

totale­ment s'il est facile d'en faire le tour, sinon on se contentera d'une ablation partielle, suivie d'une cautérisation de la paroi au chlorure de zinc et d'un drainage approprié.

En somme, d'une façon générale, la thérapeutique chirurgicale sera, dans les kystes des glandes lacrymales, à la fois facile et efficace.

CHAPITRE II

NÉOPLASMES DES GLANDES LACRYMALES

Après les kystes des glandes lacrymales palpébrales et orbitaires nous arrivons aux néoplasmes développés dans les divers tissus qui composent la glande ; nous devons nous attendre à trouver à ce niveau des tumeurs dérivées du tissu épithélial, d'origine ectodermique, et d'autres formées aux dépens des éléments mésodermiques qui entourent, soutiennent et nourrissent les éléments glandulaires.

Les tumeurs provenant du tissu épithélial sont très rares ou du moins ont été rarement étudiées avec un soin suffisant pour que le diagnostic d'épithéliome ou de carcinome s'impose d'une façon indiscutable. Déjà, dans l'encyclopédie de de Græfe et Sæmisch, Berlin avait constaté que le diagnostic histologique d'un grand nombre d'observations laissait à désirer et avant lui Koster, Sattler et Billroth avaient émis la même opinion. Dans son travail sur les endothéliomes de l'orbite, Van Duyse est revenu sur cette idée ; d'après lui, l'enchondrome ne se développe pas dans l'orbite, et l'existence des tumeurs épithéliales, adénome, carcinome, n'y aurait pas été démontrée ; l'immense majorité des néoplasmes serait, pour Van Duyse comme pour Koster, des endothéliomes.

De cette opinion de Van Duyse nous devons rapprocher celle de Alt, qui constate que les « tumeurs de la glande lacrymale prennent très fréquemment leur origine dans le tissu conjonctif interstitiel, et seulement en de rares cas présentent un caractère vraiment épithélial ».

Il est très difficile en réalité, quand on lit avec attention, même dans leur texte primitif, les observations publiées sous le titre de tumeurs lacrymales, de se faire une opinion précise sur l'origine ectodermique ou

mésodermique du néoplasme. Il est certain qu'un grand nombre de confusions ont été faites à cet égard.

En analysant scrupuleusement les observations publiées on en trouverait très peu qui soient absolument démonstratives. Les néoplasmes qu'on a donnés comme d'origine glandulaire se sont souvent développés à côté de la glande, et les cas décrits comme des épithéliomes sont peut-être des endothéliomes nés dans le tissu cellulaire voisin.

D'ailleurs, un grand nombre de faits échappent même à la discussion tant ils sont incomplets. Nous les avons ici tous réunis; le lecteur les appréciera en prenant connaissance des réflexions que quelques-uns d'entre eux nous ont inspirées.

Obs. 1. — *Carcinome fibreux de la glande lacrymale* (TOOD, *Dublin's Hospital Reports*, t. III). — Tumeur de la partie supérieure de l'orbite, observée sur une femme de 72 ans, à la suite d'un coup reçu dans cette région 7 ans auparavant. Comme symptômes, elle présente de l'exophtalmie, des douleurs lancinantes dans la région fronto-temporale et du larmolement. Après l'extirpation, la vision ne se rétablit pas et la récurrence survint. Au point de vue anatomique, la tumeur est molle et offre un aspect cérébriforme.

Obs. 2. — *Squerrhe de la glande lacrymale* (LAWRENCE, *Mal. des yeux*, p. 608). — Homme de 24 ans; à la suite d'une contusion, vit se développer une tumeur de la glande lacrymale. Durée, près de 7 ans. Exophtalmie, douleurs orbitaires. Récurrence 13 ans après extirpation. Texture homogène, couleur jaunâtre. Dans un point, la coupe offre un aspect radié. Elle est dure et ressemble à du cartilage.

Obs. 3. — *Carcinome squerrheux de la glande lacrymale* (O'BIRNE, *Archives gén. de méd.*, s. 3, t. VII, p. 93). — Homme de 32 ans, de constitution solide, présentant une tumeur de l'angle externe de l'œil droit. Cette tumeur occasionnait de l'exophtalmie, de la diplopie et des douleurs orbitaires. L'œil était dévié en dedans et en bas. Après extirpation, bon résultat immédiat, malade non suivi. Au microscope, tissu fibreux et cartilagineux, divisé en lobes par des cloisons membraneuses.

Obs. 4. — *Cancer squerrheux de la glande lacrymale* (MASLIEURAT-LAGEMARD, *Archives gén. de méd.*, t. VII, p. 81). — Tumeur de la grosseur d'une aveline, sur une femme de 30 ans, survenue à la suite d'un coup de parapluie. Cette tumeur est dure, régulière, sans adhérence à l'orbite. Exophtalmie, diplopie, douleurs lancinantes au pourtour de l'œil droit. Pas de larmolement. La récurrence se fit trois fois et la guérison se maintint après la troisième opération. L'examen histologique montra la glande envahie par du tissu dur, bosselé, rénitent, fibreux.

