

Dans la figure 143, on remarque tous les détails de structure qui démontrent cette pathogénie. On y voit, autour de la paroi, le tissu cellulaire à l'état d'irritation, ainsi qu'en témoignent les nombreuses cellules embryonnaires accumulées sous l'épithélium. On y distingue, en outre, une membrane propre, immédiatement sous-épithéliale et supportant directement la double rangée de cellules coniques, plus ou moins gorgées de sue, qui représentent l'épithélium glandulaire aux dépens duquel se formait le liquide contenu dans la poche kystique.

B. — *Dacryops fistuleux.*

Obs. XVIII (SCHMIDT, résumée dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*). — Schmidt vit une jeune fille qui avait été traitée quelques années auparavant pour un kyste de la paupière supérieure. Une incision avait d'abord été faite ; mais la tumeur ayant récidivé, on passa un séton de dehors en dedans, à travers la paupière. On entretint le séton pendant des mois, puis on déclara la malade guérie. La tumeur reparut de nouveau, elle était pourvue alors d'une ouverture fistuleuse. La jeune fille ne voulut pas se soumettre à l'opération proposée par Schmidt pour la cure radicale de son affection. Plusieurs années après, elle avait encore sa tumeur lacrymale fistuleuse dans le même état. Le soin que prenait la malade de la vider trois ou quatre fois par jour empêchait sans doute son augmentation de volume.

Obs. XIX (BOWMAN, *Ophthalmic Hospital Reports*, 1838). — Caroline B..., 27 ans, gantière, fut conduite à M. Bowman, au Moorfields Hospital, le 28 mai 1836, pour un écoulement fort gênant d'une plaie de la paupière supérieure de son œil gauche. A l'âge de 19 ans, elle avait été amenée à l'hôpital par sa mère, pour un gonflement de la paupière, qui suppura et fut incisée. On en retira un corps dur ayant la forme et la grosseur d'un noyau de prune. La plaie ne guérit pas complètement et, dès lors, il se fit toujours un écoulement de larmes par une petite ouverture de la paupière. Cette écoulement cessa pendant quelque temps, 8 jours avant que la malade eût recours à M. Bowman. Cette suspension fut suivie d'un abcès de la paupière supérieure, et deux fois il y eut un tel gonflement des paupières que l'œil fut complètement caché. Quand l'abcès creva, tout le gonflement des paupières disparut, mais la fistule réapparut et les larmes continuèrent de s'écouler comme antérieurement.

Obs. XX (JANJAVAY, *Gazette des hôpitaux*, n° 124, 1856). — Louis M..., 43 ans, raconte que le 6 décembre 1844 il a reçu un coup de couteau-poignard sur la partie externe de la région palpébrale droite et la joue correspondante ; qu'à la suite de cette blessure, les lèvres de la solution de continuité avaient suppuré pendant plusieurs mois, que la cicatrisation n'avait été achevée qu'au sixième, et qu'à partir de cette époque, une tumeur s'était formée sur la partie externe de la paupière supérieure, tumeur d'où il avait pu faire jaillir plus tard, par compression, un liquide transparent et incolore.

M... porte, en effet, une cicatrice étendue de la commissure externe des paupières du côté droit, commissure anormale, résultat de l'adhésion des lèvres de la solution de continuité, jusqu'au-dessous de l'os malaire, à la hauteur de l'aile du nez. En haut,

elle se prolonge jusque sur la queue du sourcil, au niveau de laquelle on sent une légère dépression sur le rebord osseux du frontal. Cette cicatrice est linéaire et a entraîné, sur le bord inférieur de l'orbite, le nouvel angle externe. Le bord libre de la paupière inférieure est un peu moins long que celui de la paupière correspondante du côté opposé. Le bord de la paupière supérieure décrit une courbe très prononcée de bas en haut et de dehors en dedans ; il est aussi plus court que celui de la paupière gauche. On dirait, en conséquence, que les deux paupières ont subi une perte de substance. Au-dessus et en dehors de la commissure cicatricielle est une tumeur oblongue, de la forme et de la grosseur d'une petite amande. Elle est molle, sans changement de couleur à la peau, présentant dans sa partie supérieure une dépression infundibuliforme, au fond de laquelle est un petit pertuis étroit qu'on ne peut apercevoir qu'après avoir déplissé avec soin la peau si mince de la région. Le repli cutané, qui existe naturellement sur la paupière supérieure, le recouvre et le voile entièrement quand l'œil est ouvert. La conjonctive est légèrement injectée. Interrogé sur les variations de volume que peut présenter la tumeur, M... répond que lorsqu'il marche contre le vent ou qu'une irritation quelconque provoque la sécrétion des larmes, elle augmente de volume. Pour la vider, il exerce une pression au-dessus du globe de l'œil, de dedans en dehors, de manière à comprimer cette tumeur entre le bout du doigt indicateur et le pourtour de l'orbite. Cette manœuvre étant faite, un liquide transparent comme de l'eau de roche jaillit en un filet très ténu. Pendant qu'un stylet, péniblement introduit dans le trajet fistuleux y séjourne, la tumeur se gonfle de nouveau et un léger suintement se fait par l'ouverture pathologique. D'ailleurs, la vision est nette, la surface du globe de l'œil est souvent le siège de picotements, de gêne dans les mouvements. Au matin, après le sommeil de la nuit, le volume est augmenté. Les points lacrymaux ont les mêmes dimensions que ceux du côté gauche, les deux fosses nasales sont également humides.

