

sont partagées à cet égard. Si cette cicatrice est transversale et peu épaisse, il n'y a aucun inconvénient à la conserver; car on ménage ainsi une certaine quantité de peau, et l'on sait, d'autre part, que les cicatrices se prêtent très-bien à la réunion immédiate. Si la cicatrice était très-dure, rugueuse, saillante, il ne faudrait pas hésiter à l'enlever.

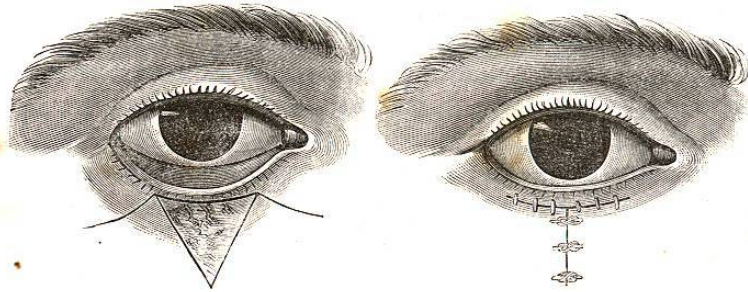


FIG. 108. — Blépharoplastie (procédé de Dieffenbach).

Nous supposons un cas simple, un ectropion produit par une cicatrice transversale et facile à conserver. On pratique d'abord une incision parallèle au bord libre, et entre celui-ci et la cicatrice; cette incision doit être faite de façon à permettre un écartement très-notable des deux bords de la plaie. Dans la lèvre supérieure, on trouve en général le cartilage tarse assez bien conservé.

Le chirurgien, en écartant les deux bords de l'incision, établit une perte de substance qu'il faut réparer à l'aide d'un lambeau pris, soit à la



FIG. 109. — Blépharoplastie.

tempête, soit sur la région malaire. On aura soin de tailler ce lambeau de telle sorte qu'il représente exactement la forme de la perte de substance; seulement, il est nécessaire que ses divers diamètres soient plus considérables que ceux de la solution de continuité. Le pédicule du lambeau doit correspondre à l'extrémité externe de l'incision transversale des paupières; son axe doit être perpendiculaire à celle-ci ou mieux faire avec elle un angle aigu.

Si nous supposons que le lambeau a été taillé aux dépens de la région malaire (fig. 109), il est facile de le faire pivoter de bas en haut, de façon à l'amener régulièrement entre les deux lèvres de l'incision palpébrale, où on l'assujettit par quelques points très-isolés de suture entrecoupée. Quant à la perte de substance qui résulte de

la découpe du lambeau, on la réunira le mieux possible, en ayant soin d'en décoller les bords et de les rapprocher par la suture.

On agirait de la même façon si l'on empruntait le lambeau à la région temporale.

On peut ajouter à la blépharoplastie la réunion temporaire du bord libre des paupières. Souvent, dans ces derniers temps, on a pratiqué ces deux opérations à la fois, et l'on a obtenu de la sorte des guérisons durables. Deonvilliers a beaucoup contribué à propager cette méthode autoplastique.

3° On a conseillé de redresser le cartilage tarse, et Dieffenbach a proposé à cet effet un procédé qui consiste : 1° à inciser la paupière au bord inférieur du cartilage tarse, en comprenant la conjonctive dans cette incision; 2° à décoller ce cartilage dans une certaine étendue; 3° à le redresser; 4° enfin à saisir le bord supérieur de la plaie de la conjonctive, qu'on réunit par quelques points de suture entortillée jusqu'au bord inférieur de la plaie cutanée. Ce procédé, assez compliqué, n'a point été mis en pratique assez souvent pour qu'on puisse juger de son efficacité.

4° Enfin on a voulu guérir l'ectropion en raccourcissant le cartilage tarse ou le bord palpébral. Antyllus voulait qu'on excisât profondément

en forme de V les couches internes de la paupière, sans comprendre le tarse; la cicatrisation de la perte de substance devait suffire au redressement. Dieffenbach et d'autres après lui ont conseillé d'enlever une portion triangulaire du cartilage tarse.