Obs. 5. — *Affection squerrheuse de la glande lacrymale* (PIGEOLET, *Journal de méd. chir. et pharm. de Bruxelles*, t. V, p. 101). — Femme de 27 ans, ayant reçu dans

son enfance un coup de pied de cheval dans la région temporale. La glande lacrymale a triplé de volume. Exophtalmie, œdème de la paupière, douleurs orbitaires lancinantes, gêne dans les mouvements du globe oculaire. Ptosis. Après extirpation, on put constater que la glande était inégale, oblongue et de couleur nacré. Elle présentait une tumeur dure, rénitente, d'aspect cartilagineux.

Obs. 6. — *Carcinome encéphaloïde de la glande lacrymale* (MACKENZIE, *Mal. des yeux*, t. III, p. 28). — Femme de 33 ans, présentant une tumeur dans la région de la glande lacrymale droite. Elle se plaignait de douleurs orbitaires légères. Epiphora, exophtalmie. La tumeur était dure, lobulée, irrégulière, facilement énucléable. Après l'extirpation, la guérison fut rapide, mais la récurrence précoce. Mackenzie fait connaître en outre trois cas d'hypertrophie de la glande lacrymale.

Obs. 7. — *Tumeur colloïde de la glande lacrymale* (OTTO-BECKER, *Recue d'ophtalmologie de Vienne*, p. 162). — Tumeur développée chez une jeune fille de 18 ans, à la suite de refroidissements. Comme symptômes, elle présente de l'exorbitisme et de la diplopie. Pas de larmolement, rien à l'ophtalmoscope. Cette tumeur, facilement énucléable, fut extirpée, et la guérison survint rapidement. Anatomiquement, la tumeur, de la grosseur d'un petit œuf de poule, était dure et lobulée. A l'intérieur, épaisse couche d'alvéoles remplis de tissu colloïde.

Obs. 8. — *De l'adénoïde de la glande lacrymale* (BECKER, *Rapport sur la clinique ophtalmologique de l'Université de Vienne*, 1863-1865, Wien, 1867). — Tumeur développée sur la paroi supérieure de l'orbite et s'étendant en arrière jusqu'au trou optique. Cette tumeur, qui avait donné lieu à des lésions de névrite optique, fut disséquée et extirpée par le docteur Becker. L'examen microscopique montra la glande en dégénérescence. Au centre, on remarque des alvéoles remplis de substance colloïde, enclavées dans un réseau de tissu connectif. Ces alvéoles sont produits de deux façons: 1° par la croissance de l'épithélium d'un des globules glandulaires; 2° par la prolifération des corpuscules du tissu connectif.

Le docteur Becker cite 6 cas analogues (Gluge, Lebert, Warlomont, Rothmund, Fano et Knapp).

Obs. 9. — *Tumeur embryoplastique. Myxome de la glande lacrymale* (SAUTE-REAU, Thèse de Paris, 1870). — Il s'agit d'une femme de 73 ans, qui, à la suite d'un coup et d'une période où elle pleura beaucoup, vit se développer peu à peu une tumeur dans la région de la glande lacrymale. Exophtalmie, douleurs, pas de troubles oculaires, nasaux ou cérébraux. La tumeur est lobulée, de forme testiculaire, de la grosseur d'une noix. Extirpation, guérison lente. Au microscope, sur les coupes, on distingue au milieu d'une substance amorphe, quelques faisceaux de tissu lamineux, des corps étoilés. Vaisseaux nombreux. Éléments de tissu embryonnaire à divers degrés de développement.

Obs. 10. — *Extirpation des deux glandes lacrymales sarcomateuses* (ALEXANDER, *Klin. Monatsbl. f. Aug.*, mars 1875). — Tumeurs de 2 centimètres sur 1 cm. 5 de large, énucléées avec conservation de la conjonctive. Guérison par première intention.

Obs. 11. — *Épithélioma colloïde intra-acineux de la glande lacrymale* (MOL-

LIÈRE et CHANDELUX). — Enfant de 15 ans, présentant comme symptômes des douleurs spontanées, de la tuméfaction, de l'exorbitisme latéral. Extirpation, récidive au bout de 9 mois. Après une deuxième intervention, récidive au bout de 10 mois. Depuis, développement lent et graduel de la tumeur, engorgement des ganglions. Les auteurs concluent qu'une tumeur intra-acineuse, développée dans la glande lacrymale et dont l'aspect général est commandé par la présence des acini, peut récidiver sur place, avec les mêmes caractères, alors que la glande tout entière fait défaut et que les acini ont disparu.

Obs. 12. — *Adénome de la glande lacrymale* (ALT, *Arch. f. Aug.*, Bd. X, II, 3, pp. 319-322). — Tumeur bosselée, élastique, fluctuante en un seul point seulement, occupant la paupière supérieure. Elle s'étendait de l'angle externe à l'angle interne, et s'engageait profondément dans l'orbite, adhérente au périoste. $V = \frac{20}{200}$. Rétrécissement concentrique du champ visuel. Réaction pupillaire lente. Papille anémique. Au microscope, la tumeur se compose de cylindres avec gaine endothéliale et lumière plus ou moins large, parfois fort dilatée par un exsudat séreux. Cellules à couche unique, polyédriques, presque cubiques, à gros noyau rond, adossées à courte distance à une membrane propre. Entre les cylindres, tissu formé de fibrilles longues, fusiformes ou étoilées. Pas de métamorphose régressive, grasseuse ou colloïde. Origine probablement traumatique. Extirpation par morceaux. Récidive dans le crâne.