Obs. XXI (DE GRAEFE, *Arch. f. Ophth.*, Bd III, 2, 1890 ; résumée par FRANCKE). — Francke résume ainsi une observation de dacryops fistuleux donnée par de Graefe :

Cet auteur a vu, chez une femme, un dacryops gros comme la moitié d'une noisette et déclara que c'était le premier cas, non douteux, qui se présentait à lui. La tumeur était à peu près ronde, mais avec une saillie sur un point. A la loupe, on voyait à cette proéminence une petite ouverture de laquelle, par la pression, le liquide lacrymal s'échappait en un petit filet. Une sonde fine put pénétrer par l'ouverture. Lorsque la malade pleurait ou après des applications irritantes de teinture d'opium par exemple, ou par un grand vent, la vésicule enflait nettement, et la pression provoquait une sensation désagréable dans l'œil. Pour écarter la possibilité de la rétention du liquide lacrymal, de Graefe élargit la petite ouverture avec une sonde, pénétra avec une aiguille armée d'un fil à travers l'ouverture dans le kyste et en sortit à environ 2 millimètres, bouclant légèrement le fil et le fixant à la tempe. Le fil devait traverser la paroi kystique antérieure et laisser une « ouverture en forme de fente » par laquelle les larmes pourraient couler. Quand le fil fut resté 3 ou 4 jours, le pont cutané fut séparé au moyen de ciseaux fins et les bords de la plaie furent disjoints plusieurs fois les jours suivants jusqu'à complète cicatrisation. Il en résulta une guérison parfaite.

Obs. XXII (DE GREFE, *Dictionnaire encyclopédique*, article « glande lacrymale » p. 31, t. I, 2^e partie. — De Grefe signale l'histoire d'un malade chez lequel un phlegmon, suite de l'extirpation d'un kyste, avait nécessité des incisions profondes de la paupière supérieure. Ces incisions laissèrent, près de l'angle externe, une petite plaie par laquelle s'écoulait souvent un liquide transparent. Quelque temps après que le malade eut été présenté à de Grefe, la fistule se ferma spontanément. A partir de cette époque, le malade fut tourmenté par des poussées inflammatoires qui se répétaient périodiquement, de quinzaine en quinzaine; chaque fois, l'inflammation passait à la suppuration, et l'abcès, en s'ouvrant, donnait en même temps issue au pus et aux larmes. Ces attaques étaient si douloureuses, qu'elles forçaient le malade à garder la chambre de 4 à 6 jours.

Obs. XXIII (ARTL, *Dictionnaire encyclopédique*, article « glande lacrymale », p. 31, t. I, 2^e partie). — Artl a observé un malade qui avait une fistule consécutive à l'ulcération d'un lupus de la paupière supérieure. C'est ce malade qui servit à Lerch pour faire l'analyse du liquide lacrymal.

A ces observations, il convient d'ajouter les cas indiqués par Midlemore qui, d'après les assertions de Rognetta¹, a décrit de petits kystes séreux formés dans le tissu de la paupière supérieure par l'obstruction d'un ou de plusieurs vaisseaux (*sic*) de la glande lacrymale; c'est-à-dire par rétention d'une partie des larmes dans l'un de ces conduits ou par son extravasation dans le tissu cellulaire adjacent. Il a dit les avoir guéris en les ouvrant avec la lancette du côté de la conjonctive, ce qui paraît bien démontrer que Midlemore aurait donné des faits personnels.

Volontairement, nous omettons ici une observation publiée par Lawson, qui nous paraît un exemple de kyste dermoïde, n'ayant que des rapports de contact avec l'appareil lacrymal.

DEUXIÈME GROUPE. — KYSTES DE LA GLANDE ORBITAIRE

Les observations qui se rattachent à ce groupe sont toutes plus ou moins contestables; rien ne démontre que la tumeur kystique se soit réellement développée dans la glande lacrymale et non dans le voisinage. Nous croyons devoir les rapporter cependant, car elles ont, presque

¹ ROGNETTA, *Traité philosophique et chimique d'ophtalmologie*, p. 710. Paris, 1844.

toutes depuis longtemps, pris place dans l'histoire de l'affection que nous étudions et représentent tous les matériaux utilisables à ce sujet.

Obs. XXIV (SPRY, rapportée par MACKENZIE, *Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 433). — La femme d'un marinier se plaignait de ressentir une violente douleur dans l'œil gauche; elle éprouvait aussi, par moments, une douleur intense à la tempe du même côté et de l'altération dans la vision. Elle s'imagina que son œil était augmenté de volume, ce qui fut reconnu faux à l'examen. La cornée perdit sa transparence, et la pupille resta dilatée. Le calibre des vaisseaux de la conjonctive et de la cornée n'était pas augmenté. La saignée, les purgatifs, les vésicatoires ne firent rien. Au contraire, la cornée devint plus opaque; il se développa une inflammation intense de la sclérotique, et tout l'œil parut plus saillant. L'inflammation de la conjonctive augmenta et s'accompagna d'un renversement en dehors, très douloureux, de la paupière supérieure. M. Spry scarifia fréquemment la conjonctive, fit la saignée de la temporale, mais sans résultats, et au bout de 10 mois, les symptômes augmentèrent à tel point qu'il proposa l'extirpation de l'œil, croyant avoir affaire à un carcinome.

M. Spry avait à peine commencé son incision autour de la partie supérieure de la tumeur, et le bistouri n'avait point pénétré profondément, qu'un jet de liquide, semblable à de la lymphe, s'élança sur lui avec force. La tumeur s'affaissa beaucoup; mais en continuant l'opération, il découvrit un vaste kyste qui remplissait tout l'orbite, derrière l'œil. Il laissa une partie du kyste, enleva complètement l'œil et remplit la plaie de charpie. La cure marcha bien et fut complète au bout d'un mois.

En examinant la tumeur, on trouva l'œil un peu plus gros qu'à l'ordinaire; l'humeur aqueuse avait perdu de sa limpidité, le cristallin était ferme et transparent, l'humeur vitrée presque complètement liquide, le kyste très fort et élastique et d'une capacité à contenir un gros œuf de poule.

