

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.

Cette augmentation de volume de la glande détermine un certain degré d'exorbitis; l'œil est repoussé en avant et en dedans, et la conjonctive est le siège d'un chémosis plus ou moins intense. La sécrétion lacrymale serait modifiée; tantôt elle est supprimée, tantôt elle devient corrosive et les larmes sont brûlantes.

Pour peu qu'elle soit intense, cette phlegmasie s'accompagne de douleurs vives, de fièvre, d'insomnie, voire même de délire. Elle peut se terminer par la suppuration, et le pus amènerait quelquefois une altération du périoste et des os au niveau de la fossette lacrymale; l'introduction d'un stylet dans les trajets fistuleux qui succèdent à l'ouverture de l'abcès permettrait d'arriver sur l'os frontal dénudé.

Ainsi qu'on peut en juger par la description qui précède, ces symptômes peuvent être rattachés à un phlegmen partiel de l'orbite, ou bien à une ostéo-périostite de la fossette lacrymale et de l'apophyse orbitaire externe.

Le traitement consiste dans l'emploi des antiphlogistiques associés au calomel et à l'opium. Si l'on soupçonnait que la phlegmasie passât à suppuration, il faudrait immédiatement donner issue au pus.

B. Inflammation chronique.

ÉTILOGIE. — D'après Tood, cette affection succéderait presque toujours à une inflammation chronique de la conjonctive, ou bien à une ophthalmie chez les enfants scrofuleux. Dans quelques cas, cette lésion a été constatée chez des adultes jusqu'alors bien portants et ne présentant aucun signe de scrofule.

Châlons (1) rapporte un fait où l'engorgement des glandes lacrymales avait pour cause la syphilis; enfin de Graefe (2) pense que l'occlusion de l'œil nécessitée par une opération peut déterminer un engorgement inflammatoire chronique de la glande lacrymale, et il cite trois observations à l'appui de cette manière de voir.

SYMPTOMATOLOGIE. — Tantôt l'affection n'existe que d'un seul côté, d'autrefois elle apparaît des deux côtés (Horner, Korn, Châlons). La paupière supérieure est tuméfiée, surtout vers son angle externe; sa surface cutanée présente une rougeur peu intense, parfois violacée; si l'on explore les parties malades avec le doigt, on peut quelquefois sentir une tumeur dure, peu mobile, assez bien circonscrite, peu douloureuse, qui n'est autre que la partie la plus antérieure de la glande tuméfiée. Dans les cas où il est possible de soulever la paupière supérieure, on voit que la partie externe du cul-de-sac conjonctival est occupée par une tumeur.

Le globe oculaire, légèrement déplacé en bas et en dedans, est gêné dans ses mouvements; en général, l'affection est peu douloureuse, et les

(1) *Medical Zeitung des Vereins f. Heilkunde in Preussen*, 1859, n° 42.

(2) *Arch. für Ophthalmol.*, 1858, Bd. IV, A. 2, S. 658.

malades ne se plaignent que d'une sensation incommode de plénitude dans l'orbite du côté affecté.

Les fonctions lacrymales peuvent rester normales; toutefois on a souvent signalé l'hypersécrétion et l'altération des larmes qui deviennent brûlantes; mais, comme le fait remarquer Wecker, ce symptôme est difficile à bien apprécier, les affections qui donnent lieu à la dacryoadénite chronique provoquant elles-mêmes de notables modifications dans la sécrétion lacrymale.

Cette inflammation affecte une marche lente et peut se terminer par induration ou par formation d'un abcès dans la glande.

TRAITEMENT. — On a conseillé les frictions avec des pommades résolatives (iodure de potassium, iodure de plomb, etc.). S'il existe une diathèse scrofuleuse ou syphilitique, il faudra instituer un traitement antiscrofuleux ou antisiphilitique. Le malade observé par Châlons guérit très-rapidement sous l'influence d'un traitement mercuriel.

2° Fistules.

Les solutions de continuité de la paupière supérieure intéressant les conduits lacrymaux peuvent être suivies de fistules. Celles-ci succèdent le plus souvent, en effet, à des traumatismes; elles peuvent cependant survenir à la suite de l'ulcération des conduits excréteurs.

Les fistules lacrymales sont simples ou compliquées de tumeur due à la rétention des larmes.