Obs. 13. — *Adénome (?) développé dans l'orbite aux dépens de la glande lacrymale* (HUBER, *Inaug. Diss.*, Zurich, 1882). — La tumeur, de la grosseur d'un œuf, renferme une partie fibreuse, et une autre où l'on trouve des tubes tapissés par une couche de cellules endothéliales aplatis, très rarement cylindriques, des kystes contenant une masse colloïde et des perles endothéliales. L'auteur hésite à poser le diagnostic d'adénome à cause de la présence des éléments fibroïdes et colloïdes.

Obs. 14. — *Sarcome à cellules rondes de la glande lacrymale* (HUBER, *loc. citato*). — Tumeur de la grosseur d'un œuf; le tissu connectif, rare, est rempli de cellules rondes, rarement fusiformes; vaisseaux nombreux; pas de vestiges de la glande lacrymale.

Obs. 15. — *Sarcome de la glande lacrymale* (G.-C. HARLAN, de Philadelphie, *Transact. of the American ophth. Soc.*, 26 juillet 1882). — Malade âgé de 70 ans, portait sur la paupière supérieure droite une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, qui avait mis 4 ans à atteindre ce volume. La paupière était fermée et le globe tout à fait immobile et poussé en avant et en bas. Le malade n'avait jamais eu à se plaindre de la moindre douleur et jouissait d'une robuste santé. En extirpant la tumeur, on découvrit que son point d'origine était la glande lacrymale. A l'examen, on trouva que le néoplasme était de nature sarcomateuse.

Obs. 16. — *Tumeur de la glande lacrymale* (POWER et JULER, *Soc. ophth. du Roy.-Uni.*, 12 janvier 1882). — Sujet présenté dans la séance du 8 décembre 1881. Fibro-sarcome extirpé; léger ptosis sans récidive.

Obs. 17. — *Sarcome de la glande lacrymale* (BOCK, *Wien. medic. Presse*, 1883, n° 33). — Tumeur datant d'un an, paraissant développée aux dépens de la glande lacrymale, dont la fonction est diminuée. Extirpation de la tumeur par fragments; guérison au bout de six semaines après suppuration abondante. Les fonctions de la paupière restent intactes.

C'était un sarcome à petites cellules.

Obs. 18. — *Trois cas d'hypertrophie de la glande lacrymale* (DEBIERRE, *Revue générale d'ophtalmologie*, 1886, p. 143). — Tumeurs de la grosseur d'une petite amande. Enlevées, elles n'ont jamais donné lieu à des récidives.

L'examen histologique fait par Latteux démontra qu'il s'agissait d'une simple hypertrophie de la glande.

Obs. 19. — *Tumeur de la glande lacrymale* (DE BRITTO, *Arch. d'ophth.*, n° 6, 1888). — Tumeurs de la glande lacrymale accessoire, ayant envahi toute la paupière supérieure, et présentant la structure d'un adénome; pédicule au niveau de la glande. L'examen histologique démontre qu'il s'agissait d'un fibro-adénome. L'extirpation fut faite avec succès.

Obs. 20. — *Néoplasmes de la glande lacrymale. Adénome avec dégénérescence colloïde et cancrôïde* (MAZZA, *Internat. ophth. Congress.*, Heidelberg, 1888. Bericht S. 417). — A la périphérie, la tumeur possède une structure semblable à celle de la glande lacrymale saine; ailleurs on trouve des tubes irrégulièrement formés, doublés d'un épithélium cylindrique, à lumière tantôt effacée, tantôt dilatée par une masse colloïde, qui donne à l'ensemble un aspect kystique.

Obs. 21. — *Sur un cas d'adénome de la glande lacrymale gauche. Extirpation. Guérison avec conservation de l'œil et de la vue* (SOCOR, *Bull. de la Soc. des médecins et naturalistes de Jassy*, II, 1888, nos 9-10, p. 237). — Tumeur de la grosseur d'un petit œuf. Les coupes microscopiques montraient des culs-de-sac contenant des cellules d'épithélium glandulaire avec de nombreuses granulations grasses.

Obs. 22. — *Deux cas d'adénome de la glande lacrymale* (SNELL, *Ophth. Soc. Transactions*, 1889, vol IX). — 1^{er} Cas: Acini de différentes formes tapissés par un épithélium cubique; en certains points ils s'élargissent pour former des kystes.

2^e Cas: Structure à cellules rondes, avec parfois un acinus tapissé d'épithélium. Sur l'un des côtés des coupes, la structure glandulaire est distincte. Un dessin accompagne ces observations représentant un lobule de glande apparemment saine.

Obs. 23. — *Contribution à l'étude des tumeurs de l'orbite et des cavités voisines* (BULL, *New York med. Rec.*, 24 août 1889). — Au centre de la glande lacrymale la structure normale avait été remplacée par une masse très serrée de cellules.