Obs. XXV. — *Examen anatomique d'une tumeur enkystée de la glande lacrymale* (SCHMIDT, *Ueber die Krankheiten des Thränenorgans*. Wien, 1803). — La tumeur était fluctuante, occupait l'angle temporal de l'orbite et faisait saillie en haut. Cette tumeur était intimement unie à la glande lacrymale, plus petite que de coutume. Les acini éloignés de la tumeur étaient volumineux, alors que ceux situés sur la tumeur étaient plus petits et plus séparés les uns des autres. La tumeur avait, d'avant en arrière, un pouce de diamètre et un peu moins en largeur et en épaisseur. Appliquée fortement sur la moitié externe du globe oculaire, elle le maintenait hors de l'orbite et vers le nez. Elle avait deux enveloppes: l'externe, celluleuse et épaisse; l'intérieure, mince, renfermant un liquide fluide et limpide.

Obs. XXVI (SCHMIDT, *Ueber die Krankheiten des Thränenorgans*. Wien, 1803). — Une jeune campagnarde, venant de sevrer son enfant et s'étant exposée au froid, avait ressenti une hémicranie et de la douleur dans l'œil. Quelques jours après, l'œil s'enflamma fortement, enfla et fit saillie hors de l'orbite. Il avait le volume du poing, la cornée était détruite par la suppuration, et l'iris se trouvait recouvert par une production récente et d'aspect verruqueux. Avec l'hémicranie et la sensation d'une pression douloureuse dans l'orbite, Schmidt trouva des troubles variés, mais pas de mouvements spasmodiques de l'œil.

Un petit trocart, glissé au-dessous de la paupière supérieure, la pointe de l'instrument dirigée vers la fosse lacrymale, où l'on sentait la dureté et la résistance, fit sortir plus d'une once d'un liquide très clair. Pendant quelques jours, ce liquide continua à couler. Quelques heures après la ponction, l'hémicranie s'amenda brusquement et l'exophtalmie diminua de jour en jour. Au quatorzième jour, on aperçut dans la plaie une ligne blanchâtre, ressemblant à du pus, qu'avec des pinces on attira au dehors : c'était le kyste ou l'hydatide, suivant Schmidt.

Obs. XXVII (FORSTER, *Arch. of ophth.*, New York, 1891, t. XX, pp. 53-56). — En février 1890, une dame, 45 ans, vint trouver Forster pour une tumeur qui comprimait l'œil droit et lui causait de vives douleurs. Six ans auparavant, un chirurgien, par une incision à la paupière supérieure, avait enlevé une certaine quantité de sérosité aqueuse d'une tumeur semblable.

A l'examen, la partie supérieure de l'orbite droit était occupée par une tumeur molle, fluctuante, lobulée, de 5 centimètres de long et 3 et demi de large. L'œil était dirigé de haut en bas et repoussé en avant et en bas sur la joue; si bien que l'occlusion des paupières n'était pas possible. La cornée était trouble, la pupille contractée. L'examen ophtalmoscopique fut impossible. Après éversion de la paupière, on ne pouvait constater la teinte bleuâtre donnée comme caractéristique du dacryops. La malade accusait de l'épiphora.

Il fallut s'abstenir d'extirper le kyste dans sa totalité, parce qu'une grande partie de sa paroi était solidement adhérente au périoste de la face orbitaire du frontal. Il s'étendait en arrière à 3 centimètres et demi du rebord orbitaire supérieur et contenait environ 30 grammes de sérosité claire, jaune paille. Pour donner une idée de l'étendue de la cavité, Forster introduisit dans l'orbite les deux phalanges terminales de son index, et tandis que la face palmaire passait sur l'os, il était impossible à la face dorsale de toucher le bulbe de l'œil situé en dessous.

Il y avait encore deux kystes plus petits, l'un sous l'apophyse orbitaire du frontal, derrière et au-dessus de la glande lacrymale, et l'autre presque complètement dans la paupière même. La glande lacrymale était au milieu de ces trois kystes et partagée irrégulièrement en plusieurs parties. Forster enleva la masse formée par les trois kystes et la glande lacrymale; la guérison fut rapide, sauf à l'angle externe, qui resta ouvert pendant six semaines. Une nouvelle collection de sérosité s'étant reformée, il ponctionna avec un couteau de de Græfe, et, depuis, la malade est complètement guérie.

Obs. XXVIII (COSSE, *Société française d'ophtalmologie*, 1903). — Cosse rapporte l'histoire d'une malade hémophile qui, après plusieurs traumatismes de la région lacrymale, présenta une exophtalmie à évolution lente et une névrite optique par compression. La tumeur fait deux saillies: l'une contre le rebord orbitaire supéro-externe, l'autre dans la région temporale; ces deux saillies, fluctuantes et réductibles, sont les deux poches d'un même kyste, ainsi que le démontre l'ablation par la méthode de Kronlein.

L'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un kyste séreux néogène, développé dans la région de la glande lacrymale, indépendant de la glande elle-même; il est probable que le kyste s'est formé à la place d'un épanchement anguin traumatique.

La malade qui concerne cette observation est représentée sur la figure 1 de la planche VII.