Les fistules simples sont assez rares, puisque nous n'en connaissons guère que cinq observations dues à Beer, Rognetta, Bowman (1), A. Græfe (2) et Arlt. Dans les cas de Bowman et de A. Græfe, la fistule résultait d'une intervention chirurgicale; la plaie destinée à ouvrir un abcès ne se ferma qu'incomplètement, et l'on remarqua à la partie externe de la paupière supérieure l'orifice d'un petit trajet fistuleux par lequel s'écoulait un liquide transparent, identique avec les larmes. Dans un cas observé par Arlt (3), la fistule simple résultait de l'ulcération de la paupière supérieure par un lupus.

La fistule simple paraît avoir une certaine tendance à s'oblitérer, car, dans les faits qui précèdent, il y eut des poussées inflammatoires dues précisément à cette oblitération temporaire et à la formation d'abcès en quelque sorte périodiques, abcès s'ouvrant à l'extérieur et rétablissant ainsi le trajet fistuleux.

L'existence de la tumeur compliquant la fistule paraît encore plus rare, puisqu'on n'en trouve que trois observations, dues à Ad. Schmidt (4) et à

(1) *Ophthalm. Hosp. Reports*, 1857-59, vol. III, p. 287.

(2) *Arch. f. Ophthalm.*, 1861, Bd. VIII, A. 1, S. 279-87.

(3) *Arch. f. Ophthalm.*, 1854, Bd. I, A. 2, S. 137.

(4) *Die Krankh. des Thränenorganes*. Wien, 1803, p. 153.

Jarjavay (1); dans les deux faits recueillis par ce dernier auteur, la maladie avait succédé à un traumatisme de la paupière supérieure.

SYMPTOMATOLOGIE. — Le signe en quelque sorte pathognomonique de cette affection est l'existence d'un petit pertuis s'ouvrant ordinairement du côté de la face cutanée de la paupière supérieure et vers son tiers externe; toutefois, l'orifice fistuleux peut être placé sur la face conjonctivale, comme l'a observé Jarjavay. On conçoit que, dans ce dernier cas, l'affection ne peut être diagnostiquée que s'il existe en outre une tumeur lacrymale.

Le liquide qui s'écoule par la fistule est limpide comme les larmes, et sa quantité augmente toutes les fois que, par une cause quelconque, la sécrétion de la glande lacrymale est exagérée.

Lorsqu'il existe une tumeur, on la rencontre vers la partie externe de la paupière supérieure. Son volume, qui peut atteindre celui d'une petite amande, diminue assez vite par une pression soutenue. Dans l'un des cas de Jarjavay, cette compression exercée par le malade lui-même faisait jaillir de l'orifice fistuleux un liquide clair comme de l'eau de roche.

La tumeur, molle et réductible, augmente de volume lorsque la sécrétion des larmes est activée; par exemple, quand le malade marche contre le vent (Jarjavay).

Dans quelques cas, il existe un peu de gêne des mouvements de l'œil, une sensation de sécheresse de la conjonctive, quelques douleurs vers le lieu de la lésion; mais généralement ces phénomènes sont peu marqués.

On voit par ce qui précède que cette affection est peu gênante; toutefois, il semble que la fistule simple offre plus de gravité que celle qui s'accompagne de tumeur kystique; la tendance à la cicatrisation du trajet fistuleux fait naître des accidents inflammatoires périodiques, parfois très-douloureux.

TRAITEMENT. — On a conseillé les injections iodées ou astringentes, faites à l'aide d'une seringue d'Anel, la cautérisation du trajet avec le nitrate d'argent ou le fer rouge (Beer).

Alf. Graefe fut obligé d'en venir à un procédé plus radical, puisqu'il se décida à enlever la glande lacrymale. Enfin Bowman transforma la fistule externe en fistule interne, appliquant ainsi une méthode proposée depuis longtemps déjà pour la cure des fistules du conduit de Sténon.

Ajoutons, en terminant, que l'opération qui a réussi à Bowman avait été précédemment conseillée par Rognetta, et surtout par Jarjavay qui se proposait d'opérer ainsi les deux malades soumis à son observation.

3° Tumeurs de la glande lacrymale.

Les tumeurs de la glande lacrymale sont assez rares, et leur histoire est

(1) *Mém. de la Soc. de chirurgie*, 1853, t. III, p. 501.

encore loin d'être complète. Nous décrirons ici les *kystes* et les diverses *tumeurs solides* dont elle peut être le siège.