Pour diminuer la longueur du bord palpébral, c'est au procédé de W. Adams qu'on a le plus souvent recours (fig. 110). On enlève par deux coups de ciseaux un lambeau triangulaire de ce voile, et l'on réunit les deux bords de la plaie par la suture entortillée. On redresse de la sorte la paupière, qui vient s'appuyer assez fortement contre le globe oculaire. De Graefe ajoute à l'incision de W. Adams une incision concentrique au bord de l'orbite; puis il attire vers le front les fils de la suture, et il les fixe en ce point à l'aide du diachylon. Desmarres, pour éviter la cicatrice verticale située au milieu de la paupière lorsqu'on emploie le procédé d'Adams, pratique la perte de substance à l'angle externe.

Sans exciser le cartilage tarse, on a aussi songé à raccourcir le bord palpébral. Dieffenbach et Desmarres ont sur ce point proposé chacun un procédé.

Supposons qu'il s'agisse de pratiquer cette opération à la paupière inférieure du côté droit, c'est au côté externe de l'œil qu'il faudra prendre

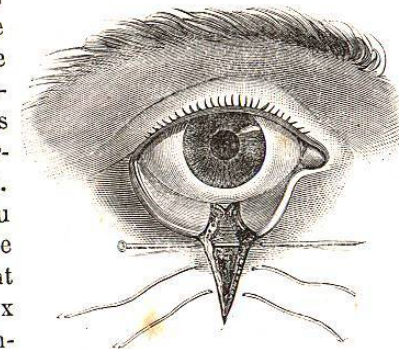


FIG. 110. — Procédé d'Adams.

le lambeau qu'on veut exciser, car en ce point les cicatrices peuvent se cacher dans les plis naturels de cette région.

On commence par pratiquer (fig. 111), en dehors de l'angle externe et très-près de cet angle, trois incisions AB, AD et BD. Le triangle doit être disposé de telle sorte que sa base, longue de 6 à 8 millimètres environ, soit au niveau de la commissure externe; on dissèque le lambeau cutané circonscrit par ces trois incisions et on l'extirpe, puis on divise la commissure temporale par une incision transversale BC qui fait suite à la limite supérieure de la plaie triangulaire; on détache la paupière en dehors, on en resèque le bord ciliaire près de l'angle externe dans une longueur qui équivaut à celle du triangle. Cela fait, l'extrémité du voile est amenée dans ABD, la lèvre saignante du bord libre se mettant en rapport avec AB; l'organe redressé et tendu est enfin fixé dans cet endroit à AB et à AD par la suture entortillée à l'aide d'épingles à insectes.

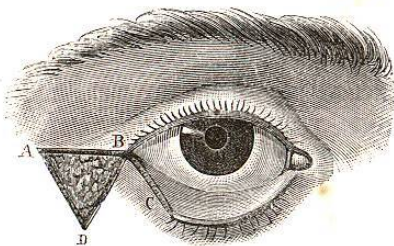


FIG. 111. — Tarsorrhaphie (procédé de Dieffenbach).

5° Il existe une variété d'ectropion cicatriciel formé par l'adhérence d'une cicatrice au bord de l'orbite. L'adhérence est parfois limitée à une surface très-peu étendue et les parties voisines sont saines.

Il y a plusieurs procédés pour redresser et mobiliser la paupière renversée et adhérente. Si cette adhérence était étroite, on pourrait essayer avec quelque chance de succès la section sous-cutanée de la bride, en même temps qu'on redresserait mécaniquement la paupière; on pourrait encore circonscire par deux incisions la peau adhérente, l'enlever et opérer la réunion. Dans un cas de ce genre, Ammon entoura d'une incision la peau adhérente qu'il laissa fixée à l'os; il décolla tout à l'entour les téguments voisins; la paupière reprit sa liberté et le malade put fermer l'œil. Le chirurgien referma ensuite la plaie sur l'ancienne cicatrice. Par ce moyen la paupière se trouva allongée, on aperçut à peine la cicatrice et point du tout la dépression qui se voyait au bord de l'orbite. Si l'adhérence était très-étendue on devrait avoir recours à quelques-uns des procédés autoplastiques dont nous avons parlé plus haut.

