérisons entre les mains de BRAINARD, BOURGUET, et DESORMEAUX, ce procédé est justement abandonné aujourd'hui.

2° *La compression de la carotide primitive.* — Chaque fois que faire se pourra, la compression digitale sera préférable à l'emploi des instruments; il est difficile de comprimer d'une façon continue, et de plus, le malade la plupart du temps supporte très mal ces manœuvres.

3° *La ligature de la carotide primitive.* — Cette méthode mise en usage pour la première fois par TRAVERS, en 1805, a donné d'assez bons résultats. La statistique de SATTLER donne pour soixante-trois ligatures pratiquées chez soixante et un malades, huit morts par l'opération, soit 17,7 p. 100; dix-sept succès, soit 26,98; trente-huit guérisons, soit 60,32 p. 100.

B. — TUMEURS NON PULSATILES

Dans cette classe, CHAUVEL fait rentrer les angiomes simples et caverneux, les tumeurs érectiles veineuses et artérielles, enfin les tumeurs veineuses proprement dites, ou dilatations variqueuses des veines de l'orbite. L'angiome simple débute ordinairement par la peau des paupières, et ne pénètre que plus tard dans l'orbite. Cette variété de tumeurs est toujours congénitale; une pression lente et un peu continue la réduit, les cris et les efforts l'augmentent.

L'angiome caverneux est plus profond; il se développe dans l'orbite même et présente une structure réticulée analogue à celle du tissu caverneux de la verge. Cette variété de tumeur, d'ordinaire indolente, croît avec une lenteur extrême. L'examen le plus attentif n'y fait découvrir ni souffle, ni pulsations.

Traitement. — L'extirpation est applicable aux angiomes caverneux le plus souvent bien limités, parfois ils ont nécessité l'ablation du globe oculaire (DE GRÆFE). Dans les cas d'angiomes simples qui occupent une étendue considérable de la surface palpébrale, l'extirpation est souvent impossible, et, avec LE DENTU, nous lui préférons les injections coagulantes.

C. — TUMEURS VEINEUSES

Ces tumeurs, bien étudiées par notre ami YVERT, sont fort rares. Il n'en existe guère que cinq cas dans la science. Elle sont constituées par une masse bleuâtre qui occupe en général le grand angle de l'œil et présente quelques caractères pathognomoniques. Le volume de ces productions varie; il oscille entre celui d'un pois et celui d'une amande. Toutes les causes qui tendent à entraver la circulation veineuse intra-cranienne, font augmenter le volume de la tumeur; de ce nombre sont: les cris, les efforts, surtout la flexion forcée de la tête en avant. Les causes contraires amènent la disparition plus ou moins complète de cette dilatation, aussi le matin au réveil, ces tumeurs sont à peine sensibles. De même, la pression jointe au renversement de la tête en arrière, suffit à les réduire complètement. La compression exercée sur la carotide n'entraîne aucun changement dans la masse morbide; il est loin d'en être de

même, ainsi que l'a démontré NÉLATON, lorsque l'on comprime la jugulaire. Pareille lésion peut très bien exister pendant des années sans entraîner aucun trouble du côté de la vision, témoin le fait observé par YVERT.

Tous les auteurs sont d'accord pour admettre qu'il s'agit de tumeurs veineuses en communication avec les sinus du crâne; aussi, à moins de circonstances particulières, est-il bon de s'abstenir, croyons-nous, de toute intervention chirurgicale.

4° DIAGNOSTIC DES TUMEURS DE L'ORBITE

Le diagnostic des tumeurs de l'orbite comprend la solution des problèmes suivants: 1° Établir l'existence de la tumeur orbitaire, et la différencier des affections avec lesquelles elle pourrait être confondue. 2° Déterminer la nature de la tumeur, son siège, son origine, ses rapports, etc.