A. SCHMIDT, *Ueber die Krankheiten des Thränenorgans*. Wien, 1803. — MASLIEURAT-LAGÉARD, *Du squirrhe de la glande lacrymale* (*Archives génér. de méd.*, 3^e série, t. VII, p. 90). — H. WALTON, *Diseases of the Lacrymal Gland* (*Med. Times and Gazette*, vol. I, p. 317, 1854). — DE GRAEFE, *Zur Pathologie der Thränenrösen* (*Archiv für Ophthal.*, Bd. IV, p. 258). — SAUTEREAU, *Etude sur les tumeurs de la glande lacrymale*, thèse de Paris, 1870:

A. Kystes.

Ils siègent dans la portion palpébrale ou dans la portion orbitaire de la glande; de là deux variétés qu'il faut étudier séparément.

a. *Kystes de la portion palpébrale*. — Ces tumeurs, désignées par Ad. Schmidt sous le nom de *dacryops*, ont été subdivisées en *dacryops fistuleux* et *dacryops simple*, selon que la cavité du kyste communique ou ne communique pas avec l'extérieur à l'aide d'un trajet fistuleux.

Ayant étudié le dacryops fistuleux à propos des fistules lacrymales, nous ne nous occuperons ici que du dacryops simple, affection en somme très-rare et dont on ne possède guère qu'une dizaine d'observations.

ÉTIOLOGIE. — La tumeur peut résulter d'un traumatisme, d'une brûlure de la paupière; elle peut tenir à une intervention chirurgicale insuffisante, par exemple l'extirpation incomplète d'un kyste de la paupière. Dans ces diverses circonstances, les larmes, ne trouvant plus d'issue au dehors par suite de l'oblitération cicatricielle d'un conduit de la glande, s'accumulent, soit dans ce canal, soit dans un cul-de-sac glandulaire, et ne tardent pas à donner naissance à une dilatation kystique du conduit ou du cul-de-sac.

Ce mode de développement, contesté par Ad. Schmidt et Beer, qui croient à l'accumulation et à l'enkystement des larmes dans le tissu cellulaire des paupières, a été vérifié tout récemment.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La paroi kystique, toujours très-mince, puisque la tumeur est transparente, a été soumise à l'examen microscopique par Dubrueil (1) et Legros, ce qui a permis d'établir d'une façon incontestable la nature de l'affection. En effet, la face interne d'un lambeau réséqué de cette paroi était tapissée d'un épithélium cylindrique, c'est-à-dire d'un épithélium identique avec celui qui revêt les conduits excréteurs de la glande lacrymale.

Le contenu du kyste, formé par un liquide transparent, incolore, ressemblant à de l'eau, n'a été analysé qu'une seule fois par Reveil. Voici le résultat de cette analyse : Eau, 96,87 pour 100; albumine, 2,86; sels inorganiques, 0,78; matières grasses, des traces. On doit remarquer

(1) *Union médicale*, 1861, p. 153.

que ce liquide, qui se rapproche beaucoup de la composition normale des larmes par l'eau et les sels qu'il contient, en diffère notablement au point de vue de la quantité d'albumine, ce qui résulte certainement de la stagnation des larmes dans la cavité kystique.

SYMPTOMATOLOGIE. — Le dacryops simple se présente sous l'aspect d'une tumeur siégeant vers l'angle externe de la paupière supérieure et dont le volume varie entre celui d'un pois et celui d'une amande. Cette tumeur est indolente, mobile, transparente et fluctuante, lorsqu'elle offre des dimensions assez considérables pour qu'il soit possible de l'explorer; la peau qui la recouvre offre son aspect normal.

Si l'on vient à relever la paupière supérieure, on voit la production morbide faire saillie au fond du cul-de-sac de la conjonctive amincie à ce niveau.

Le volume du kyste augmente notablement lorsque la sécrétion des larmes est exagérée; c'est là un symptôme véritablement caractéristique. Généralement les mouvements de l'œil sont à peine gênés par suite du volume peu considérable de la tumeur.

TRAITEMENT. — La ponction simple n'est qu'une méthode palliative, la tumeur récidivant toujours après son emploi.

De Beer traitait le kyste par un séton qui traversait toute la paupière, de sa face conjonctivale à sa face cutanée; c'est là une méthode défec-tueuse qui expose à la production d'une fistule de la paupière.

