à la face interne du bras et soigneusement débarrassés à leur face profonde de toute trace de tissu cellulo-adipeux, conservent généralement leur vitalité ; mais nous avons observé leur résorption ultérieure, comme l'indique Panas. Dans un cas cependant où, pour un double ectropion, les deux paupières avaient été complètement reconstituées, le résultat, au bout d'une année, était très satisfaisant.

Les conditions de succès de ces greffes ne sont pas encore suffisamment connues. Les chirurgiens s'appliquent à ne greffer les lambeaux cutanés que sur des surfaces récemment avivées et aussi aseptiques que possible. On peut néanmoins voir réussir, dans des conditions opposées, la greffe de lambeaux cutanés très étendus sur des surfaces suppurantes et en plein bourgeonnement. Nous pouvons citer à l'appui de cette assertion le fait suivant : nous avons pu greffer à la base du cou, dans un cas de vaste brûlure du tronc, deux lambeaux de peau, l'un de 12 centimètres sur 10, l'autre de 10 centimètres sur 8. Tous deux ont parfaitement vécu.

CHAPITRE III

MALADIES DES VOIES LACRYMALES

WARLOMONT, *Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. I, p. 48. — LANNELONGUE (A.), *Nouveau Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XX, p. 11. — PANAS, Leçons sur les affections de l'appareil lacrymal. Paris, 1877. — ABADIE, Traité des maladies des yeux, 2e édition, 1884, t. I. — MEYER (Ed.), Traité pratique des maladies des yeux. 3e édit., 1887. — GALEZOWSKI, Traité des maladies des yeux. — DE WECKER, Traité complet d'ophtalmologie, 1889, t. IV. — Traités de FUCHS, PANAS, NIMIER et DESPAGNET, TRUC et VALUDE.

Avant de décrire les maladies des voies lacrymales, il est utile de dire quelques mots de la sécrétion et de la composition des larmes.

La glande lacrymale est représentée par une portion principale ou *orbitaire* et une portion accessoire ou *palpébrale* moins nettement limitée que la première. Ces deux portions sont complètement séparées l'une de l'autre, mais leurs canaux excréteurs s'accolent et se confondent.

On admet que la portion orbitaire sécrète les larmes destinées à l'entretien de l'humectation de la conjonctive et de la cornée. La portion palpébrale serait destinée à la sécrétion des *pleurs* et ne sécréterait que d'une manière tout à fait intermittente sous l'influence des émotions vives. Toutefois cette distinction des deux sécrétions ne nous paraît pas absolument établie. Ce qu'il importe de retenir, c'est que la suppression de la sécrétion lacrymale n'empêche pas habituellement la lubrifaction du globe de l'œil. Après l'ablation de la glande lacrymale, la sécrétion des glandules de la conjonctive peut suffire à entretenir l'humidité de cette membrane.

L'excitation de la muqueuse pituitaire produit l'hypersécrétion des larmes. Cette sécrétion des larmes est sous la dépendance du nerf lacrymal et l'excitation des extrémités terminales d'une des branches du trijumeau suffit pour provoquer par action réflexe une sécrétion exagérée de la glande lacrymale.

L'excitation du grand sympathique amène le même résultat.

La sécrétion exagérée des larmes constitue l'*épiphora*, signe commun à un

certain nombre de maladies. Mais l'écoulement pathologique des larmes n'indique pas nécessairement une sécrétion plus abondante. Dans toutes les affections qui s'opposent à leur libre passage dans les fosses nasales, par le sac lacrymal et le canal nasal, on voit les larmes s'écouler sur la joue, bien qu'elles ne soient pas toujours sécrétées en plus grande abondance.

Dans la plupart des inflammations de la cornée et de la conjonctive, il y a, au contraire, hypersécrétion des larmes. Certains ulcères de la cornée, les kératites des scrofuleux, donnent en particulier lieu à une sécrétion extrêmement abondante des larmes qui s'écoulent en flot lorsqu'on écarte les paupières.