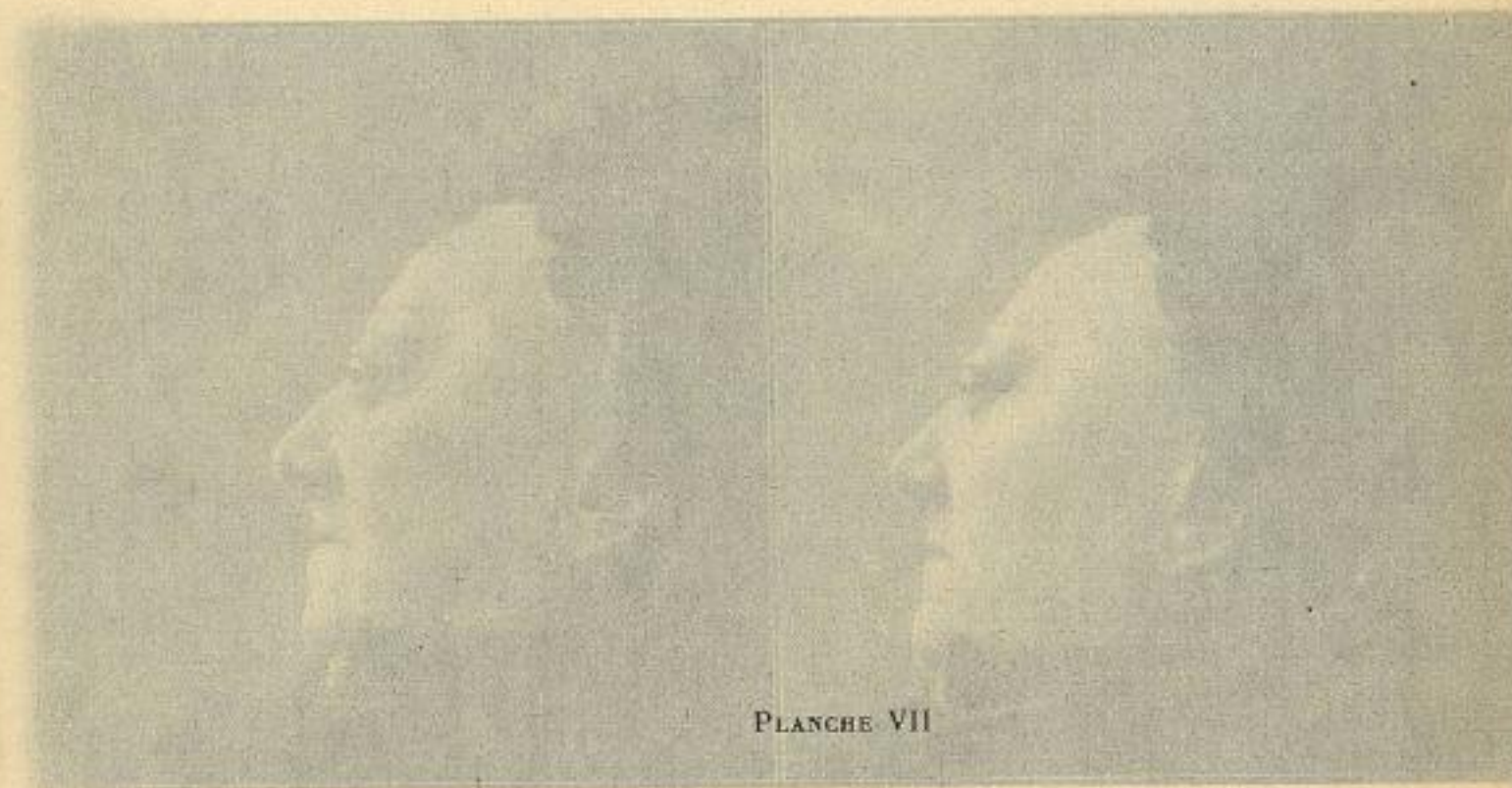


FIG. 1. — Kyste néogène de la région de la glande lacrymale (obs. de Cosse, de Tours, voir p. 599).

FIG. 2. — Angiome veineux de la paupière supérieure (hôpital Saint-André).



FIG. 3.

On introduisit, sous la paupière supérieure, la pointe de l'instrument, et, au lieu de la tumeur, on sentait la dureté et la résistance, fit sortir un liquide très clair. Pendant quelques jours, ce liquide continua à couler. Quelques heures après la ponction, l'hémicranie s'amenda brusquement et diminua de jour en jour. Au quatorzième jour, on aperçut dans le pli de la paupière, ressemblant à du pus, qu'avec des pinces on attira au dehors : c'était de la sérosité, suivant Schmidt.

Cas. XXXII (Forster, *Arch. of opt.*, New York, 1891, t. XX, pp. 53-55). — En 1858, une dame, 45 ans, vint trouver Forster pour une tumeur qui comprimait l'œil et lui causait de vives douleurs. Six ans auparavant, un chirurgien, par une ponction à la paupière supérieure, avait enlevé une certaine quantité de sérosité d'une tumeur semblable.

Actuellement, la partie supérieure de l'orbite droite était occupée par une tumeur dure, lobulée, de 5 centimètres de long et 3 et demi de large. L'œil était dirigé en haut et en bas et repoussé en avant et en bas sur la joue; si bien que l'occlusion des paupières n'était pas possible. La cornée était trouble, la pupille contractée. L'examen ophtalmoscopique fut impossible. Après éversion de la paupière, on ne put constater la tumeur. Depuis ce moment, l'écoulement caractéristique du dacryops. La malade

PLANCHE VII
 Kyste néogène de la région de la glande lacrymale (cas de Forster).
 La tumeur fait deux saillies : l'une contre le rebord orbitaire supéro-externe, l'autre dans la région temporale; ces deux saillies, fluctuantes et réductibles, sont les deux poches d'un même kyste, ainsi que le démontre l'ablation par la méthode de Krenlein.

Il y avait encore deux kystes plus petits, l'un sous l'apophyse orbitaire du frontal, derrière et au-dessus de la glande lacrymale, et l'autre presque complètement dans la paupière même. La glande lacrymale était au milieu de ces trois kystes et partagée irrégulièrement en plusieurs parties. Forster enleva la masse formée par les trois kystes et la glande lacrymale; la guérison fut rapide, sauf à l'angle externe, qui resta ouvert pendant six semaines. Une nouvelle collection de sérosité s'étant reformée, il ponctionna avec un couteau de de Graefe, et, depuis, la malade est complètement guérie.