Mackensie conseille d'enlever la tumeur par la conjonctive toutes les fois qu'il est possible de renverser suffisamment la paupière supérieure. L'excision de la paroi conjonctivale du kyste, combinée ou non avec la cautérisation du fond de la poche avec le nitrate d'argent, a réussi à de Graefe, à H. Walton et à Dubrueil; enfin Broca fit une ponction et une injection iodée qui furent suivies de succès.

b. Kystes de la portion orbitaire. — L'existence de ces kystes est contestable, et, malgré les observations et les assertions de Schmidt, de Beer et de Weller, il reste encore des doutes sur l'origine exacte de ces productions morbides. D'après Schmidt, qui a examiné avec assez de soin une de ces tumeurs kystiques, l'un des acini ou des petits canaux excréteurs de la glande se rompant, les larmes s'accumuleraient dans le tissu cellulaire interposé entre les lobules, y formeraient une poche qui, augmentant peu à peu de volume, refoulerait les éléments glandulaires à sa circonférence.

Cette pathogénie, très-discutable au point de vue de l'épanchement des larmes dans le tissu cellulaire, a été rejetée par Desmarres et par les auteurs du *Compendium de chirurgie*, qui admettent bien plutôt l'existence d'un kyste se développant dans le tissu cellulaire avoisinant la glande lacrymale. Or, nous avouons n'accepter cette dernière opinion qu'avec réserve, surtout depuis les recherches nombreuses qui ont été faites sur les kystes d'origine glandulaire, et qui ont prouvé la fréquence de leur développement.

Ces kystes, désignés bien à tort sous le nom de *glandula lacrymalis hydatoides* (Schmidt), et dont l'existence est encore à démontrer anatomiquement, ne seraient pas les seuls qui se développeraient dans la glande lacrymale, puisqu'on y a encore signalé de véritables productions hydatiques. Mais l'absence de tout examen histologique diminue la valeur des observations rapportées par les anciens auteurs, et, malgré les faits plus récents de Wharton Jones (1) et de Fehre (2), on peut encore se demander si le kyste hydatique occupait réellement la glande lacrymale ou bien s'il ne s'était pas développé dans ses environs.

B. Tumeurs solides.

Les tumeurs solides dont la glande lacrymale peut-être le siège sont des *adénomes*, des *enchondromes* et des *cancers*.

a. Les tumeurs hypertrophiques ou *adénomes*, admises par les anciens chirurgiens, ont une existence incontestable depuis les examens micrographiques pratiqués par Gluge, Lebert, Warlomont et Buhl. Selon que l'hypertrophie porte sur le tissu glandulaire ou sur le stroma fibreux, on a pu diviser ces productions morbides en *adénomes proprement dits* et en *fibro-adénomes*. Il est vrai que ces dernières tumeurs pourraient être considérées comme de véritables tumeurs fibreuses, l'examen anatomopathologique qui en a été fait laissant presque toujours beaucoup à désirer. Dans la plupart des cas, l'hypertrophie de la glande siégeait dans sa portion orbitaire. Toutefois, dans un fait relaté par Fano (3), il existait un adénome de la portion palpébrale de la glande.

Le malade, âgé de vingt ans, éprouvait depuis quatre ans de la douleur vers la partie externe de la paupière supérieure droite; la lumière provoquait du larmoiement. En faisant porter l'œil droit fortement en bas et en dedans, et en relevant la paupière supérieure aussi haut que possible, pendant qu'on abaisse la paupière inférieure, on constate « qu'il existe au niveau de la partie externe du cul-de-sac supérieur de la conjonctive, précisément à l'endroit où se trouve, à l'état normal, la portion palpébrale de la glande lacrymale, une tumeur du volume d'un petit haricot flageolet. Cette tumeur est d'une consistance moyenne; la portion de conjonctive qui la recouvre n'est pas mobile sur elle; la muqueuse est très-injectée, non-seulement à ce niveau, mais encore dans le voisinage. Dès qu'on cesse de maintenir la paupière fortement relevée, la tumeur disparaît ou tout au moins se cache. » Cette petite tumeur fut extirpée par sa face conjonctivale.

b. L'enchondrome de la glande lacrymale orbitaire serait très-rare, puisqu'on n'en connaît qu'un seul cas dû à Busch, et dans lequel l'examen

(1) *British. Med. Journ.*, 1864, vol. II, p. 675 (*A Case of Echinococcus Cyst in the Orbit*).

(2) Thèse de Leipzig, 1860 (cité par Wecker, *loc. cit.*, 1868, t. I, p. 852, 2^e édit.).