La diminution de la sécrétion est exceptionnelle, ou du moins, rarement appréciable, parce qu'elle n'empêche pas une lubrifaction suffisante de la conjonctive. On a décrit cependant une *xérophtalmie lacrymale* caractérisée par le peu d'abondance ou par l'absence complète de la sécrétion de la glande lacrymale. Mais on connaît mal les conditions dans lesquelles se produit cette diminution, car elle a été donnée aussi bien comme signe de l'atrophie de la glande que de son hypertrophie.

Les larmes ont une réaction légèrement alcaline. L'exagération de cette alcalinité aurait pour effet, suivant Galezowski, de les rendre irritantes pour la conjonctive et les téguments des paupières. Quelle qu'en soit la raison, il est certain que dans beaucoup d'affections qui s'accompagnent de la sécrétion exagérée des larmes, celles-ci produisent en s'écoulant sur la peau des régions voisines une sensation de brûlure et une irritation qui peut aller jusqu'à la production d'ulcérations.

Arlt a fait connaître une analyse de Lerch portant sur les larmes recueillies par une fistule de la glande et par conséquent non mélangées avec les produits de sécrétion de la conjonctive. La composition était la suivante :

Eau	982,0
Chlorure de sodium	13,0
Albumine	5,0
Matières salines indéterminées	0,2

Les modifications de la composition des larmes dans les différentes affections oculaires ne sont pas encore connues. On signale seulement la coloration jaunâtre que la sécrétion prend dans certains cas d'ictère. Dans le scorbut, elles peuvent se teinter en rose, par suite du mélange d'une petite quantité de sang provenant d'excoriations de la conjonctive. C'est cette coloration, sans doute, qui a donné lieu à l'opinion populaire qui veut que certaines maladies s'accompagnent de la production de larmes de sang.

Dans quelques cas, les larmes, comme la plupart des autres liquides de l'économie, donnent lieu à la production de calculs. Ces calculs sont formés par des sels calcaires, mais comme ces sels sont en quantité extrêmement faible dans les larmes à l'état normal, on comprend la rareté de ces calculs. Les analyses déjà anciennes de Fourcroy et Vauquelin avaient montré qu'ils étaient formés presque exclusivement de phosphates de chaux et que la présence de carbonates y était exceptionnelle. Cependant Bouchardat a rencontré dans des calculs des conduits lacrymaux la proportion de 48 pour 100 de carbonate de chaux alors que les phosphates n'y figuraient que pour 9 pour 100. Les principales observations relatives à ces calculs sont celles de Meade, de Walther et de Laugier et Richelot, auxquelles il faut ajouter l'observation plus récente de Williams (*Arch. f. Augen. u. Ohrenheilk.*, I, p. 78).

I

MALADIES DE LA GLANDE LACRYMALE

I. — ANOMALIES CONGÉNITALES

L'absence et l'ectopie de la glande lacrymale ont été observées dans les cas de malformation congénitale de l'orbite. Le plus souvent il y avait en même temps anophtalmie. On a vu aussi, au moment de la naissance, la glande lacrymale atteinte de tumeur hydatique. Le chirurgien, dans ces cas, n'a pas ordinairement à intervenir.

II. — LÉSIONS TRAUMATIQUES

Plaies. — Par sa situation, la glande lacrymale échappe aux contusions directes; mais elle peut être atteinte par les corps étrangers qui pénètrent dans l'orbite et en particulier par les projectiles de guerre. Larrey (*Chir. clinique*, I, p. 396) a vu une moitié de balle logée dans la glande qu'il fut obligé d'enlever avec le projectile. De Graefe a observé un cas de hernie de la glande à travers une plaie de la paupière supérieure. Panas a rapporté un cas semblable (*Leçons sur les affections de l'appareil lacrymal*, p. 8). Dans ces deux faits, la réduction fut facile à obtenir et la plaie suturée guérit rapidement.

Les blessures de la glande orbitaire donnent rarement lieu, comme les plaies correspondantes de la parotide, à des fistules, mais la lésion des conduits excréteurs produit des fistules palpébrales qui seront étudiées plus loin.

La principale indication pour le traitement des plaies intéressant la glande lacrymale consiste donc dans la réunion primitive.