Cas. XXVIII (Cossu, *Société française d'ophtalmologie*, 1903). — Cossu rapporte l'histoire d'une malade hémophile qui, après plusieurs traumatismes de la région lacrymale, présenta une exophtalmie à évolution lente et une névrite optique par compression. La tumeur fait deux saillies : l'une contre le rebord orbitaire supéro-externe, l'autre dans la région temporale; ces deux saillies, fluctuantes et réductibles, sont les deux poches d'un même kyste, ainsi que le démontre l'ablation par la méthode de Krenlein.

L'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un kyste séreux néogène, développé dans la région de la glande lacrymale, indépendant de la glande elle-même; il est probable que le kyste s'est formé à la place d'un épanchement anguilla traumatique.

La malade qui concerne cette observation est représentée sur la figure 1 de la planche VII.



FIG. 1.

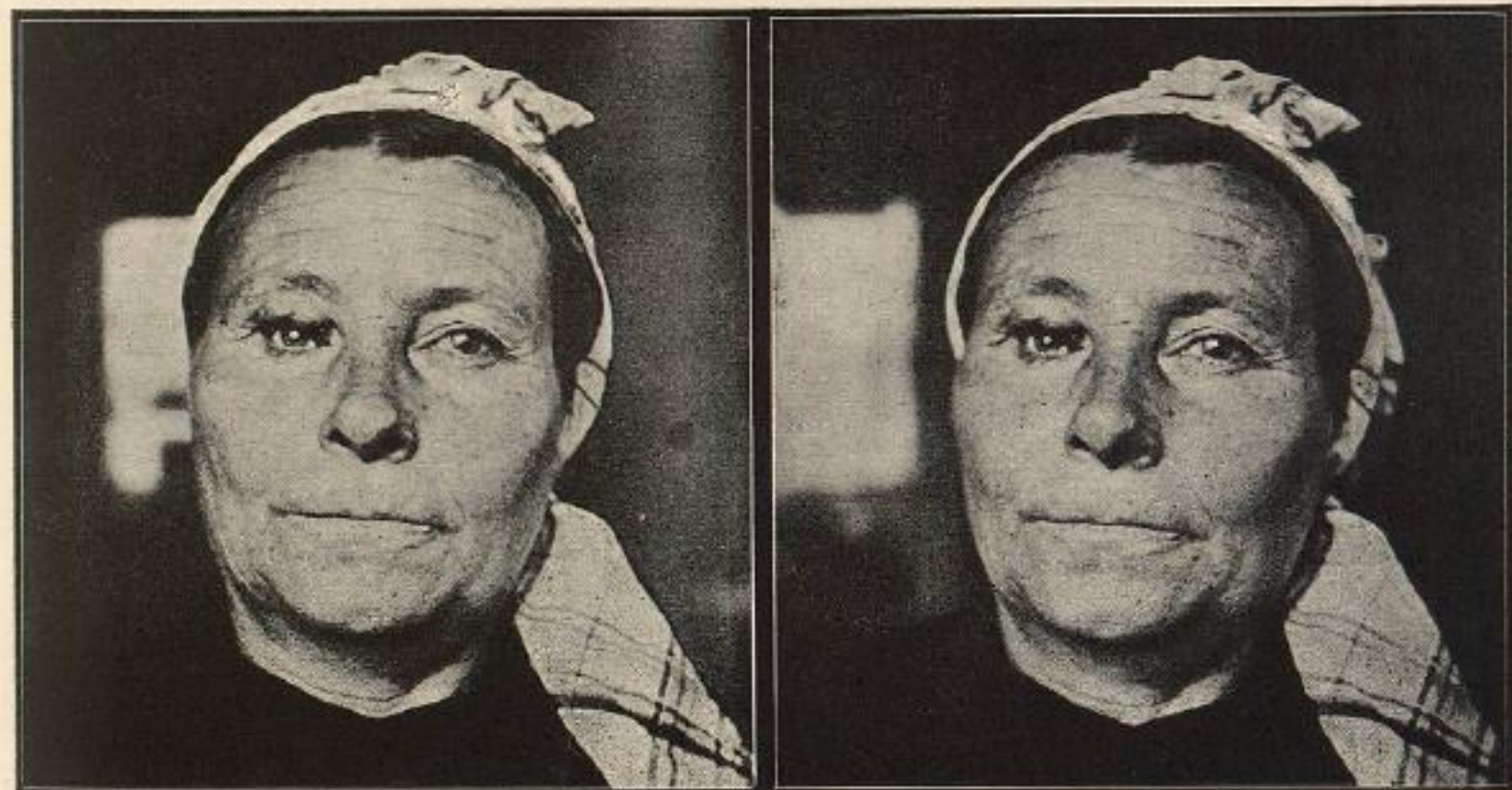


FIG. 2.

A propos des kystes de la glande lacrymale, on peut citer, comme un fait vraiment très exceptionnel, le cas observé par le professeur Christopher Johnston, de Baltimore, et reproduit par Théobald¹. Il s'agissait d'une simple hypertrophie de la glande lacrymale ayant déplacé l'œil, ainsi que l'indique la figure 144; cet œil avait d'ailleurs conservé son acuité et put reprendre sa position normale après l'extirpation de la glande; celle-ci, grosse comme un œuf de poule, contenait de nombreux dacryolithes composés de couches concentriques de carbonate de chaux.

Ici trouverait place une observation de Bérard que beaucoup d'au-



FIG. 144. — Hypertrophie de la glande lacrymale (THÉOBALD).

teurs, notamment Sautereau, considèrent comme un cas de dacryops, mais qui paraît être un bel exemple de la périostite albumineuse d'Ollier. En effet, ce kyste adhérait fortement à la voûte orbitaire, et à

¹ THÉOBALD, *System of diseases of the eye; diseases of the lacrymal apparatus*, t. III, p. 138.

l'incision, il en sortit une substance albumineuse, semi-liquide, très visqueuse.

