

que ce dernier a repris une forme normale, on enlève avec des ciseaux courbes, ou avec le bistouri, le segment ovalaire du pli vertical produit sur la racine du nez, et on réduit les bords de la plaie par quelques points de suture entortillée. La cicatrice reste linéaire, et la perte de substance ainsi opérée empêche l'épicanthus de reparaître.

Tumeurs érectiles, charbon et pustule maligne, cancers des paupières. Nous eussions pu consacrer autant d'articles spéciaux à chacune de ces graves lésions des paupières, mais, comme nous nous serions exposé à des détails peu importants et à des redites inutiles, nous renvoyons aux chapitres *Tumeurs érectiles* et *Blépharoplastie*.

TUMEURS DE L'ORBITE.

Le diagnostic des maladies du fond de l'orbite est entouré de grandes difficultés (voy. sur ce sujet une excellente thèse de concours de notre collègue M. Demarquay). Des tumeurs simples, des kystes, des cancers, des exostoses, des anévrysmes vrais et faux, des anévrysmes par anastomose ont été observés dans cette cavité, et ont souvent donné lieu à de graves erreurs de diagnostic, en faisant supposer l'œil malade, tandis qu'il était resté parfaitement sain. Il est donc indispensable que le chirurgien soit prévenu de ces particularités pour ne pas enlever un organe aussi important que celui de la vision, quand cet organe pourrait être conservé. L'élongation même très-considérable du nerf optique n'en abolit pas la fonction, et les yeux chassés de leur cavités par divers genres de tumeurs et pendants, pour ainsi dire, sur la joue, ont recouvré leur usage dès qu'il a été possible de les remettre dans l'orbite, en faisant disparaître la cause de leur déplacement.

Abcès. Il faut les ouvrir aussitôt qu'ils sont formés, pour prévenir les accidents encéphaliques auxquels ils pourraient donner lieu par les douleurs excessives et par la compression qu'ils occasionnent quelquefois. On a même conseillé de porter le bistouri sur des phlegmons qui ne seraient pas encore abcédés; nous n'oserions imiter une pareille conduite qu'après avoir épuisé tous les moyens ordinaires de faire avorter l'inflammation. Quand la fluctuation est formée, on se sert d'un bistouri, que l'on glisse à plat sous la paupière, en évitant, avec soin, de le diriger du côté de l'œil et du nerf optique.

Kystes séreux etc. Les kystes séreux, hématiques, hydatiques etc. ne demandent pas d'autre traitement. Seulement, après l'ouverture, il faut irriter la surface de la poche en y introduisant quelques brins de charpie. Velpeau parle des injections d'iode et de la déchirure du sac avec une aiguille. Dans le mélicéris on croit généralement à la nécessité d'extirper le sac, ou au moins d'en exciser une partie. La simple cautérisation du kyste est souvent le plus sûr moyen de déterminer la guérison.

Tumeurs anévrysmales. Les anévrysmes intra-orbitaires, développés spontanément, ont été longtemps confondus avec des tumeurs érectiles. Les anévrysmes traumatiques survenant brusquement et sous l'influence d'une cause bien déterminée, un coup, une chute sur la tête ou sur la région orbitaire, ne pouvaient rester méconnus. Tous néanmoins présentent une certaine difficulté dans le diagnostic précis du vaisseau atteint, les anévrysmes de l'artère ophthalmique et de l'artère carotide interne dans sa portion cavernueuse pouvant donner lieu aux mêmes symptômes.

On leur a opposé deux fois les injections coagulantes avec un succès et un revers; la compression digitale de la carotide primitive, qui a réussi deux fois sur trois qu'elle a été employée; la ligature de la carotide primitive, qui, pratiquée treize fois, n'a été suivie de mort qu'une fois et a donné deux insuccès, un succès partiel et neuf succès incontestables.

Les anévrysmes artérioso-veineux de cette région paraissent être encore aujourd'hui au-dessus des ressources de l'art.

Tumeurs veineuses. Dans un cas de tumeurs veineuses du fond de l'orbite, Velpeau employa, avec succès, l'acupuncture et le broiement.

Tumeurs concrètes. Ces tumeurs peuvent exiger l'extirpation du globe oculaire; autrement on les dissèque et on les enlève.

Tumeurs cancéreuses. Il est assez commun de voir la masse morbide traverser les os et pénétrer dans le crâne; aussi convient-il au chirurgien de s'abstenir de toute opération, si l'affection est compliquée de troubles cérébraux, dont le pronostic est extrêmement fâcheux.

Tumeurs mélaniques. Nous avons eu l'occasion d'enlever à sept ou huit reprises différentes, pendant une dizaine d'années, des tumeurs mélaniques développées d'abord dans le tissu cellulaire

sous-conjunctival, puis de plus en plus profondément dans l'orbite, avec envahissement successif des voies lacrymales, du globe oculaire et des ganglions du cou. Le malade guérissait rapidement et jouissait d'une santé parfaite dans l'intervalle des récidives, qui exigeaient chaque fois une opération plus grave, et il finit par succomber.