1° *La tumeur existe-t-elle?* — Il est bien difficile, ainsi que nous l'avons vu, de reconnaître l'existence des tumeurs de l'orbite pendant la première période de leur développement. Plus tard, lorsque l'on constate une exophtalmie manifeste, et nous n'insisterons pas sur son diagnostic, tant il nous semble difficile de confondre cette affection avec l'hydrophtalmie ou le phlegmon de l'œil, il faut se demander quelle en est la cause. Ce symptôme, en effet, n'est pas spécial aux seules tumeurs de l'orbite; les épanchements sanguins, les corps étrangers intra-orbitaires lui donnent aussi naissance; mais les commémoratifs, l'apparition d'une ecchymose palpébrale, l'exploration attentive de la région et les fistules s'il en existe, viendront confirmer ces données. Si l'exophtalmos est dû à la formation d'un emphysème, la crépitation caractéristique de la tumeur suffira à en faire reconnaître la nature.

Les auteurs du *Compendium* décrivent sous le nom d'exophtalmos atonique, une affection des plus rares, due à la paralysie plus ou moins complète des muscles du globe oculaire, et caractérisée par une sorte de projection en avant de l'œil. Cet état est facile à distinguer de l'exophtalmos dû à une tumeur, car en soulevant légèrement le globe oculaire on le remet facilement en place.

Enfin, la présence d'un corps thyroïde volumineux et l'existence de palpitations cardiaques avec l'exophtalmos feront reconnaître la maladie de BASEDOW.

2° *La tumeur existe, quelle en est la nature?* — Nous procéderons dans cette recherche par élimination. Tout d'abord, il est en général facile de reconnaître à première vue si la production est d'origine inflammatoire. Ainsi se trouvent exclus les phlegmons aigus ou chroniques, les périostites, ténonites, etc. Puis les tumeurs non inflammatoires sont pulsatiles ou non: exophtalmos, avec pulsations isochrones à celles du pouls et bruit de souffle; tels sont, avons-nous dit, les principaux symptômes des tumeurs anévrysmoïdes. Ces signes étant le plus souvent faciles à constater, et disparaissant par la compression de la carotide primitive, on peut encore éliminer rapidement les tumeurs anévrysmoïdes. Cependant, il faut se rappeler que certains cancers ont occasionné

des erreurs et entraîné le chirurgien à faire la ligature de la carotide. Si le moindre doute en ce genre pouvait exister, le malade serait mis en observation et on surveillerait pendant un certain temps son état général.

Les lésions inflammatoires et anévrysmoïdes exclues, la consistance de la tumeur est solide ou liquide, premier point à établir; il n'est pas toujours facile de se prononcer, car quelques tumeurs solides (sarcomes, encéphaloïdes, myxomes) sont manifestement fluctuantes; tandis que certains kystes petits et à parois épaisses roulent sous les doigts, sans qu'on puisse y découvrir aucune trace de fluctuation. Nous avons fort heureusement dans ce cas une ressource précieuse, la ponction exploratrice.

Les tumeurs solides, dit DUPLAY, peuvent être dures, demi-dures ou molles.

Les tumeurs *dures* sont : les périostoses et les exostoses. Les périostoses siègent d'ordinaire sur le rebord orbitaire; leur développement s'accompagne de douleurs; elles n'occasionnent que des troubles légers du côté de l'œil. Les exostoses, au contraire, viennent de la partie profonde de la cavité ou des cavités voisines; leur consistance spéciale, leur développement indolent mais progressif, les troubles sérieux qu'elles déterminent, les feront facilement reconnaître.

Les tumeurs *demi-dures* sont presque toujours des sarcomes, les fibromes et enchondromes étant fort rares, ainsi que nous l'avons déjà dit. — La marche rapide de la production, les douleurs vives qui l'accompagnent, son accroissement, la rapidité avec laquelle elle récidive et ulcère les téguments, faciliteront le diagnostic.

Les tumeurs *molles* peuvent être des lipomes, des kystes dermoïdes, et surtout des tumeurs malignes ramolles. Nous pouvons exclure d'emblée le lipome, tumeur absolument hypothétique, et les kystes dermoïdes qui ont un siège et un aspect caractéristiques; nous ne conserverons ainsi dans ce groupe que les tumeurs malignes ramolles.