Nous éliminerons également de ce groupe la tumeur décrite par Fromaget¹, sous le nom de kyste hydatique de la glande orbitaire, parce que rien ne prouve l'exactitude de cette origine. Nous avons d'ailleurs déjà parlé de cette observation dans le chapitre des kystes hydatiques de l'orbite.

Avec ces matériaux, nous allons décrire, à la fois brièvement et complètement, l'histoire des kystes des glandes lacrymales.

Symptomatologie. — Les kystes des glandes lacrymales accessoires (dacryops) se manifestent, à l'inspection, par une petite tumeur faisant saillie au niveau de l'angle externe de la paupière supérieure et du cul-de-sac conjonctival externe (fig. 2, pl. VI). La forme de la tumeur varie; elle peut être sphérique ou oblongue et combler plus ou moins la portion externe de la cavité orbitaire. Au contraire, le dacryops de Francke était aplati et peu proéminent. Ordinairement lisse, le kyste est parfois lobulé. Dans le cas qui s'est offert à l'observation de de Wecker, on remarquait une disposition trilobée. Pour se rendre bien compte de la forme de la tumeur, il est nécessaire de relever le bord libre de la paupière supérieure ou de pratiquer une traction légère sur la commissure palpébrale externe. Le volume de la tumeur présente des différences assez notables. A ce point de vue, elle est comparable à un pois, à une noisette, à une amande; elle peut même atteindre la grosseur d'un œuf de pigeon.

Du côté de la face interne de la paupière supérieure, le kyste n'est revêtu que par la conjonctive qui, plus ou moins amincie, glisse facilement à la surface de la tumeur. A travers cette membrane, qui présente un aspect bleuâtre, on peut apercevoir la vésicule kystique légèrement transparente. Cette coloration blanc bleuâtre, suivant Forster, caractériserait le dacryops.

La pression permet de constater, à l'intérieur de la paupière, une fluctuation évidente, démontrant bien qu'on se trouve en présence d'un contenu fluide. Si l'on insiste sur ce mode d'investigation, des gouttelettes

¹ FROMAGET, Tumeur des glandes lacrymales. *Archives d'ophtalmologie*, 1901, p. 731.

de liquide, qui ne sont autres que des larmes, peuvent s'accuser à la surface conjonctivale de la tumeur. En effet, on remarque quelquefois, sur la partie de la conjonctive qui est en connexion avec le kyste, un ou plusieurs petits pertuis par lesquels se fait alors l'issue des larmes. Ces petits pertuis, que Broca décrit très bien chez son malade et à travers lesquels on pouvait voir sourdre le liquide lorsqu'on exposait le sujet à l'action des rayons solaires, ne sont autres que les orifices dilatés des conduits excréteurs de la glande palpébrale. Si le calibre de ces orifices est suffisant, il est même possible, avec une certaine pression, d'évacuer à peu près complètement le contenu du kyste.

Dans notre cas, la conjonctive revêtant le kyste était absolument lisse et sans pertuis, d'où impossibilité, pour le liquide lacrymal, de s'échapper.

Au niveau du kyste, la peau est libre, normale, et ne présente pas d'adhérences. Elle n'est le siège d'aucune altération et offre sa coloration habituelle.

En palpant la tumeur, il n'est pas toujours possible de percevoir sa limite postérieure qui s'enfonce profondément dans l'orbite. Il en était ainsi dans notre observation.

Au début, l'affection n'entraîne que des troubles fort légers, à peine appréciables; mais si la tumeur s'accroît, elle donnera bientôt lieu à une gêne très manifeste, et le malade éprouvera la sensation d'un corps étranger glissant sur la paupière. Cette simple gêne, dans certains cas, pourra devenir très pénible. Notre malade ressentait de grandes douleurs de tête et de violents accès d'hémicranie. Schmidt et Mackenzie ont insisté sur ce symptôme assez fréquent.

La tumeur peut subir des variations de volume qui sont en rapport avec l'état de la sécrétion lacrymale. Ces variations semblent caractériser très nettement le siège de l'affection. Dubreuil signale ce fait, qu'au moment où sa malade pleurait, le gonflement augmentait au niveau de la région palpébrale externe. Jarjavay déclare que lorsque son sujet marchait contre le vent, ou qu'une irritation quelconque provoquait la sécrétion des larmes, la tumeur subissait un notable accroissement de volume.

La sécrétion lacrymale reste le plus souvent normale, cependant Forster aurait observé de l'épiphora, et d'autres auteurs de la sécheresse conjonctivale.

Tels sont les symptômes du dacryops simple. Nous reproduisons dans la figure 2 de la planche VI un très beau type de cette affection, observé dans le service du professeur Badal à la clinique de la Faculté. L'examen au stéréoscope fait dans ce cas très bien saisir les particularités physiques de ce genre de tumeur.

Le dacryops fistuleux peut exister avec ou sans tumeur kystique; quelquefois cette tumeur est intermittente, le kyste se remplit et se vide alternativement. L'orifice est parfois celui de l'un des canaux excréteurs agrandi, plus souvent celui d'un trajet fistuleux consécutif à une plaie accidentelle ou chirurgicale, à l'incision d'un abcès ou d'un phlegmon. Les parois peuvent être dures et calleuses. Les troubles fonctionnels qui résultent de cette affection sont d'ailleurs si peu considérables que les malades (Schmidt et Jarjavay) refusent de se faire opérer.

Les kystes de la glande orbitaire, ou pour mieux dire les tumeurs qui ont été décrites sous ce nom, se comportent symptomatologiquement comme de véritables tumeurs de l'orbite, ayant pour siège spécial la loge qui contient la glande lacrymale; le globe de l'œil est chassé hors de l'orbite et vers le nez (Schmidt); il est parfois détruit par compression. Le kyste est quelquefois multiple; Forster trouva trois poches congglomérées et formant un tout avec la glande lacrymale orbitaire.