Obs. 24. — *Sarcome des glandes lacrymales* (ADLER, *Wien. klin. Wochenschr.*, 1889, n° 24). — Il s'agissait d'un cas de sarcomatose générale où, à la fois, la bouche, la gorge, les ganglions, etc., se trouvaient atteints.

Obs. 25. — *Adénome de la glande lacrymale extirpé* (GOLDZIEHER, *Wien. medic. Press*, 1890, n° 11). — Aucun détail histologique n'est rapporté sur ce cas, sauf cette simple mention : la tumeur est reconnue microscopiquement comme un adénome. Deux récidives se sont produites, après lesquelles le malade a été perdu de vue.

Obs. 26. — *Tumeurs symétriques des glandes lacrymales palpébrales et des*

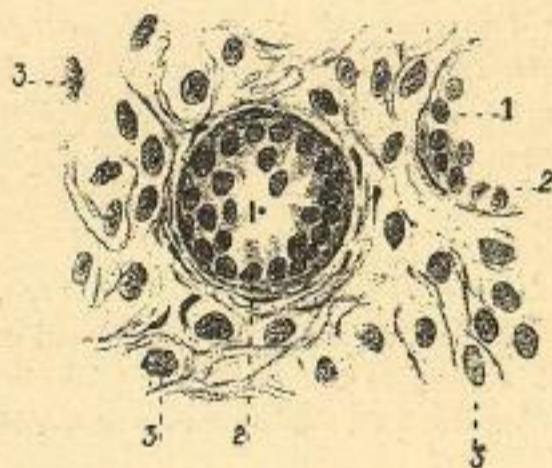


FIG. 145.

1, 1, coupe d'une glande en travers; — 2, épithélium de revêtement dont on ne distingue plus que les noyaux des cellules; — 3, tissu conjonctif infiltré de cellules embryonnaires volumineuses.

parotides (DE WECKER et MASSELOU, *Soc. d'ophl. de Paris*, 4^{er} décembre 1891). —

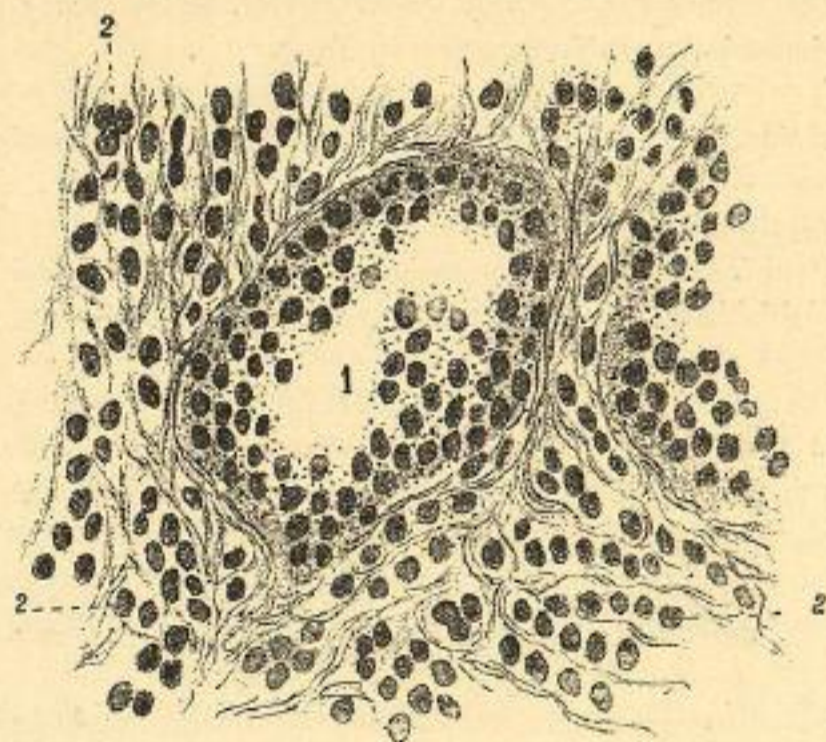


FIG. 146.

1, masse de cellules d'origine épithéliale dont la partie centrale, ramollie, a disparu à la coupe; — 2, le tissu ambiant présente des faisceaux écartés entre lesquels sont logés des amas composés des mêmes éléments.

Ces tumeurs rares ont été observées sur un homme de 26 ans, ne présentant aucune

autre tare pathologique. De la grosseur d'une amande, plus volumineuse à gauche, chaque tumeur était dure, et bosselée. La conjonctive était rouge, sans granulations. Pas de troubles à l'ophtalmoscope. Les régions parotidiennes étaient également envahies par une tumeur dure, bosselée, indolore, de la grosseur d'une mandarine aplatie.