B. Ectropion de la paupière supérieure.

L'ectropion de la paupière supérieure est de beaucoup plus rare que celui de la paupière inférieure.

L'ectropion inflammatoire a été observé quelquefois chez des scrofuleux dont on renversait souvent la paupière supérieure dans un but thérapeutique. Il serait facile de combattre cet accident à l'aide d'une com-

pression méthodique. Si la muqueuse était trop boursoufflée on l'exciserait comme nous l'avons dit précédemment.

La longueur de la paupière supérieure fait qu'elle échappe encore plus que sa congénère à l'ectropion cicatriciel. Mais, dans les cas où existe cette déformation, on aura recours aux procédés d'Adams, de Jones, ou à la blépharoplastie, comme nous l'avons indiqué plus haut.

Guthrie, dans un cas de double ectropion supérieur où les cils renversés étaient en contact avec l'arcade surciliaire, où la conjonctive palpébrale était rouge et boursoufflée avec des cornées à peu près complètement opaques, chercha à obtenir une chute de la paupière en coupant les tissus jusqu'au releveur de la paupière. Il divisa d'abord la peau, puis, en écartant la plaie, il coupa les muscles orbiculaire et releveur de la paupière; il réduisit ensuite la paupière en renversant le tarse et la ramena sur l'œil qu'elle recouvrait. Cette plaie profonde fut abandonnée à elle-même et après la cicatrisation la paupière resta abaissée devant l'œil, mais le malade ne pouvait la relever volontairement qu'avec peine. Si, comme l'observation le signale, le malade pouvait encore distinguer le jour de la nuit et les objets volumineux, il faut avouer que le résultat obtenu est peu satisfaisant (1).

C. Ectropion double.

L'ectropion double est toujours d'origine cicatricielle. Il est général ou partiel et, dans ce dernier cas, interne ou externe.

L'ectropion double et externe pourrait être avantageusement combattu par deux incisions en V qui, commençant sur le bord libre des paupières et comprenant en partie la cicatrice, se dirigeraient en dehors et figureraient un >. On devrait pratiquer la réunion par la suture. Cette opération a été exécutée par Walther, de Munich. Pour l'ectropion double et interne il faudrait faire une tarsorrhaphie interne en commençant l'excision en dedans des points lacrymaux.

L'ectropion double et général exige l'une des opérations que nous avons décrites plus haut, mais quelque soit l'opération qu'on se décide à pratiquer, c'est là qu'on peut user avec de grands avantages de la suture temporaire des paupières. Ainsi, qu'on opère séparément ou en même temps les deux paupières, à l'aide du procédé de Jones ou de tout autre, on réunira les deux paupières par leur bord libre et l'on maintiendra pendant une année environ cette réunion. C'est à cette façon d'agir que Mirault, Guersant et Denonvilliers doivent de remarquables succès.

(1) *Gaz. méd.*, 1837, p. 329.

ARTICLE IV.

DE QUELQUES TROUBLES FONCTIONNELS DES PAUPIÈRES.

Ces troubles peuvent avoir leur origine sur quelque point éloigné des paupières, comme cela se voit dans certaines paralysies, ou bien ils se rattachent aux phlegmasies oculaires et peuvent être compris parmi les phénomènes morbides d'action réflexe.

1° Clignotement morbide.

Le clignotement morbide consiste dans un état convulsif du muscle orbiculaire des paupières. L'œil se ferme spasmodiquement plusieurs fois de suite en un instant, puis, après quelques moments de repos, les convulsions palpébrales reparassent. Le clignotement morbide des paupières se voit souvent dans les deux yeux à la fois.