Les paupières, notamment la paupière supérieure, sont très gonflées; la palpation et l'exploration de la base de l'orbite donnent la sensation d'une tumeur fluctuante, dont il est facile de connaître le contenu avec un coup de trocart.

Les signes subjectifs sont beaucoup plus marqués que dans le dacryops; les douleurs sont très vives, la vision abolie par la compression, et si l'on n'intervient assez tôt, la cornée s'infiltré, l'œil suppure et se vide.

Diagnostic. — Nous examinerons successivement les kystes des glandes accessoires et ceux de la glande orbitaire.

A. — Les kystes des glandes accessoires sont faciles à reconnaître à leur siège; leur situation superficielle, à la saillie qu'ils font, en avant sous la conjonctive et en dehors sous la peau, à la fluctuation qu'il est facile d'y déceler. Quand le kyste n'apparaît pas suffisamment, il est aisé de le mettre en évidence en relevant la paupière supérieure et en attirant fortement en haut et en dehors la commissure externe.

Souvent le diagnostic est éclairé par la présence, au sommet du kyste, d'un petit pertuis, canal excréteur dilaté, laissant échapper le contenu du kyste lacrymal. Toutefois, cet orifice manque souvent, et nous l'avons recherché en vain dans notre cas personnel.

On pourrait confondre cette première variété de kystes avec les kystes séreux de la conjonctive, les kystes dermoïdes et les kystes hydatiques.

Les kystes séreux existent surtout dans le cul-de-sac inférieur de la conjonctive; ils sont souvent multiples et pourvus d'une large base allongée dans le sens du cul-de-sac; en présence d'un kyste unique, siégeant au niveau de la commissure externe, exactement au point d'élection du dacryops, il n'y a que trois caractères qui puissent rendre le diagnostic certain: 1° la présence du pertuis dont nous avons parlé; 2° l'analyse du liquide; 3° l'examen histologique de la poche.

L'examen histologique n'a été fait que trois fois, celui du liquide a été pratiqué encore moins souvent; nous verrons dans l'anatomie pathologique quelles sont les particularités à retenir.

Le liquide des kystes séreux présente surtout les caractères de la mucine; celui du dacryops offre, quelque peu altérée, la constitution chimique des larmes (voir observations de Broca et de Badal et Aubaret).

L'examen histologique de la poche est aussi probant que celui du liquide; la paroi des kystes séreux est un mince endothélium; celle des kystes glandulaires est un épithélium disposé en couches épaisses.

Les kystes dermoïdes, fréquents surtout au niveau de la queue du sourcil, peuvent siéger dans la région où se rencontre le dacryops; il n'en ont pas la consistance liquide, ni la forme, ni la demi-transparence. L'examen du contenu (poils et sébum) est immédiatement caractéristique, à défaut de l'examen histologique qui démontre l'origine cutanée de la paroi.

B. — Les kystes de la glande orbitaire sont d'un diagnostic assez difficile, qui nécessitera souvent la ponction exploratrice; ils occasionnent parfois de tels désordres qu'on peut les confondre avec les tumeurs malignes de la glande lacrymale. Ces dernières sont cependant reconnaissables à leur marche rapide, à leur adhérence à la peau, aux douleurs très vives qu'elles provoquent, à leur extension dans l'orbite, à l'infection ganglionnaire.

Les kystes hydatiques seraient, d'après Berlin, remarquables par les névralgies ciliaires énormes qu'ils provoquent; mais ce n'est pas là un signe bien probant, le simple dacryops peut entraîner de grandes douleurs, et les kystes de la glande lacrymale orbitaire, en se développant, peuvent comprimer l'œil, le repousser violemment en dehors et en avant, le détruire après avoir provoqué tous les symptômes locaux, non seulement des kystes hydatiques, mais encore des tumeurs malignes.

D'ailleurs, les kystes hydatiques sont très rares; quand on les soupçonne, il n'y a rien de mieux à faire que d'en étudier le contenu en l'évacuant. Il convient d'ailleurs de bien remarquer ici que les kystes décrits comme appartenant à la glande se sont développés à son niveau, autour d'elle et nullement à ses dépens. Ce sont des tumeurs de la région lacrymale et rien de plus. C'est même parce qu'il en est ainsi pour toutes les observations, que nous avons rangé, dans le groupe des kystes de la glande orbitaire, le kyste séreux décrit par Cosse et représenté sur la figure 1 de la planche VII.

Anatomie pathologique et pathogénie. — Les kystes de la glande de Rosenmüller ou des glandules accessoires, le dacryops, en un mot, présente une poche unique, lisse et unie d'habitude, quelquefois bi ou trilobée (Wecker).

L'étude anatomique de ces kystes comprend le contenu et le contenant. Le contenu est un liquide clair, limpide, incolore ou légèrement jaune paille, qui n'a été étudié que dans les cas de Broca et de Badal et Aubaret. L'analyse y révéla la présence d'albumine et de chlorure de sodium en notables proportions; on y trouva également des traces de sulfate et des

matières grasses. Il s'agissait, en somme, d'un liquide lacrymal altéré par sa rétention dans la poche kystique. Outre ce contenu, il convient de signaler des concrétions calcaires dans les conduits excréteurs, devenus le siège de dilatations kystiques, concrétions qui ont été tantôt la cause, tantôt l'effet de la dilatation elle-même.

L'examen histologique de la paroi n'a guère été pratiqué plus souvent que l'analyse chimique du liquide. Le premier examen, dû à Legros, est consigné dans l'observation de Dubreuil. La paroi interne du kyste était tapissée par un épithélium cylindrique, semblable à celui des canaux excréteurs de la glande lacrymale.