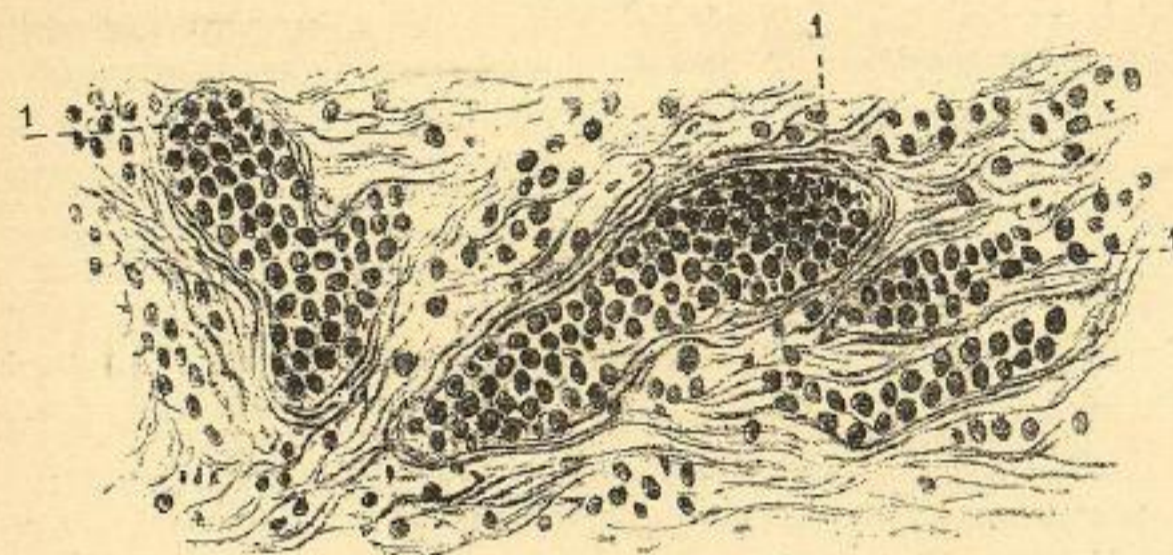


FIG. 147. — Tissu conjonctif formant la majeure partie de la tumeur et infiltré de bourgeons épithéliaux pleins.

1, bourgeon épithélial formé de cellules arrondies ou polyédriques fortement massées; — 2, tissu conjonctif infiltré de cellules embryonnaires.

Les tumeurs palpébrales, enlevées et examinées au microscope, démontrèrent qu'il s'agissait d'une production épithéliale des glandes lacrymales, ainsi que le démontrent les trois figures ci-jointes (fig. 145, 146, 147) dues à Latteux.

Obs. 27. — *Sarcomes à petites cellules rondes des glandes lacrymales des deux yeux* (P. GIULINI, *Münch. med. Woch.*, n° 6). — Cas observé dans le service du professeur Michel, à Wurtzbourg.

Obs. 28. — *Deux cas de tumeurs des glandes lacrymales* (PRONL, *Inaug. Diss.*, Berlin, 1892). — Dans un premier cas, l'examen microscopique révélait un sarcome à cellules rondes. Dans le second cas, les deux tumeurs de l'orbite consistaient en tissu fibreux (fibroïde).

Obs. 29. — *Des tumeurs de la glande lacrymale* (POWER, *Soc. ophl. du Royaume-Uni*, 20 octobre 1892). — L'auteur présente une femme, âgée de 25 ans, chez laquelle il a pratiqué, il y a dix ans, l'ablation de la glande lacrymale pour une tumeur de nature sarcomateuse. Il n'y a pas eu de récidive depuis; mais actuellement il existe, au point où était situé le néoplasme, des nodules d'apparence suspecte. L'auteur se demande si, dans ces circonstances, il y a lieu de faire une nouvelle opération.

M. Juler, qui a vu la malade lors de la première intervention, fait observer que le développement de la tumeur est très lent et il ne pense pas qu'il soit indiqué de pratiquer une deuxième opération.

M. W.-A. Frost dit que le diagnostic des tumeurs lacrymales est assez incertain. Il rappelle à ce sujet le cas d'une femme de 27 ans, qui présentait une tuméfaction des deux glandes lacrymales. L'examen en démontra la nature sarcomateuse.

Dans le cas rapporté par M. Power, M. Frost se prononce pour l'intervention.

Obs. 30. — *Sarcome de la glande lacrymale, altération des cellules épithéliales du parenchyme glandulaire* (P. SGROSSO, *Lavori eseguiti nella clinica oculistica di Napoli*, 1893). — Il s'agit d'un sarcome à cellules fusiformes.

Obs. 31. — *Deux cas de sarcome de la glande lacrymale* (LAWFORD COLLINS, *Royal London Ophth. Hospital Reports*, vol. XIII, part IV, 1893). — Les deux malades étaient âgés de 17 ans et de 33 ans. Les tumeurs furent enlevées avec conservation des yeux.

L'examen microscopique semble démontrer que les tumeurs provenaient du stroma fibreux de la glande lacrymale.

Obs. 32. — *Epithélioma polymorphe de la glande lacrymale* (DIANOUX, *Ann. d'ocul.*, août 1894). — Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, sans antécédents pathologiques. L'affection débuta par des crises névralgiques dans la région temporale. Quelque temps après, la glande lacrymale, d'abord indolore, fit saillie, rejetant l'œil en bas et en dedans. Pas de troubles visuels. Première opération facile, car il n'y avait aucune adhérence, le 23 novembre 1892. Un an après, récidive. Une nouvelle opération, pratiquée en juillet 1894, fut suivie de guérison.