(3) *Traité prat. des mal. des yeux*. Paris 1866, t. I, p. 207.

micrographique, pratiqué par Reinhard et Wagner, permit de constater que la plus grande partie de la tumeur était formée de tissu cartilagineux (1). Quant au fait d'O'Beirne (2), il nous paraît ne pouvoir être rangé, sans contestation, dans cette classe de tumeurs.

c. Les tumeurs cancéreuses sont subdivisées par quelques auteurs en tumeurs fibro-plastiques, squirrheuses et encéphaloïdes. Malheureusement, excepté dans les faits d'Otto Becker (3) et de Richet (4), l'examen anatomopathologique de la tumeur est nul ou incomplet; aussi peut-on concevoir des doutes sur la nature de la production morbide, à moins qu'elle n'ait récidivé et ne se soit généralisée, comme dans une observation de Mackensie (5).

On a encore observé dans la glande lacrymale cette variété de cancer désignée sous le nom de *chlcroma*, à cause de sa couleur verte. Mackensie (6), Allan Burns (7), J. H. Balfour (8), en ont rapporté chacun un exemple. Il est vrai que, dans ces divers cas, des tumeurs semblables existaient dans la dure-mère et dans les os du crâne; que, dans d'autres circonstances même, ces tumeurs, développées dans la dure-mère, l'oreille, etc., n'existaient pas dans les glandes lacrymales (9); mais nous avouons ne pas trouver dans ces faits une raison suffisante pour nier le *chlcroma* de la glande lacrymale.

ÉTILOGIE. — Comme presque toujours, l'étiologie de ces tumeurs est fort obscure, et des productions morbides de la glande, en particulier des adénomes, ont été considérées, à tort ou à raison, comme le résultat éloigné de contusions. Un fait plus intéressant à noter, c'est que, dans un cas, l'hypertrophie glandulaire était congénitale (Gluge et Fl. Cunier) (10). Nous avons déjà vu, en traitant de l'inflammation chronique de la glande lacrymale, que cette affection pouvait se terminer par l'induration de la glande, c'est-à-dire par un état morbide difficile à différencier cliniquement de l'hypertrophie glandulaire; aussi a-t-on invoqué la diathèse scrofuleuse comme cause de certaines tumeurs de la glande.

DIAGNOSTIC DES TUMEURS DE LA GLANDE LACRYMALE. — On doit avant tout séparer nettement les tumeurs de la portion palpébrale de la glande, de celles de sa portion orbitaire. Les premières, kystes et adénomes, ont un

(1) *Chirurgische Beobacht.*, Berlin, 1854, p. 4.

(2) Mackensie, t. I, p. 129, obs. 121.

(3) *Bericht ü. d. Augenklinik der Wiener Universität*, p. 162.

(4) F. Sautereau, thèse de Paris, 1870, n° 10, p. 43. C'était une tumeur embryoplastique (Legros).

(5) *Ophthalm. Review*, 1865, n° 4, p. 333.

(6) *Loc. cit.*, t. I, p. 122.

(7) *Surg. Anat. of the Head and Neck.*, Glasgow, 1824, p. 385.

(8) *Edinb. Med. a. Surg. Journal*, 1835, vol. XLIII, p. 319.

(9) Durand-Fardel, *Journ. hebdom. des progrès des sciences méd.*, 1836, t. III, p. 207.

(10) *Ann. d'oculistique*, 1850, t. XXIII, p. 145.

siège, des symptômes tellement caractéristiques qu'il nous paraît difficile de ne pas les reconnaître, même lorsqu'on les observe pour la première fois; aussi croyons-nous ne pas devoir revenir sur leurs caractères cliniques, précédemment exposés. Les secondes présentent un plus grand intérêt, en ce sens qu'une partie des phénomènes morbides qui les caractérisent se rapprochent et même se confondent avec ceux des tumeurs de l'orbite.

Quelle que soit l'espèce de tumeur qui affecte la portion orbitaire de la glande, celle-ci augmente de volume et subit fatalement des modifications dans sa forme et dans les rapports qu'elle affecte avec les organes voisins; aussi n'est-il pas étonnant que toutes ces productions morbides puissent présenter une série de symptômes communs, divisibles même en deux périodes assez distinctes.

Première période. — Avant l'apparition de la tumeur, le malade accuse un certain embarras dans la région orbitaire externe; parfois il se plaint d'une chaleur, plus gênante que douloureuse, siégeant toujours au même point. A ces symptômes encore mal déterminés peut s'ajouter un épiphora assez tenace, paraissant dû à une sensibilité plus grande de l'œil ou de la conjonctive aux agents extérieurs; plus rarement on a noté une diminution dans la sécrétion des larmes.