III. — INFLAMMATIONS DE LA GLANDE LACRYMALE

Variot, Contribution à l'étude de la dacryo-adénite aiguë. Thèse de Paris, 1875. — Marula, Considérations sur l'extirpation de la glande lacrymale. Thèse de Paris, 1876. — A. Terson, L'ablation des glandes lacrymales palpébrales. Thèse de Paris, 1892-1893.

L'inflammation de la glande lacrymale ou *dacryo-adénite* est aiguë ou chronique.

1° *DACRYO-ADÉNITE AIGUË*

L'inflammation aiguë de la glande lacrymale est une affection rare. Il est probable même que dans un certain nombre de cas on a décrit comme dacryo-adénite aiguë l'inflammation du périoste des parties voisines de l'orbite.

Il faut distinguer l'inflammation de la portion orbitaire de la glande et celle de la portion palpébrale qui peuvent exister isolément, mais qui souvent aussi se développent simultanément.

a. *Dacryo-adénite orbitaire aiguë.* — Au traumatisme et à l'action du froid, causes habituellement invoquées pour expliquer la dacryo-adénite aiguë, d'assez nombreuses observations ont montré qu'il faut ajouter la *blennorragie* et les *oreillons*. On l'a vue survenir aussi après la rougeole.

La dacryo-adénite se manifeste par la douleur localisée au-dessous de l'apophyse orbitaire externe, par la rougeur et la tuméfaction de la moitié externe de la paupière supérieure et de la commissure. La paupière se soulève difficilement, bien que le toucher n'y fasse pas percevoir la tumeur que l'on sent lorsqu'il s'agit de l'inflammation isolée de la portion palpébrale de la glande. Mais immédiatement au-dessous de l'apophyse orbitaire externe, dans le sillon orbito-palpébral, l'extrémité du doigt peut, dans certains cas, sentir une tuméfaction dure et limitée, qui n'est autre chose que la glande enflammée.

Le globe oculaire subit un certain degré de propulsion en avant et en dedans la conjonctive est atteinte de chémosis, surtout dans sa moitié externe. La sécrétion des larmes est, dit-on, supprimée, mais on a signalé pourtant la sensation de brûlure qu'elles déterminent en s'écoulant sur la peau des paupières. Le ganglion pré-auriculaire a été trouvé tuméfié dans quelques observations.

Les phénomènes généraux sont souvent très marqués; il y a de l'anorexie, de la fièvre, de l'insomnie; on a même observé du délire.

La suppuration se produit le plus habituellement. Elle s'annonce par des douleurs lancinantes, des battements au niveau de la glande et l'exagération de la sensibilité de la région. En écartant, lorsque cela est possible, la paupière supérieure, on voit le pus soulever le cul-de-sac conjonctival. Il se fait jour spontanément par cette voie, ou bien, l'abcès s'ouvre dans le sillon orbito-palpébral et s'accompagne d'une gangrène partielle de la paupière supérieure.

Dans presque tous les cas, après l'ouverture de l'abcès, le stylet introduit par l'orifice fistuleux a constaté la dénudation de l'os. Le diagnostic est donc difficile à établir entre la dacryo-adénite aiguë et la périostite de la fossette lacrymale. L'intensité des phénomènes généraux dans certaines observations données comme exemples de dacryo-adénite aiguë doit faire pencher plutôt vers l'idée d'une affection ostéo-périostique primitive.

Le *traitement* consiste dans l'emploi de la glace en applications continues sur la région et dans celui des antiphlogistiques locaux. Deux ou trois sangsues peuvent être appliquées au début. L'iodure de potassium a été quelquefois utile. L'opium et la morphine servent à modérer l'intensité des douleurs. Lorsque la suppuration devient évidente, il faut, à l'aide d'un bistouri étroit, donner issue au pus et panser antiseptiquement. L'incision hâtive a même beaucoup plus d'avantages que d'inconvénients et procure aux malades un véritable soulagement.

b. *Dacryo-adénite palpébrale aiguë.* — Mackenzie a décrit l'inflammation aiguë de la portion palpébrale de la glande lacrymale. Nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs exemples bien nets de cette inflammation, en particulier chez un homme de quarante-cinq ans, et le diagnostic de cette affection est plus facile à établir que celui de la dacryo-adénite orbitaire.