Le plus ordinairement, cette contraction anormale du muscle orbiculaire des paupières reconnaît pour cause une phlegmasie superficielle de l'œil. Ainsi, chez beaucoup d'individus, le clignotement débute avec une conjonctivite légère et est entretenu par des granulations ou par le contact irritant d'un cil vicieusement implanté. Enfin, chez quelques sujets, ce clignotement persiste comme une habitude acquise.

Il faut rechercher avec soin la cause de ce trouble fonctionnel et traiter promptement soit la conjonctivite, soit le trichiasis, qui peuvent lui avoir donné naissance; en même temps le malade devra s'efforcer de dompter ces contractions morbides des muscles.

2° Blépharospasme.

C'est un spasme tonique du muscle orbiculaire qui maintient les paupières convulsivement closes. On observe ce phénomène chez les individus qui portent entre l'œil et la paupière quelque corps étranger ou qui souffrent de kérato-conjonctivite scrofuleuse avec ulcères de la cornée. Parfois le spasme n'est point en rapport avec les lésions oculaires et l'on constate un spasme des plus intenses avec une très-légère altération de la cornée.

C'est chose très-rare de voir le blépharospasme être la conséquence d'une simple fatigue des yeux, ou encore succéder à des traumatismes; il est, dans ce dernier cas, unilatéral et peut persister indéfiniment. On a aussi parlé d'un blépharospasme qui se produirait sous l'influence d'un état hystérique ou de quelque trouble intestinal; mais ces variétés de blépharospasmes sont loin d'être démontrées.

Le traitement de cette affection consiste dans une exacte appréciation des causes qui l'ont amenée. Ainsi, dans les cas de blépharospasme in-

flammatoire, on devra chercher à extraire les corps étrangers ou à guérir les kérato-conjonctivites qui lui ont donné naissance. Si le blépharospasme s'accompagne d'un état phlegmasique très-aigu, les sangsues pourront être fort avantageuses. On y joindra aussi avec succès des onctions autour des paupières avec l'onguent napolitain belladonné.

Dans un cas de blépharospasme traumatique d'un côté, de Graefe pratiqua la section du nerf susorbitaire, d'après l'avis de Romberg qui considérait la maladie comme un état convulsif réflexe provenant de l'irritation pathologique des nerfs sensitifs. A la suite de la section du nerf, le malade put ouvrir facilement les paupières. Au bout de cinq jours les paupières avaient repris leur sensibilité et leur mobilité normales. Nous connaissons également une dame soignée par le docteur Abadie et qui souffre depuis deux ans d'un blépharospasme à la suite de névralgie susorbitaire. La pression exercée sur le point d'émergence du nerf calme instantanément la contraction de l'orbiculaire, qui reparait dès qu'on cesse la compression.

3° Paralysie du muscle orbiculaire.

La paralysie du muscle orbiculaire des paupières n'est, en général, qu'un des symptômes de la paralysie faciale; aussi ne puis-je dire que quelques mots de cet accident facile à reconnaître.

Si l'on borne son examen aux fonctions des paupières, on observe que le malade ne peut ni les fermer, ni les presser contre le globe oculaire, ni cligner les yeux. Si la maladie s'étend au frontal et au sourcilier, le malade ne peut, du côté paralysé, ni élever ni froncer le sourcil.

Cet état s'accompagne souvent d'un écoulement involontaire des larmes; celles-ci ne coulent plus par les points lacrymaux, qui ont perdu leurs soutiens musculaires. L'œil, exposé au contact des larmes et de plus soumis aux influences de l'air extérieur, est souvent atteint de kérato-conjonctivite.

Le muscle releveur de la paupière supérieure, qui n'appartient point au système des muscles paralysés, relève comme à l'ordinaire, ce voile membraneux; mais, lorsque sa contraction cesse, la paupière retombe jusqu'à un certain point qu'elle ne dépasse point, car les deux paupières ne peuvent pas être ramenées en contact. Ce défaut de soutien des paupières rend le globe oculaire plus saillant.