Le second examen appartient à Francke. Cet auteur remarqua que la membrane propre du kyste, faite de tissu conjonctif, possédait sur ses deux faces un double revêtement muqueux: d'abord la muqueuse conjonctivale, reconnaissable microscopiquement à ses couches superposées de cellules épithéliales, et la paroi interne du kyste, présentant une seule couche de cellules épithéliales. Dans cette dernière se trouvaient également un grand nombre de cellules rondes. Francke a noté, en outre, un intéressant détail, c'est que dans certaines coupes apparaissaient la section transversale de quelques canaux excréteurs normaux et le conduit rétréci qui, suivant Francke, était la cause du dacryops. Cet auteur pense que le processus pathogénique a consisté dans une inflammation chronique du tissu conjonctif péricanaliculaire et que, de la sorte, s'est développé un véritable tissu de sclérose aboutissant, par sa puissance rétractile, à l'atrésie de l'orifice externe de l'un des conduits excréteurs, et consécutivement à la dilatation de son trajet intra-glandulaire.

Le troisième examen histologique nous appartient; le lecteur le trouvera dans notre observation rapportée plus haut. Il a démontré la présence d'une couche continue d'épithélium cylindrique à la surface interne du kyste et quelques autres détails de structure, d'ailleurs sans importance.

Ces études histologiques plaident fortement en faveur du mécanisme de la rétention dans la formation du dacryops, mais il serait certainement téméraire d'affirmer que ce mode pathogénique est constant. On aurait

pu, très probablement, si l'analyse histologique avait été pratiquée, appliquer à un certain nombre de cas de dacryops la théorie que Suzanne a exposée pour la grenouillette, qui n'est pas toujours, comme on l'a prétendu, un kyste par rétention. Les recherches anatomiques de Suzanne ont montré qu'il existait, dans la grenouillette, une sclérose de la glande avec atrophie, puis une destruction par dégénérescence muqueuse des éléments glandulaires ; le tissu fibreux qui sépare les alvéoles finit par participer à la lésion et se transforme progressivement en une matière hyaline et réfringente. Tous les éléments du lobule sont détruits et cette destruction aboutit à la formation d'une cavité kystique. Des cavités semblables, formées à côté de la première, se rapprochent et se confondent de manière à constituer une grande poche. Il s'agit là d'un processus analogue à celui des kystes ovariens.

Rien ne prouve qu'une pareille pathogénie ne soit pas applicable aux kystes des glandes lacrymales accessoires, et une semblable hypothèse pourrait être judicieusement acceptée pour les kystes de la glande orbitaire ; mais l'absence de renseignements sur ces kystes, qui sont très rares, nous oblige à une grande réserve dans l'appréciation des faits.

Sourdille⁴, qui a écrit sur ce sujet un très intéressant travail, pense que le dacryops résulte d'une infection ascendante, d'origine conjonctivale, traumatique ou non, envahissant d'abord les portions terminales des conduits excréteurs de la glande de Rosenmüller et remontant de proche en proche jusqu'aux acini eux-mêmes. Sous l'influence de cette infection lente, la paroi enflammée des canalicules excréteurs perd de sa résistance, en même temps que l'épithélium glandulaire irrité sécrète d'une façon exagérée ; il y a ainsi rétention relative, et la paroi affaiblie des conduits excréteurs se dilate ; de là le dacryops.

Étiologie. — La cause la plus fréquente est le rétrécissement cicatriciel accidentel des conduits excréteurs. Les diathèses, l'hérédité, la profession du malade paraissent ne jouer aucun rôle.

⁴ SOURDILLE, Les tumeurs kystiques bénignes de la glande lacrymale. *Société française d'ophtalmologie*, Congrès de 1899.

La cause du rétrécissement du canal excréteur est souvent obscure, mais elle est quelquefois évidente. C'est ainsi que, dans un cas de Beer, la cause était due à l'extirpation imparfaite d'un kyste athéromateux ; dans le cas de Broca, il s'agissait d'une cicatrice consécutive à une brûlure ; dans un autre fait, on a pu judicieusement incriminer le choc d'une bille de billard contre le rebord orbitaire supérieur.

Les solutions de continuité produites dans un but thérapeutique ou accidentel peuvent également amener la production de fistules permanentes (dacryops fistuleux).

Après avoir reconnu, comme particulièrement fréquents, l'oblitération ou le rétrécissement des canaux excréteurs, il conviendrait de faire une part, difficile à préciser, aux altérations spontanées des glandes lacrymales capables d'entraîner des formations kystiques par un processus analogue à celui de la grenouillette (Suzanne).

Nous ne dirons rien ici de l'étiologie spéciale des kystes de la glande orbitaire dont l'histoire est encore trop peu connue.

Traitement. — Les kystes des glandes lacrymales sont toujours justiciables du traitement chirurgical. On a fait la ponction, l'incision et l'énucléation complète de la poche. Le premier moyen est insuffisant ; le second peut amener la guérison lorsqu'on a soin de le faire suivre d'une cautérisation assez énergique de la paroi. L'excision partielle de la poche est également un excellent moyen qui rend la cautérisation de la paroi interne plus facile.

Autant que possible, il conviendra d'attaquer le kyste par la face conjonctivale, pour éviter la production de fistules externes qui pourraient être longues et difficiles à guérir.

Dans le cas de dacryops, l'ablation complète de la poche sera quelquefois possible ; c'est le procédé radical auquel nous avons eu recours dans notre observation.

Lorsqu'on se trouvera en face d'une tumeur kystique de la glande lacrymale, occupant dans l'orbite une place considérable, il conviendra de pratiquer les incisions classiques qui permettent d'extraire la glande lacrymale, et lorsqu'on sera arrivé en présence du kyste, on l'extirpera