Le traumatisme et surtout la présence d'un corps étranger dans le cul-de-sac conjonctival sont les causes assignées à la maladie. Dans le fait de Mackenzie, il s'agissait d'une soie de porc. Dans les cas que nous avons observés, l'affection semblait s'être développée spontanément.

La dacryo-adénite palpébrale se manifeste, au début, par une rougeur sombre

avec gonflement de la moitié externe de la paupière supérieure. Celle-ci est sensible au toucher et le doigt perçoit une tuméfaction limitée, aplatie, ovalaire, siégeant dans l'épaisseur de la paupière vers la commissure externe et sur laquelle il est facile de faire glisser la peau. Nous avons constaté que le tissu cellulaire de la paupière conserve une souplesse et une laxité qui n'existent pas dans les cas d'orgelet de cette région.

En soulevant la paupière supérieure dans sa moitié externe, manœuvre assez difficile en raison de la douleur qu'elle provoque, on constate la rougeur et le boursouflement du cul-de-sac de la conjonctive. Il existe en même temps un chémosis plus ou moins généralisé de la conjonctive bulbaire. Dans un de nos cas, ce chémosis avait une coloration jaunâtre avec quelques taches rouges. La sécrétion des larmes nous a paru plutôt diminuée qu'augmentée. La douleur était notable sans être très vive.

La dacryo-adénite palpébrale aiguë se termine généralement par suppuration et l'évacuation du pus est suivie d'un soulagement marqué. Lorsqu'on peut examiner le cul-de-sac conjonctival, la pression permet de faire sortir une gouttelette de pus filamenteux qui indique exactement le point où la suppuration s'est fait jour.

La *durée* de l'affection ne paraît pas excéder une semaine, et l'intensité des phénomènes généraux est bien moins grande que lorsqu'il s'agit d'une dacryoadénite orbitaire.

Le *diagnostic* n'offre pas de difficultés si l'on songe à la possibilité d'une inflammation circonscrite à cette partie de la glande lacrymale. Dans l'orgelet, comme nous l'avons dit, le tissu cellulaire sous-cutané n'est pas libre et la tuméfaction moins circonscrite, plus superficielle, se rapproche davantage du bord libre de la paupière.

Le *traitement* consiste en lotions antiseptiques tièdes, fréquemment renouvelées. Pendant la nuit, si l'on ne veut pas recourir au cataplasme de fécule, on applique sur les paupières une couche de coton hydrophile imprégné d'une solution boriquée, et on le recouvre d'un morceau de taffetas imperméable ou de protective maintenu par une bande, de manière à exercer une légère compression. Rarement on aura l'occasion de donner issue au pus à l'aide du bistouri et il n'y a pas d'inconvénient à attendre l'ouverture spontanée du petit abcès par lequel se termine ordinairement la dacryo-adénite palpébrale.

2° *DACRYO-ADÉNITE CHRONIQUE*

L'inflammation chronique de la glande lacrymale porte à la fois sur la portion orbitaire et sur la portion palpébrale. Elle a été observée simultanément des deux côtés par plusieurs observateurs, Horner, Korn et Châlons.

Qu'elle soit unilatérale ou bilatérale, elle semble être rarement primitive; elle se développe à la suite d'ophtalmies prolongées, surtout de l'ophtalmie scrofuleuse et aussi après l'iritis (de Wecker). De Graefe l'a vue causée dans trois cas par l'occlusion chirurgicale des paupières. Enfin, dans l'observation de Châlons, elle reconnaissait pour cause la syphilis. Il en était de même dans une observation de Sichel (thèse de Variot).

Des observations de *tuberculisation de la glande lacrymale* ont été publiées par Abadie, Gonella, de Lapersonne. Elles ne sont pas à l'abri d'objections.