Examen histologique : Epithélioma polymorphe de la glande lacrymale.

Obs. 33. — *Epithélioma polymorphe de la glande lacrymale* (DIANOUX, *Ann. d'ocul.*, août 1894). — Il s'agit d'une femme de 36 ans, ayant eu la syphilis et ayant reçu un coup violent sur la tempe. Comme symptômes, elle présente de l'exophtalmie de l'œil droit, avec mouvements très limités de l'œil. Vue intacte; rien à l'ophtalmoscope; fonction lacrymale abolie. Pas de douleurs, pas de ganglions engorgés. Deux opérations successives furent suivies de récidive assez rapide. Après une troisième intervention, où l'on dut faire l'ablation de l'œil, refoulé avec ses annexes, mais non envahi, la guérison se maintint. L'orbite était rempli partiellement par un tissu résistant, comme fibreux. L'examen de la tumeur, comme celui de la récidive, démontrèrent un epithélioma polymorphe de la glande lacrymale.

Obs. 34. — *Sarcome de la glande lacrymale* (SCHOEFFER, in VERLIAC, Thèse Bordeaux, 1895, et Inaug. Dissert. Giessen, 1895). — Homme de 51 ans, sans antécédents pathologiques importants, présentant une tuméfaction de la glande lacrymale. Cette tumeur est bosselée, peu résistante, sans adhérences aux parties molles, du volume d'une cerise. Extirpation de la tumeur le 5 juillet 1894; en février 1895, pas encore de récidive.

L'examen anatomique montra plusieurs nodules, riches en capillaires, formés de tissu correspondant au type des sarcomes à cellules rondes. Les parois vasculaires épaissies présentaient la dégénérescence hyaline.

Obs. 35. — *Epithélioma tubulé de la glande lacrymale* (VERLIAC, Thèse Bordeaux, 1895-96, observation recueillie dans le service de M. le professeur BADAL). —

Tumeur observée sur un homme de 56 ans, présentant de l'exophtalmie de l'œil gauche avec douleurs névralgiques orbitaires et temporales. La cornée, mal protégée, était atteinte de kératite ulcéreuse centrale, accompagnée de pannus. La tumeur, paraissant faire corps avec le frontal, est absolument immobile, s'enfonce dans l'orbite et occupe entièrement la fossette lacrymale; elle est dure, arrondie et lisse. Aucune adhérence ni avec le globe, ni avec la paupière supérieure. Gêne considérable des mouvements de l'œil. Extirpation le 21 juin 1895, guérison rapide. L'examen histologique démontre qu'il s'agissait d'un epithélioma tubulé dont le point de départ résidait dans le revêtement des acini glandulaires.

Obs. 36. — *Fibro-adénome des glandes lacrymales* (GRUNWALD, *Munch. med. Wochenschr.*, 1895, n° 43). — Tissu connectif, au milieu duquel sont développées des cavités grandes et petites, tapissées par un epithélium cubique ou aplati. Cet epithélium est en voie de prolifération, forme des kystes nouveaux, mais ne s'infiltré guère dans le tissu voisin.

Obs. 37. — *Contribution à l'étude des tumeurs de la glande lacrymale* (PICK, *Centralblatt f. prakt. Aug.*, avril 1896). — Deux observations recueillies à la clinique de Treitel, à Koenigsberg :

1° Femme de 56 ans, d'hérédité tuberculeuse et sujette aux érysipèles de la face, vient consulter pour une tuméfaction, au niveau de la partie supéro-externe des deux paupières supérieures. Ces tuméfactions, du volume d'une prune et dont le siège correspond à celui de la glande lacrymale, se sont développées progressivement dans l'espace de 18 mois. Les tumeurs, non douloureuses à la pression, ont une consistance dure et des contours nets; elles sont un peu mobiles. Il n'y a pas d'adhérences à la peau ou au bord orbitaire.

Extirpation. Pas de récidive six mois après.

Examen histologique. — On ne reconnaît pas le tissu de la glande. Il est formé par un tissu conjonctif dense de sclérose avec, par places, des nodules de cellules fusiformes analogues à des nodules tuberculeux miliaires. L'inoculation à un lapin n'a provoqué aucun trouble.

2° Femme, 29 ans, présentant depuis un an un léger degré de ptosis du côté droit. On sent à travers la paupière une tumeur dure, à surface irrégulière. Extirpation. Pas de récidive après six mois.

Diagnostic anatomique : Adéno-sarcome de la glande lacrymale.

Obs. 38. — *Carcinome de la glande lacrymale* (ELLIS JENNINGS, *The Amer. Journal of ophth.*, avril 1897, p. 109). — Examen microscopique et photographies démonstratives par ALT.

Obs. 39. — *Tumeur de la glande lacrymale* (ALT, *The Amer. Journal of ophth.*, mars 1897, p. 70). — Adénome où l'on rencontre des restes du tissu glandulaire normal, des tubes solides, sans lumière centrale, d'autres tubes à lumière centrale parfois fort élargie, devenue kystique. Presque partout le tissu connectif intertubulaire et interlobulaire a disparu. Ailleurs, dans les parties d'apparence plus saine, il persiste et se trouve rempli de cellules rondes, parfois si nombreuses qu'elles figurent des abcès microscopiques. Dans les figures qui accompagnent ce travail, nous voyons que la couche cellulaire est simple, à éléments cubiques.