Deuxième période. — Dans une seconde phase de la maladie, on reconnaît l'existence d'un gonflement profond, siégeant à la partie supérieure et externe de la base de l'orbite; cette tuméfaction, plus ou moins facile à sentir avec le doigt, peut être arrondie ou bosselée, rénitente ou fluctuante, mobile ou adhérente au plancher de l'orbite et aux téguments. Le plus souvent, l'apparition de la tumeur à l'extérieur est précédée d'exophtalmie, qui, d'abord peu accusée et directe, finit par devenir excessive et oblique en bas et en dedans. L'œil, repoussé par suite du développement de la glande malade, peut venir faire saillie en dehors même de la cavité de l'orbite, et, dans quelques circonstances, on l'a vu pendre jusque sur la joue: d'où l'aspect repoussant des malades.

La saillie de l'œil s'accompagne d'augmentation de la sécrétion lacrymale et de troubles visuels, tels que bluettes, diplopie, etc.; parfois les paupières ne pouvant plus abriter le globe oculaire, la conjonctive s'enflamme, s'œdématie et forme un chémosis entourant la cornée, qui peut être ulcérée ou opaque. Cependant il n'est pas très-rare de constater l'existence d'une exophtalmie assez considérable, avec intégrité presque parfaite des milieux réfringents de l'œil et conservation de la vision. Cette différence dans les conséquences d'un même phénomène paraît tenir à sa marche plus ou moins rapide. La paupière supérieure, tuméfiée, pend au devant du globe oculaire et ne peut être relevée; quelquefois cette paupière est rouge et sillonnée de veines variqueuses. On n'a pas signalé d'engorgement des ganglions lymphatiques voisins.

Si la maladie est abandonnée à elle-même, l'œil finit par s'ulcérer et se vider; la tumeur, remplissant tout l'orbite, en distend ou en détruit les

parois osseuses et envoie des prolongements, soit du côté de la fente sphéno-maxillaire, soit vers la cavité crânienne; d'où la possibilité d'accidents cérébraux mortels.

Cette marche envahissante de la tumeur, marche qui peut être très-rapide, indique la nature maligne de l'affection; les productions bénignes mettent, en effet, un temps considérable avant d'en arriver à cette période ultime.

Le diagnostic doit avoir pour but : 1° de reconnaître si la production morbide est bien une tumeur de la glande lacrymale; 2° de déterminer quelle est la nature de cette tumeur, ses rapports, son étendue, etc.

1° Avant l'apparition de la tumeur à l'extérieur, il est impossible de résoudre ces diverses questions; les douleurs vagues siégeant vers la région de la glande, les douleurs névralgiques irradiant vers la paupière, la tempe et la partie externe du front, ne sont que des indices d'une importance douteuse; il en est de même des troubles, d'ailleurs variables, signalés du côté de la sécrétion des larmes. Ces troubles semblent, en effet, dépendre surtout de l'exophtalmie commençante et résulter de la protection insuffisante des voiles palpébraux.

Le fait capital est donc l'apparition de la tumeur dans le point qui correspond au siège anatomique de la glande lacrymale, c'est-à-dire en haut et en dehors de la base de l'orbite, et de plus l'existence d'une exophtalmie d'abord directe, puis oblique en bas et en dedans. A cet égard, il est bon de rappeler que beaucoup de tumeurs de l'orbite se font jour surtout vers la paroi supérieure et interne de cette cavité (exostoses, kystes, tumeurs anévrysmoïdes).

La forme de la tumeur, sa rénitence, sa disposition lobulée, permettent aussi d'asseoir le diagnostic, quoiqu'on ne puisse jamais avoir sur ce point une certitude absolue.

Le ptosis de la paupière supérieure, dû, selon beaucoup d'auteurs, à la compression directe du releveur par la glande malade, s'observe dans beaucoup d'autres tumeurs de l'orbite; aussi ce symptôme n'est-il que secondaire.

2° La maladie de la glande étant admise, il faut en reconnaître la nature, question souvent fort épineuse à résoudre.

Si la tumeur est fluctuante, si surtout elle a été précédée de phénomènes d'inflammation aiguë, on peut avoir affaire à un abcès. La fluctuation seule indiquerait un kyste : malheureusement l'impossibilité de fixer la tumeur sur un plan résistant ne permet pas toujours de sentir le flot du liquide et, pour s'assurer du contenu de la production morbide, on a dû faire souvent une ponction exploratrice.