Les signes par lesquels se révèle la dacryoadénite chronique sont, sauf les phénomènes généraux, à peu près ceux de la dacryoadénite aiguë. Toutefois la rougeur de la paupière est moins vive, le chémosis moins marqué. On sent dans l'épaisseur de la paupière la portion palpébrale de la glande indurée, et au fond du cul-de-sac conjonctival on constate l'existence d'une tuméfaction. Panas a signalé la tendance qu'a la portion orbitaire de la glande lacrymale, lorsqu'elle augmente de volume, à se porter d'abord en avant. On s'explique ainsi qu'il soit possible d'en reconnaître la partie la plus antérieure au fond du cul-de-sac conjonctival ou du sillon orbito-palpébral. Le développement de cette même portion a aussi pour effet de déplacer le globe oculaire en bas et en dedans ; il en résulte un strabisme mécanique plus ou moins marqué et quelquefois un peu de diplopie, à moins que la paupière supérieure tuméfiée ne masque l'orifice pupillaire.

Les phénomènes douloureux sont peu accentués dans la dacryoadénite chronique. On signale surtout une sensation de plénitude dans l'orbite.

Les modifications de la sécrétion lacrymale sont mal connues. Il paraît y avoir parfois hypersécrétion.

La marche de l'affection est lente; elle dure souvent plusieurs mois. La terminaison se fait par induration et souvent aussi par le passage à l'état aigu. Il y a alors formation d'un abcès et évacuation du pus comme dans la dacryoadénite aiguë primitive.

Les phénomènes inflammatoires, bien que peu accusés, empêcheront généralement de confondre la dacryoadénite chronique avec une tumeur de la glande; toutefois, dans quelques cas, le diagnostic est très difficile.

Le traitement consiste dans l'emploi des iodures, de l'arsenic, à l'intérieur. Si l'on soupçonne la syphilis, le traitement spécifique devra être immédiatement prescrit. Il y a peu à attendre de l'effet résolutif des pommades iodurées, mais on peut essayer le massage de la glande (de Wecker).

FISTULES DE LA GLANDE LACRYMALE

Les plaies de la glande lacrymale, comme nous l'avons déjà dit, ne sont pas habituellement suivies de fistules persistantes. Nous n'avons donc à étudier que les fistules des conduits de la glande.

Ces fistules sont *cutanées* ou *conjonctivales* suivant que l'orifice existe à la peau ou dans le cul-de-sac de la conjonctive. Elles sont simples ou compliquées de la dilatation ampullaire de la portion du conduit située au-dessus de l'orifice fistuleux.

Les causes qui produisent ces fistules sont les divers traumatismes et les ulcérations des paupières. Parmi les traumatismes, il faut surtout compter les opérations intéressant la région voisine de la commissure externe. Arlt a observé une fistule qui avait succédé à l'ulcération d'un lupus palpébral. Un abcès peut aussi en être la cause.

La fistule *cutanée* se présente sous l'aspect d'un petit orifice situé à la partie externe de la paupière supérieure, au voisinage et au-dessus de la commissure. Cet orifice occupe le sommet d'une induration calleuse ou bien siège dans un repli rougeâtre et parfois excorié de la peau. Il peut admettre un crin et laisse écouler d'une manière intermittente une gouttelette d'un liquide transparent,

alcalin, salin, en tout semblable aux larmes pour l'aspect. Quelquefois cependant le liquide est troublé par le mélange d'un peu de muco-pus. L'écoulement de ce liquide devient plus abondant par le temps froid, lorsque le sujet s'expose au vent, et surtout lorsqu'il pleure.

La fistule *conjonctivale* s'ouvrant dans le cul-de-sac de la conjonctive ne peut être soupçonnée que lorsqu'il existe en même temps une dilatation ampullaire du conduit faisant saillie sous la peau de la paupière. C'est ce qui avait lieu dans le cas de Jarjavay (*Mémoires de la Soc. de chir.*, 1853, III, p. 501).

Cette variété de kyste par rétention a reçu autrefois le nom de *dacryops*. Le dacryops forme une tumeur à la partie externe de la paupière supérieure. Cette tumeur est molle et se vide sous la pression du doigt. Le dacryops peut exister comme complication d'une fistule cutanée (*dacryops fistuleux*).