Obs. 40. — *Les tumeurs des glandes lacrymales* (ZELICKA, *Correspondenzblatt des Vereins deutscher Aerzte in Reichenberg und Umgebung*, 1898, n° 9). — Adénome myxomateux renfermant en certains endroits, notamment à la transition du tissu glandulaire dégénéré au tissu glandulaire sain, des cellules à caractère épithélial qui font naître le soupçon fondé d'adéno-carcinome.

Obs. 41. — *Carcinome cirrhotique de la glande lacrymale orbitaire de l'œil droit* (ELLIS JENNINGS, *The Amer. Journ. of ophthal.*, janvier 1898, p. 19). — Tumeur composée de tissu conjonctif et de cylindres épithéliaux, ces derniers disposés, comme on les trouve communément dans les tumeurs carcinomateuses, avec des cellules à noyau très grand.

Par places, les cellules sont infiltrées et subissent des métamorphoses régressives, ailleurs elles renferment des figures karyokinétiques. Une récidive se produisit, et la tumeur, de nouveau enlevée, différait de la première par la diminution considérable du tissu connectif. Pas de caractère de dégénérescence régressive; au contraire, des signes de multiplication cellulaire.

Obs. 42. — *Myxosarcome de la glande lacrymale* (WERNER, *Brit. med. J.*, janvier 1898). — Sarcome carcinomatode.

Obs. 43. — *Lympho-sarcome de la glande lacrymale* (LIETO-VOLLARO, *Annali di oftalmologia*, vol. XXVIII, 1899, fasc. 2). — Homme de 70 ans. Tumeur de la glande lacrymale ayant acquis, en 2 ans, le volume d'une grosse noix. L'œil correspondant (œil gauche) était aveugle depuis l'âge de 3 ans, à la suite d'un coup de pierre. Une deuxième tumeur, ayant le volume d'une grosse noisette, existait au milieu du bord inférieur de la branche horizontale du maxillaire inférieur, à gauche. Enucléation des deux tumeurs par le professeur de Vincentiis.

Examen histologique. — Vollaro trouva un sarcome à structure lympho-adénoïde, issu du connectif interlobulaire de la glande. Parmi les huit observations de tumeurs de la glande lacrymale, dont Vollaro donne la bibliographie complète, le cas de Haltenhoff est le seul qui puisse se rapprocher de celui de l'auteur.

Obs. 44. — *Sur les tumeurs de la glande lacrymale* (ROGMANN, *Ann. d'oculistique*, 1900, t. CXXIII, p. 83). — Il s'agissait d'un homme de 49 ans, présentant une tumeur dans l'orbite droite, tumeur ayant repoussé l'œil fortement en avant, sans nuire à ses mouvements, ni à la vision. Fond d'œil normal. V = 4. Pas d'engorgement ganglionnaire ni de douleur. L'extirpation fut faite sans incident particulier, et la guérison survint assez rapidement. L'examen microscopique démontra une tumeur circonscrite par une membrane d'enveloppe épaisse, fibro-celluleuse, recouverte, en certains endroits, par les lobules normaux de la glande lacrymale. La tumeur est formée d'un tissu à peu près homogène. Ce sont des tubes contournés, s'embranchant les uns sur les autres, à lumière plus ou moins large, plus souvent vides, renfermant parfois une substance d'aspect grenu, légèrement colorée. Ces tubes sont bordés par un épithélium à double rangée cellulaire: l'interne, à cellules cubiques, petites, aplaties; l'externe, à cellules cylindriques, le protoplasma étant dense et granuleux dans la première, clair et transparent dans la seconde.

Ces tubes sont séparés par un tissu cellulaire lâche, plus ou moins abondant, à fibres délicates, avec quelques leucocytes.

Au côté externe de la rangée cellulaire cylindrique se voit une trainée hyaline plus ou moins accusée, avec çà et là des boules hyalines.

Ces divers caractères ont suggéré le diagnostic d'endothéliome hyalogène ou cylindrome.

Obs. 45. — *Tumeur de la glande lacrymale* (HOLTHOUSE et BATTON, *Trans. oph. Soc.*, vol. XVIII, p. 52). — Chez un homme de 29 ans, qui avait reçu, 18 mois auparavant, un coup sur l'œil, les auteurs ont constaté de l'exophtalmie, causée par une tumeur de la glande lacrymale. V = $\frac{6}{35}$. La tumeur fut enlevée et examinée: elle était composée de cellules glandulaires de diverses formes dans un stroma de tissu fibreux, qui parut, par places, myxomateux. On y trouva aussi de nombreux vacuoles remplis de matière colloïde.

Obs. 46. — *Adénome de la glande lacrymale* (PIAZZA, *Annali di oftalmologia*, anno XXIV, fasc. 2, 3). — Tissu adénomateux, composé d'une trame connective et d'utricules glandulaires.