L'indolence absolue de la maladie, son développement lent, la persistance d'un état général excellent, plaident en faveur d'une tumeur bénigne; les symptômes opposés doivent faire croire, au contraire, à une tumeur maligne.

Si la production supposée bénigne s'est développée chez un sujet stru-

meux, ayant des conjonctivites fréquentes, des kératites à répétition, on devra penser à une inflammation chronique de la glande. Le malade est-il syphilitique? il faudra se rappeler le fait de Châlons et songer à un engorgement syphilitique de la glande.

Le volume de la production morbide, ses rapports, son influence sur les parties voisines, c'est-à-dire sur les parois orbitaires et sur le globe oculaire, l'état de la vision, doivent être notés avec soin et entrent pour beaucoup dans le diagnostic et surtout dans le pronostic plus ou moins sérieux qu'on est en droit de formuler.

TRAITEMENT. — Lorsqu'il s'agit de tumeurs solides, il faut avoir recours à l'ablation de la tumeur et par conséquent de la glande où elle a pris naissance, car malgré les assertions de Haynes-Walton, il ne faut avoir qu'une très-médiocre confiance dans l'emploi des pommades résolutives.

Les procédés d'extirpation des tumeurs de la glande lacrymale sont relativement assez nombreux.

Le procédé ordinaire consiste à diviser toute l'épaisseur de la paupière, parallèlement à ses plis tégumentaires, et sur le point le plus saillant de la tumeur; celle-ci mise à nu, on la saisit avec une érigne et on l'enlève en commençant par le côté oculaire. D'ordinaire il existe un pédicule vasculaire dont on pratique la ligature en masse ou la torsion. Dans certains cas, la paupière distendue par la production morbide est trop longue lorsque celle-ci est enlevée, aussi doit-on pratiquer une opération complémentaire pour remédier à ce ptosis.

Le procédé d'extirpation décrit par Ch. Textor (1) ne diffère pas de celui que nous venons d'exposer; mais il n'en est pas de même de celui de Velpeau.

Par une incision horizontale, ce chirurgien prolongeait vers la tempe la commissure externe des paupières; il mettait ainsi à nu les deux tiers externes de la circonférence de l'orbite et ouvrait une large voie pour arriver sur la tumeur qu'il isolait facilement par les procédés ordinaires.

Un troisième procédé est dû à C. Halpin (2) et a pour but de faire cacher la cicatrice par le sourcil. La paupière supérieure doit être fortement tirée en bas jusqu'à ce que le sourcil, préalablement rasé, soit abaissé jusqu'au niveau du rebord de l'orbite. Une incision convexe en haut est alors pratiquée sur le sourcil abaissé, toutes les parties sous-jacentes sont successivement intéressées jusqu'à la glande qu'on enlève, comme dans les procédés ci-dessus. Cette extirpation faite, la paupière supérieure est abandonnée à elle-même, la plaie remonte et la cicatrice se trouve cachée.

Après l'extirpation de ces tumeurs, il n'est par rare de voir un œil

(1) *Journ. der Chirurg. u. Augenheilk.*, 1847, VI, 2-3, et *Ann. d'oculistique*, 1847, t. XVIII, p. 218.

(2) *Annales d'oculistique*, 1848, t. XIX, p. 459.

saillant au dehors et privé de ses fonctions reprendre sa position et ses facultés visuelles. Malgré l'ablation de la glande, l'œil continue à être lubrifié par les sécrétions de la conjonctive et des glandes palpébrales; toutefois il ne pleure pas comme à l'état normal, et, chez une femme opérée par J. Cloquet, le besoin de pleurer déterminait des douleurs vives dans l'orbite (1).

ARTICLE III.

DE QUELQUES TROUBLES FONCTIONNELS DE LA GLANDE LACRYMALE.

Les larmes sécrétées en majeure partie par la glande peuvent être modifiées, soit comme quantité, soit comme qualité.

1° L'augmentation de la sécrétion des larmes ou *epiphora* est le trouble fonctionnel le plus fréquent; ce phénomène, caractérisé par l'écoulement des larmes sur les joues, peut tenir à deux causes bien distinctes. Tantôt la sécrétion lacrymale est réellement augmentée et le liquide, ne pouvant passer par les voies d'excrétion ordinaire, s'écoule à l'extérieur; c'est ce qui arrive à la suite d'une émotion morale triste, par exemple. Tantôt la sécrétion n'est pas augmentée ou l'est à peine, mais c'est l'excrétion qui est difficile ou nulle, soit qu'il existe un obstacle mécanique dans les voies lacrymales, soit que les appareils musculaires qui entrent en jeu dans cette excrétion ne puissent plus agir; quand, par exemple, il existe une paralysie de l'orbiculaire, une lésion plus ou moins étendue des paupières, et, en particulier, de la paupière inférieure.