On explique de la manière suivante la formation du dacryops. La fistule cutanée ou conjonctivale a une tendance marquée à se cicatriser; mais cette tendance ne peut amener la guérison que si l'orifice normal du conduit dans le cul-de-sac conjonctival est resté perméable. S'il est oblitéré, les larmes sécrétées s'accumulent dans le conduit et le dilatent. Le dacryops est alors constitué et atteint dans des cas exceptionnels le volume d'une petite amande. Souvent aussi il se développe une poussée d'inflammation aboutissant à la formation d'un abcès et à la réouverture de la fistule.

Les troubles fonctionnels déterminés par la présence d'une fistule ne sont pas très marqués. La douleur est généralement insignifiante; il n'y a qu'une simple sensation de cuisson résultant de l'irritation de la peau au voisinage de l'orifice. Mais, à certains moments, l'écoulement plus abondant de liquide devient gênant et il y a lieu de chercher à oblitérer la fistule.

Traitement. — Les cautérisations avec le nitrate d'argent, une aiguille rougie au feu, le galvano-cautère, les injections irritantes ne peuvent rien pour oblitérer définitivement la fistule d'un conduit de la glande lorsque l'orifice conjonctival de ce conduit n'est plus perméable. Mais si, à l'imitation de Rognetta, Jarjavay, Bowmann, on transforme d'abord la fistule cutanée en fistule conjonctivale, il est facile alors d'obtenir l'oblitération définitive de l'orifice fistuleux. Il faut donc copier le procédé employé par de Guise pour le traitement des fistules salivaires. Dans le cas d'un échec seulement, on serait autorisé à extirper la glande lacrymale à l'exemple de de Graefe (*Arch. für Ophthalm.*, 1871, A. 1, p. 279).

IV. — TUMEURS DE LA GLANDE LACRYMALE

SAUTEREAU, Étude sur les tumeurs de la glande lacrymale. Thèse de Paris, 1870.

Des tumeurs liquides et des tumeurs solides se développent aux dépens de la glande lacrymale. Les premières sont désignées sous le nom de *kystes*. Ce sont elles que nous étudierons d'abord.

1° *KYSTES DE LA GLANDE LACRYMALE*

Les kystes de la glande lacrymale se divisent en kystes de la *portion palpébrale* et kystes de la *portion orbitaire*.

a. KYSTES DE LA PORTION PALPÉBRALE. — Ils ont été autrefois désignés sous le nom de *dacryops*. Ceux qui se compliquent de l'existence d'une fistule ont déjà été étudiés. Il reste à décrire les kystes non fistuleux.

Les *causes* qui leur sont assignées généralement sont les contusions, les plaies, les brûlures suivies de cicatrices vicieuses capables d'amener l'oblitération d'un des canalicules de la glande. De Wecker a observé un kyste développé chez un individu qui avait subi antérieurement l'énucléation de l'œil. Dans quelques cas cependant, on ne retrouve rien de semblable dans les antécédents du sujet. Il en était ainsi chez une femme que nous avons eu l'occasion d'observer.

Ces kystes sont d'ailleurs très rares. De Wecker dit n'en avoir personnellement observé que deux faits.

On a d'abord admis que ces kystes reconnaissent pour cause l'accumulation du liquide lacrymal dans le tissu cellulaire voisin des conduits excréteurs de la glande. Telle était l'opinion soutenue par Schmidt (1803) et par Beer. Puis, on a pensé que la poche kystique est formée par les parois mêmes d'un canalicule distendu après oblitération de son orifice. Cependant de Graefe avait observé un cas dans lequel cet orifice persistait et permettait de vider par pression le contenu du kyste. Une observation de Dubrueil (*Gaz. des hôpitaux*, 1870) a établi la possibilité de l'origine canaliculaire de ces kystes. Legros, ayant pratiqué l'examen microscopique, trouva en effet une couche d'épithélium cylindrique à la face interne de la paroi du kyste. C'est à l'idée d'une origine canaliculaire que Panas se ralliait, dans ses *Leçons sur les affections de l'appareil lacrymal*, tout en reconnaissant que les faits manquent pour l'établir définitivement. La présence de nombreuses glandules accessoires, au voisinage des conduits principaux, permet de penser que, pour ces kystes comme pour les kystes de la grenouillette sublinguale, l'origine glandulaire et acineuse doit être la plus fréquente.