Viennent enfin les tumeurs liquides; elles sont réductibles ou non. Les tumeurs réductibles sont : les angiomes et les tumeurs variqueuses. L'angiome simple est caractérisé par la présence, sur la paupière supérieure, d'une masse rougeâtre ou violacée se gonflant sous l'effort. L'angiome caverneux profondément situé se développe lentement, sans douleurs. Les tumeurs variqueuses occupent l'angle interne de l'œil où elles constituent une collection bleuâtre, facilement réductible, dont le volume augmente lorsque le malade incline la tête en avant, et diminue lorsqu'il la relève ou qu'il reste quelque temps dans la position horizontale.

Les tumeurs liquides non réductibles sont : les abcès et les kystes. Les accidents qui ont marqué le développement de la production, le temps qu'elle a mis à se former sont ici d'une haute importance. Les abcès sont souvent précédés de symptômes inflammatoires; les kystes, au contraire, se développent sans aucune trace d'inflammation. Le diagnostic est-il incertain, la ponction exploratrice et l'examen du liquide lèveront tous les doutes.

D'élimination en élimination, on arrive à établir le diagnostic sur des bases sérieuses; il faut alors se demander d'où provient la tumeur, déterminer exactement son siège et son volume. Les commémoratifs, l'étude attentive des

troubles qui existent du côté du globe oculaire et des divers organes contenus dans l'orbite, l'ordre dans lequel ces phénomènes se sont développés, l'examen des cavités voisines constitueront des bases certaines pour la solution de ces nouveaux problèmes.

CHAPITRE II

MALADIES DE L'APPAREIL LACRYMAL

§ 1^{er}. — Affections de la glande lacrymale

Bibliographie. — A. VON GREFFE, *Z. Pathol. d. Thränenrüse*, in *Arch. f. Opht.*, Bd. IV, A. 2, s. 258, 1858. — ARLT, *Die Krankheiten des Thränenorgans*, Wien, 1863. — POLAILLON, *Path. de la glande lacrymale*, in *Dict. encyclop.*, 2^e série, t. 1^{er}, p. 25, 1868 (Bibliogr.). — SAUTEREAU, *Tumeurs de la gl. lacrym.*, Th. Paris, 1870. — VARIOT, *Dacryoadénite aiguë*, Th. de Paris, 1875. — MARULA, *Extirp. de la gl. lacrym.*, Th. de Paris, 1876. — PANAS, *Leçons sur les aff. de l'app. lacrym.*, 1877. — ABADIE, *De quelques indic. nouv. d'extr. de la gl. lacrym.*, in *Gaz. hebd.*, 1878. — KNAPP, *Tum. de la gl. lacrym.*, *Path. et trait.*, in *Med. Rec. New-York*, juin 1880. — SIMON SNELL, *Lux. de la gl. lacrym.*, in *Opht. Review*, juin 1882. — CARRÉ, *Inflamm. de la gl. lacrym.*, in *Gaz. d'opht.*, mai 1882.

1^o LÉSIONS TRAUMATIQUES

Logée au fond d'une cavité spéciale, la glande lacrymale doit à la protection que lui accorde le rebord orbitaire, d'échapper souvent aux traumatismes. LARREY cependant rapporte qu'un fragment de balle a pu pénétrer dans cet organe, dont il nécessita l'extraction. DE GREFFE et PANAS. ont noté à la suite de plaie de la paupière supérieure, le prolapsus de cette glande qui, dans les deux cas, se réduisit avec la plus grande facilité, et qu'un seul point de suture suffit à maintenir en place.

On ne connaît pas de fistule consécutive à une plaie de la portion orbitaire de cette glande; cet accident se produit quelquefois à la suite des solutions de continuité des conduits excréteurs; un simple point de suture prévient cette complication.

2^o INFLAMMATION DE LA GLANDE LACRYMALE. — DACRYOADÉNITE

L'inflammation de la glande lacrymale, affection des plus rares, est aiguë ou chronique.