Dans tous les cas, l'épiphora dû à cette seconde catégorie de faits doit être étudié avec les altérations des voies lacrymales; nous n'avons à nous préoccuper ici que de l'augmentation anormale de sécrétion de la glande, phénomène physiologique en quelque sorte à la suite des émotions tristes.

Les lésions des paupières et de la cornée, l'irritation de la pituitaire, produisent encore par action réflexe l'hypersécrétion des larmes; il en est de même d'une excitation lumineuse trop intense et douloureuse. Il est fort rare que l'épiphora résulte d'une inflammation ou d'une hypertrophie de la glande elle-même; on comprendrait même plutôt une diminution des fonctions de sécrétion dans ces deux altérations.

Le traitement de l'épiphora n'offre rien de spécial et est intimement lié à la thérapeutique des diverses affections qui lui donnent naissance.

2° La diminution de la sécrétion des larmes (*xérophthalmie lacrymale*, *xeroma lacrymal*) est fort rare et surtout difficile à constater; c'est que cet état morbide ne se manifeste pas, comme on pourrait le croire, par une modification sensible dans la lubrification de la conjonctive et des paupières; aussi a-t-on pu regarder la glande lacrymale comme tout à fait inutile.

(1) *Comp. de chirurgie*, t. III, p. 183.

Le xeroma lacrymal serait caractérisé par une difficulté ou une perte de la faculté de pleurer, qu'il y ait émotion morale vive ou que la glande soit excitée par action réflexe.

L'atrophie sénile de la glande, son inflammation, l'altération de son tissu peuvent entraver notablement sa sécrétion; dans quelques cas, ce sont une vive douleur, une violente colère, qui, pendant un instant, empêchent l'effusion des larmes.

3° Quant à l'altération dans la qualité du liquide lacrymal, elle nous paraît encore bien peu connue, malgré les quelques recherches relatées par Galezowski, qui a constaté fréquemment une exagération de leur alcalinité. Dans la phthisie, le rhumatisme, les fièvres graves, le même auteur les croit acides, fait qui nous semble très-contestable.

Les larmes sont parfois colorées en jaune dans l'ictère, et leur mélange avec du sang provenant, suivant toute probabilité, de la muqueuse conjonctivale a donné naissance à toutes les histoires de *larmes sanguantes*; elles ont été en effet observées, soit chez des sujets anémiés, scorbutiques, soit chez des femmes non réglées et, par conséquent, prédisposées aux hémorragies supplémentaires.

4° *Calculs de la glande lacrymale*. — Ces productions, qui d'ailleurs sont fort rares, peuvent être rapprochées des modifications subies par la sécrétion lacrymale, en ce sens qu'elles contiennent des sels (phosphate et carbonate calcaires) qui, d'après les recherches récentes, n'existent qu'en très-minime quantité dans les larmes normales. Ajoutons toutefois qu'il règne encore beaucoup d'incertitude sur l'origine exacte de ces calculs, qui appartiennent peut-être plus à la conjonctive qu'aux conduits excréteurs de la glande lacrymale. Meade (1), Walsher (2), Laugier et Richelot (3) sont les seuls auteurs qui aient pu observer cette maladie dont le siège est encore mal déterminé.

VI. — MALADIES DES POINTS ET DES CONDUITS LACRYMAUX.

ARTICLE PREMIER.

LÉSIONS TRAUMATIQUES DES POINTS ET CONDUITS LACRYMAUX.

Les diverses lésions qui atteignent les paupières peuvent aussi intéresser les points et les conduits lacrymaux, en amener la déviation, le rétrécissement, l'oblitération, et devenir la cause de larmoiements rebelles.

Les plaies, et surtout les plaies obliques ou verticales par rapport à l'axe des conduits, entraînent plus facilement leur oblitération, sans

(1) *London Medical Gazette*, 1835, vol. XV, p. 628.

(2) *Journal der Chirurg. u. Augenheilk.*, Bd. I, H. 4, S. 163.

(3) Traduction de Mackensie, 1844, notes p. VI et VII.