La nature du liquide contenu rend assez vraisemblable cette supposition. Dans le seul cas où ce liquide ait été analysé (observ. de Broca), O. Reveil trouva qu'il renfermait beaucoup plus d'albumine (près de 3 pour 100) et beaucoup moins de chlorure de sodium que les larmes normales.

L'existence de kystes hydatiques dans la glande lacrymale n'est pas démontrée.

Symptômes. — Ces kystes font saillie du côté du cul-de-sac conjonctival, au niveau ou un peu au-dessus de la commissure externe des paupières qu'ils soulèvent plus ou moins suivant leur volume. Ce volume varie depuis celui d'un petit pois ou d'un noyau de cerise à celui d'une amande ou même d'un œuf de pigeon (obs. de Broca). La tumeur mise à découvert par le renversement de la paupière supérieure ou l'écartement de la commissure se présente sous l'aspect d'une poche à parois minces, de couleur bleuâtre ou rosée, transparente. Cette poche est souvent régulièrement ovoïde, quelquefois multilobée, comme dans l'observation de de Wecker et dans le cas que nous avons observé nous-même. Elle est dépressible et l'on peut parfois la réduire notablement de volume par la pression.

Sa présence n'entraîne habituellement que de minimes troubles fonctionnels, un peu de gêne, quelques picotements. Le kyste est susceptible de varier notablement dans son volume suivant le moment où on l'observe. Il s'accroît sous l'influence de toutes les causes qui produisent une augmentation de la sécrétion lacrymale.

Larrey, Laugier, Richelot, Ph. Walther ont vu ces kystes compliqués de la présence de concrétions ou *dacryolithes* plus ou moins nombreuses et susceptibles de se reproduire après avoir été éliminées.

Le siège précis et les apparences caractéristiques de la tumeur ne permettent guère de confondre ces kystes avec une autre affection. Tout au plus y a-t-il lieu, dans quelques cas, de songer à une origine hydatique.

Le pronostic n'est pas grave.

Traitement. — L'excision large de la poche kystique est le véritable traitement de ces kystes. Suivie ou non de cautérisation au nitrate d'argent, elle suffit pour procurer la guérison. La dissection complète de la poche, si elle est possible, est encore plus sûre. Mais la simple ponction est manifestement insuffisante, et la ponction suivie d'injection iodée, comme l'a faite Broca, pourrait irriter trop vivement la conjonctive. Le séton filiforme avec un fil de soie, employé par de Graefe, expose aussi, sans avantages notables, à des complications inflammatoires.

b. Kystes de la portion orbitaire. — Il existe un certain nombre d'observations de kystes en connexion avec la portion orbitaire de la glande lacrymale, mais leur origine véritable, comme leur nature exacte, restent entourées d'obscurité. L'opinion la plus ancienne, celle de A. Schmidt et de Weller, veut que ces kystes soient le résultat de la rupture d'un des acini de la glande et qu'ils prennent naissance dans la glande elle-même. Mais, pour les auteurs du *Compendium* et pour Desmarres, ce ne sont que des kystes simples nés dans le tissu cellulaire voisin et, en réalité, indépendants de la glande.

Panas considère le fait de A. Schmidt comme peu concluant et celui de A. Bérard, dans lequel l'os était altéré au point où le kyste y adhérait, comme un de ces faits de périostite albumineuse décrits depuis par Ollier.

Il n'est pas suffisamment établi, d'autre part, que les kystes hydatiques dont les observations ont été publiées par Fehre et Wharton Jones fussent développés dans la glande lacrymale plutôt que dans le voisinage.

Tout ce qu'on peut dire, c'est que les kystes *simples* de la glande doivent évoluer lentement et proéminer vers le cul-de-sac de la conjonctive plutôt que dans le sillon orbito-palpébral; que leur consistance est plus ou moins fluctuante et qu'ils dévient, comme les autres tumeurs de la glande, le globe oculaire en bas et en dedans.

Les kystes *hydatiques*, au contraire, se feraient remarquer par un développement rapide et par des phénomènes de compression inquiétants, du côté de l'œil.