C'est le traitement de la paralysie faciale qui devra être mis en usage; mais si, employant l'électricité, on croit devoir diriger les courants sur le muscle orbiculaire et sur les muscles frontal et sourcilier, on devra ne faire usage que de courants faibles afin de ne pas produire dans l'œil des excitations lumineuses qui peuvent être suivies d'une cécité plus ou moins complète. Sous ce rapport, les courants continus sont d'un effet bien plus puissant et bien plus sûr que les courants interrompus.

4° Chute de la paupière supérieure (blépharoptose, ptosis).

On désigne sous ces noms un abaissement de la paupière supérieure avec impossibilité de la relever. Le ptosis peut être complet ou incomplet. On en distingue encore plusieurs autres variétés, suivant leur origine : 1° le *ptosis par hypertrophie et relâchement des téguments*; 2° le *ptosis traumatique*; 3° le *ptosis paralytique*; 4° enfin le *ptosis congénital*.

1° Le *ptosis par hypertrophie et relâchement des téguments* peut s'observer à la suite d'inflammations prolongées des paupières, surtout lorsque cette phlegmasie a été traitée par une application trop longtemps continuée de topiques émollients. Un œdème souvent tenace se joint au relâchement des téguments et le muscle releveur de la paupière supérieure ne peut plus suffire à l'élévation de ce voile membraneux.

Sichel a distingué sous le nom de *ptosis lipomateux* une espèce de blépharoptose qui peut être rapprochée de la précédente et qui paraît due à un dépôt anormal de tissu cellulo-graisseux dans l'épaisseur des paupières.

Dans le ptosis de la paupière dû au relâchement des téguments ou à l'infiltration séreuse ou graisseuse du tissu cellulaire, si le malade cherche à élever la paupière, on sent avec le doigt la contraction du muscle releveur, mais la paupière ne se soulève pas ou fort peu, l'œil ne s'ouvre que si l'on soulève entre deux doigts un pli de la paupière. L'allongement des téguments est souvent très-notable et leur poids seul peut suffire à faire basculer légèrement le cartilage tarse dont le bord libre vient ainsi se porter en dedans.

Le traitement de cette variété de blépharoptose consiste dans l'ablation d'un pli transversal des téguments de la paupière abaissée. Il faut prendre quelques précautions pour n'exciser ni trop ni trop peu de téguments. On saisit à cet effet un pli de la peau avec une large pince, puis en invitant le malade à ouvrir et à fermer l'œil, on constate si les mouvements s'exécutent librement et complètement. Dans le cas contraire, on augmente ou on diminue l'épaisseur du pli cutané. Quelques tâtonnements conduiront facilement au point convenable. Alors on serre assez fortement la peau qu'on excise avec des ciseaux; on réunit ensuite avec deux serres-fines, qu'on enlève au bout de trente-six heures. La cicatrice, cachée dans les plis naturels des paupières, est à peine visible.

2° Le *ptosis traumatique* a été observé à la suite de plaies de la paupière compliquées de la section du muscle releveur ou de la division du rameau nerveux qui anime ce muscle.

Le résultat immédiat de cette blessure, est l'impossibilité de découvrir volontairement l'œil. Mackenzie a vu la paupière reprendre la faculté de se relever, et ce résultat a sans doute été dû à la réunion des fibres musculaires ou nerveuses qui avaient été divisées.