Procédé d'Acrot. Arriver à la tumeur au travers de la paupière correspondante.

On peut prolonger, avec plus de facilité, la commissure externe des paupières, de bas en haut si la tumeur siège supérieurement, de haut en bas si elle est située sur le plancher de l'orbite. On détache ensuite la paupière, qu'un aide maintient élevée ou abaissée; une érigne est implantée dans la tumeur et confiée à un autre aide, qui tire tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre, et le chirurgien, avec le bistouri, le manche d'un scalpel ou l'ongle, détache la tumeur et en achève l'ablation.

Exostoses. Il est fort difficile, sans extirper l'œil, d'enlever les exostoses profondes qu'un traitement général n'a pu résoudre.

M. Maisonneuve a cependant fait connaître un très-bel exemple d'ablation d'une exostose volumineuse de la paroi interne ou ethmoïdale de l'orbite (os planum), avec conservation parfaite du globe oculaire et de ses fonctions, et c'est un exemple à imiter.

APPAREIL LACRYMAL.

Considérations anatomiques. L'appareil lacrymal se compose de la glande lacrymale, des conduits excréteurs, des points et conduits lacrymaux, du sac lacrymal et du canal nasal.

Glande lacrymale. Cette glande, de la grosseur d'une aveline, est placée au côté antérieur et supérieur de l'orbite et formée de deux lobes continus, logés dans une petite excavation du frontal. Ses conduits excréteurs s'ouvrent librement à la surface supérieure de la conjonctive.

Points et conduits lacrymaux. Les *points lacrymaux* sont les orifices externes des conduits du même nom; celui de la paupière inférieure est très-facile à apercevoir quand on la renverse légèrement. Ils sont entourés d'un petit anneau élastique et dense. C'est par eux que se fait l'absorption des larmes à la surface de l'œil par suite du vide produit à chaque inspiration dans le canal nasal, comme nous l'avons expliqué dans un mémoire sur le mus-

cle de Horner (voy. les *Bulletins de la Société anatomique*). Les *conduits lacrymaux* s'enfoncent d'abord perpendiculairement dans l'épaisseur des paupières; après un trajet de quelques millimètres, ils changent de direction et convergent en dedans, recouverts en avant par l'orbitaire des paupières, en arrière par la conjonctive palpébrale. Ils s'ouvrent à la partie antérieure externe du sac lacrymal par deux orifices, toujours très-rapprochés, quelquefois par un seul, un peu au-dessus du tendon direct de l'orbitaire.

Le *sac lacrymal* est logé dans la gouttière lacrymale, dont il présente la hauteur et la courbure. La membrane fibro-muqueuse qui le constitue, et qui se prolonge dans le canal nasal, où elle est beaucoup plus mince, est divisée par le tendon direct de l'orbitaire en deux parties, dont la supérieure, renforcée par le tendon réfléchi, est résistante, tandis que l'inférieure, moins épaisse, est plus dilatable. C'est généralement cette dernière portion du sac qui se relâche, se laisse distendre et s'ulcère.

Le *canal nasal*, entièrement osseux, fait suite à la gouttière lacrymale. La direction en est sensiblement oblique en dehors. La membrane qui le tapisse, et qui généralement se prolonge un peu au-dessous du canal osseux, finit par un orifice tourné obliquement en dedans, et souvent garni d'un repli valvulaire, mince et fortement tendu. La longueur du canal varie de 0^m,010 à 0^m,016; on la détermine approximativement en mesurant en droite ligne l'intervalle qui sépare l'orifice supérieur du canal de la dépression supérieure de l'aile du nez.

Extirpation de la glande lacrymale. Cette opération s'applique aux tumeurs dégénérées et aux cas où l'on veut faire disparaître un épiphora incurable par tout autre moyen.

Procédés opératoires. On peut aller à la recherche de la glande lacrymale au travers de la paupière supérieure, ou, ce qui est préférable, en fendant l'angle externe des paupières dont la supérieure est renversée en haut et en dedans. On incise la muqueuse, l'aponévrose subjacente, le long du rebord frontal orbitaire externe, et l'on aperçoit la glande, que sa consistance, son volume et sa coloration blanchâtre font aisément reconnaître. On l'attire au dehors avec de légères érignes, et on l'enlève soit avec le bistouri, soit avec de petits ciseaux courbés sur le plat. Cette opération est sans danger et a été répétée un assez grand nombre de fois. Nous l'avons pratiquée sur un malade atteint d'un ulcère cancéreux de l'œil, que l'écoulement incessant de larmes âcres et corrosives faisait cruellement souffrir.