Le diagnostic précis de la nature du kyste exige l'examen microscopique, tant de la paroi qui le constitue que du liquide qu'il renferme. La ponction, si le kyste a un certain volume, servira à établir le diagnostic, et c'est à l'extirpation de la poche qu'il faudra ensuite avoir recours.

2° *TUMEURS SOLIDES DE LA GLANDE LACRYMALE*

Il n'est pas douteux que la glande lacrymale puisse être atteinte de tumeurs; mais un certain nombre de tumeurs primitivement développées dans le tissu cellulaire de l'orbite, au voisinage de la fossette lacrymale, ont certainement été

prises pour des tumeurs nées dans la glande elle-même. Même après l'ablation du néoplasme, il est souvent impossible d'en déterminer le lieu d'origine.

Nous décrirons : *a.* les tumeurs bénignes; *b.* les tumeurs malignes.

a. Tumeurs bénignes. — Elles diffèrent, surtout par la marche, des tumeurs malignes, et l'histologie n'est pas encore parvenue à établir des variétés bien nettes entre elles.

Il y a lieu d'abord d'admettre l'existence d'une *hypertrophie simple* de la glande lacrymale qui, sans rentrer à proprement parler dans le groupe des tumeurs, en présente cependant les principaux caractères cliniques. On voit en effet, après une succession de poussées inflammatoires, la glande augmenter de volume, devenir dure, lobulée. Cette hypertrophie s'observe surtout chez les sujets jeunes et met des années à se développer. La glande reste indolente, mais, par l'accroissement de son volume, elle soulève la paupière supérieure et refoule le globe de l'œil. Fréquemment elle s'accompagne de ptosis. Fait bizarre, l'hypertrophie de la glande ne détermine pas habituellement de trouble notable dans la sécrétion des larmes.

L'hypertrophie simple se distingue des kystes ayant le même siège par une consistance plus grande et des tumeurs malignes par sa marche beaucoup plus lente, mais elle a la dureté de ces dernières, et au début le diagnostic peut être embarrassant.

Il est infiniment probable que l'examen microscopique permettrait de reconnaître dans le tissu hypertrophié de la glande des altérations très analogues à celles qui dans la glande mammaire constituent les adénomes.

C'est, en effet, sous le nom d'*adénomes*, de *fibro-adénomes* qu'ont été désignées la majorité des tumeurs bénignes de la glande lacrymale (Schirmer, Otto Becker). Mais Berlin pense que la plupart des faits observés doivent être considérés comme des *cylindromes*.

Busch a observé un cas dans lequel le microscope a fait reconnaître tous les caractères de l'*enchondrome*. L'observation de Richet, publiée dans la thèse de Sautereau (1870), est un exemple d'*adéno-myxome*, et, depuis, le même chirurgien a observé un cas d'*adéno-sarcome* (1886).

Le seul énoncé de ces diverses variétés de tumeurs montre que la division en tumeurs bénignes et tumeurs malignes n'a rien d'absolu.

Une observation publiée par de Britto, dans les *Archives d'ophtalmologie*, 1888, p. 547, a fait reconnaître l'existence d'un fibro-adénome.

Si l'on met de côté le fait de Busch, on voit que la majorité des tumeurs bénignes rentre dans la classe des adénomes. C'est à cette conclusion qu'est arrivé Panas en analysant 15 observations de ces tumeurs (*Leçons sur les affections de l'appareil lacrymal*, p. 34).

Le sexe ne paraît pas avoir d'influence sur le développement de ces tumeurs. Bien qu'on les ait observées à l'état congénital (Gluge et Fl. Cunier) et dans la vieillesse, elles paraissent plus fréquentes dans la jeunesse (vingt-six ans, en moyenne). Un traumatisme antérieur a été quelquefois invoqué comme cause.

Le volume de ces tumeurs est très variable. Dans l'observation de de Britto, la tumeur qui paraissait s'être développée dans la portion palpébrale de la glande, avait le diamètre de la base de l'orbite. Elle avait refoulé en arrière et en bas le globe de l'œil sans produire cependant de diplopie; elle était inégale et bosselée à sa surface et de consistance variable suivant les points.