Si, au bout de quelque temps après l'accident qui a causé le ptosis, on ne voit point les choses revenir à l'état normal, on doit songer à quel-

ques-unes des opérations qui ont été proposées en pareil cas. Hant, de Manchester, a cherché à remplacer l'action du releveur de la paupière par celle du muscle frontal qui sert aussi à agrandir l'ouverture palpébrale. Son procédé consiste à enlever par dissection un pli de la paupière supérieure, mais un pli plus grand que celui dont nous avons parlé plus haut, car l'incision supérieure se fait immédiatement au-dessous du sourcil et s'étend de chaque côté jusqu'au delà des commissures de la paupière. L'incision inférieure doit se rapprocher du bord libre des paupières. Lorsque le lambeau cutané est excisé on réunit les deux bords de la plaie; on peut de la sorte rapprocher le bord libre des paupières de cette portion de la peau du sourcil sur laquelle agit le muscle frontal. Il est à craindre qu'une si large excision de la paupière supérieure n'empêche l'occlusion normale de ces voiles membraneux.

Pour remédier aux conséquences du ptosis traumatique incurable, on a aussi conseillé de pratiquer un coloboma artificiel. La réalisation de ce projet pourrait nuire à l'intégrité de l'œil qui serait de la sorte continuellement exposé à l'air.

3° Le *ptosis paralytique* est dû à une paralysie du releveur de la paupière. Cette paralysie reconnaît des causes variées. On l'a vue succéder à l'action d'un froid brusque, comme dans la paralysie du nerf facial. Dans certains cas rares, la blépharoptose paraît être sous l'influence de la syphilis, et l'on a vu quelques malades guérir par un traitement spécifique. Il y a aussi des ptosis d'origine hystérique; mais les plus graves tiennent à quelque lésion cérébrale.

Le ptosis paralytique s'accompagne quelquefois de la paralysie de tous les muscles de l'œil. Dans d'autres cas plus fréquents le muscle droit externe a conservé son action (*paralysie du moteur oculaire commun*). La persistance d'action du muscle orbiculaire des paupières lorsque le releveur est paralysé contribue à maintenir les paupières closes.

Cette paralysie a souvent un début brusque quand elle succède à l'action du froid; elle arrive lentement, au contraire, si sa source est dans une affection cérébrale.

Les émissions sanguines, le calomel à l'intérieur et le repos de l'organe malade sont indiqués dans les cas où la paralysie est d'origine rhumatismale. Si les accidents ne cèdent pas promptement on aura recours aux vésicatoires promenés autour de l'orbite, aux frictions excitantes et à l'exercice de l'œil. Un traitement spécifique par les mercuriaux et l'iode de potassium est indiqué dans la paralysie syphilitique.

Mais quand la maladie est restée rebelle à tous les traitements, on a dû songer à rendre aux malades la vision en soulevant artificiellement les paupières. On a imaginé à ce sujet divers instruments dont le plus simple nous paraît être une petite pince à pression continue proposée par Si-



FIG. 112. — Pince à ptosis.

chel. Cette pince est faite d'un morceau de fil d'archal trempé, plié en deux et formant à l'une de ses extrémités un ou deux tours de spirale qui agissent à la façon d'un ressort. Lorsqu'on a introduit entre ses branches un pli de la paupière, celle-ci peut encore soulever la pince. On doit conseiller au malade de retirer de temps en temps cette pince, afin d'éviter les résultats, souvent fâcheux, d'une pression continue. Enfin, dans les cas tout à fait incurables, on peut recourir à l'opération de redressement que nous avons déjà décrite.

4° Le *ptosis congénital*, quelquefois héréditaire, paraît dû tantôt à un défaut d'action du muscle releveur, tantôt à une action exagérée du muscle orbiculaire antagoniste du releveur. Dans ces cas, l'excision d'un pli cutané reste sans effet. Aussi de Graefe a-t-il proposé l'opération suivante qui a pour but de diminuer l'action du muscle orbiculaire. Une incision transversale est pratiquée à 6 millimètres du bord libre de la paupière et s'étend d'une commissure à l'autre. Les lèvres de la plaie sont écartées de manière à mettre à nu les fibres de l'orbiculaire dont on saisit avec des pinces à griffes et dont on excise avec des ciseaux courbes une portion large de 8 à 10 millimètres. On réunit ensuite les lèvres de la plaie par quelques points de suture qui doivent comprendre à la fois la peau et les fibres musculaires.

V. — MALADIES DE LA GLANDE LACRYMALE.

ARTICLE PREMIER.

LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA GLANDE LACRYMALE.

1° Plaies.

La glande lacrymale peut être atteinte dans certaines plaies pénétrantes de l'orbite. Dans un fait rapporté par Larrey (1), à la suite d'un coup de mousquet à l'angle supérieur et externe de l'orbite gauche, une moitié de balle alla se loger dans la glande lacrymale. On enleva cette balle et la glande, le malade guérit et l'œil conserva toute son humidité. Une autre fois, une plaie de la paupière supérieure se compliqua de prolapsus de la glande lacrymale, celle-ci fut réduite et la guérison s'opéra promptement (2).

Les plaies de la glande lacrymale ne paraissent pas avoir été suivies de la production de fistules, comme on l'observe à la suite des lésions d'autres glandes, de la parotide, par exemple. Mais lorsque les canaux excréteurs de la glande sont intéressés, il peut en résulter, ou bien une *fistule lacrymale vraie*, ou bien une *tumeur due à la rétention des lar-*

(1) *Clin. chir.*, 1829, t. I, p. 396.

(2) De Graefe, *Archiv f. Ophthalm.*, 1866, Bd. XII, A. 2, S. 224.

mes (dacryops) dans les canaux excréteurs oblitérés par la production de la cicatrice; parfois même la tumeur et la fistule coexistent (*dacryops fistuleux*).

Il importe donc de réunir, aussi exactement que possible, les plaies de la paupière supérieure ayant pu intéresser les conduits lacrymaux, afin d'éviter les complications que nous venons de signaler.

ARTICLE II.

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DE LA GLANDE LACRYMALE.

1° Inflammation (dacryoadénite).

L'inflammation de la glande lacrymale paraît être une affection rare, et beaucoup d'auteurs en contestent l'existence, au moins dans sa forme aiguë.

A. Inflammation aiguë.

Mackenzie distingue la dacryoadénite aiguë selon que l'inflammation atteint la portion palpébrale de la glande, ou bien qu'elle reste limitée à sa portion orbitaire.

a. *Inflammation aiguë de la portion palpébrale de la glande lacrymale.* — Voici les symptômes que lui attribue l'auteur anglais: « L'angle externe des paupières est gonflé, rouge et douloureux; si on soulève la paupière supérieure, on aperçoit plusieurs acini des glandules conglomérées augmentés de volume. Dans l'espace de quelques jours, on voit l'un ou plusieurs d'entre eux se soulever en pointe et laisser échapper du pus à la surface interne de la paupière supérieure ou de l'inférieure, tout près de la commissure. Quelquefois, en pressant, on voit un long filament de matière s'échapper d'un des conduits lacrymaux. La suppuration des glandules conglomérées s'accompagne d'une violente douleur; il existe fréquemment un chémosis séreux de la conjonctive et cette membrane fournit une sécrétion puriforme. »

Cette inflammation des glandules lacrymales conglomérées reconnaît souvent pour cause quelques violences; dans un cas rapporté par Mackenzie, il s'agissait d'une soie de porc logée dans le sinus supérieur de la conjonctive.

D'après Mackenzie, cette lésion qui peut affecter une marche chronique et ne pas suppurer, aurait été confondue avec l'orgeolet et le chalazion.

b. *Inflammation aiguë de la portion orbitaire de la glande lacrymale.* — L'inflammation aiguë de la glande lacrymale orbitaire, que l'on a vu, dit-on, succéder aux contusions, aux plaies de la région orbitaire, à l'impression du froid, etc., s'annoncerait par une douleur au siège de la glande, douleur bientôt suivie d'une tuméfaction progressive à l'angle externe des paupières; cette tumeur inflammatoire rougit, se tend, devient très-douloureuse, et l'on peut alors à peine soulever la paupière supérieure.