Obs. 47. — *Tumeurs malignes de l'orbite* (BULLARD, *Ophth. Record*, juillet 1897). — Observation d'un cas d'adéno-sarcome de la glande lacrymale.

Obs. 48. — *Adéno-enchondrome de la glande lacrymale* (L. TIGOS, *Amer. med. Assoc.*, Chicago, III, p. 431). — Aucun détail.

Obs. 49. — *Mélano-sarcome primitif des glandes lacrymales* (SNELL, *Arch. f. Augenheilk.*, t. XXXVII). — Malade de 62 ans. Il y avait une tumeur dans la région de la glande lacrymale droite, recouvrant à moitié la cornée.

La couleur était sombre. Extirpation. Guérison rapide. L'examen histologique montra des cellules pigmentaires rondes et fusiformes et du pigment libre. Récidive au bout d'un an. La malade mourut avant qu'on pût faire la deuxième opération.

On trouve encore dans la littérature un cas de mélanco-sarcome de la glande lacrymale dû à Dianoux, 1880. Fromaget rapporte deux observations de néoplasme de la glande lacrymale: l'une concerne un sarcome myxofibreux de la glande palpébrale; l'autre, un épithélioma tubulé de la glande orbitaire. Nous donnerons ici *in extenso* ces deux observations, qui, malgré les réserves dont nous les ferons suivre, comptent parmi les plus complètes que nous ayons lues sur ce sujet.

Obs. 50. — *Néoplasme de la glande palpébrale* (FROMAGET, *Arch. d'ophth.*, 1901, p. 726). — Au début de mars 1900, un jeune homme de 24 ans, de Sainte-Foy-la-Grande,

vient nous consulter à la polyclinique pour une tumeur siégeant sous l'arcade orbitaire gauche, à la partie externe et au-dessus de la commissure. Le volume apparent et l'aspect éveillent immédiatement l'idée d'un volumineux chalazion.

Elle présente le volume d'une cerise; la peau, mobile à sa surface, n'offre aucune altération, les mouvements des paupières sont absolument normaux.

Arrondie, de consistance ferme, il est presque impossible de la saisir entre les doigts, car elle s'enfonce dans l'orbite dans la région de la fossette lacrymale.

En relevant la paupière supérieure et en faisant fortement regarder le malade en bas, la glande palpébrale vient faire hernie dans l'angle externe; elle est notablement refoulée en bas.

L'exploration du tarse montre son intégrité; l'œil est normal. Le malade se plaint du développement de la tumeur et d'une conjonctivite légère entretenue par elle. J'en pratique l'ablation le lendemain.

Après anesthésie, je passe une spatule métallique sous la paupière supérieure, de façon à chasser de l'orbite, où elle tend à s'enfoncer, la tumeur, et à la faire saillir vers la peau. La spatule maintenue par un aide, je fais au-dessous du sourcil une incision courbe de 3 centimètres qui me permet de tomber directement sur la tumeur. Je l'énuclée facilement, je l'extirpe et la libère des adhérences profondes. Je respecte absolument la conjonctive, et la tumeur est soulevée avec quelques petits lobules glandulaires. Le malade, guéri rapidement, n'a pas eu de récédive.

L'examen histologique, pratiqué par M. le professeur agrégé Sabrazès, nous a donné les résultats suivants:

La tumeur est constituée par des foyers cellulaires à contours irréguliers contenus dans des sortes de lacunes. Il existe parfois, entre le foyer et la paroi de la lacune, un espace vide manifeste. Les cellules qui entrent dans la constitution de ces foyers sont étroitement unies, forment une mosaïque, et à la périphérie des foyers font transition vers la cellule étoilée muqueuse. Ces foyers ont des formes et des dimensions variables. Il en est qui baignent littéralement dans des lacs remplis d'une substance grenue et parfois fibrillaire, où l'on ne trouve pas de leucocytes ni de globules sanguins. D'autres forment des traînées, et leur point de départ se trouve dans un foyer cellulaire primitif en anneau, lequel circonscrit une cavité parfois régulièrement ronde. D'autres se présentent sous un aspect insulaire. Sur les bords, certains sont déjà transformés ou en voie de transformation en tissu conjonctif fasciculé. La plupart tranchent sur le fond bleuâtre de la coupe par leur coloration rouge très intense (coupes colorées par l'éosine et l'hématoxyline).

Ils forment une sorte de réseau dans la trame de la tumeur, trame qui est constituée par du tissu muqueux à cellules étoilées. Ce tissu muqueux est lui-même parsemé d'espaces aréolaires kystiques. A la périphérie on trouve des vaisseaux à parois fibreuses, supportés par une ceinture, sorte de capsule constituée par du tissu fibreux.

En dehors de cette tumeur, accolés contre la coque fibreuse, se trouvent des lobules glandulaires dont les acini sont groupés comme à l'état normal, sans interposition de tissu pathologique.

En résumé, il s'agit d'une tumeur d'origine mésodermique qui présente les caractères d'un sarco-myxo-fibrome, c'est-à-dire d'une tumeur dont les cellules d'origine, au lieu de se multiplier d'une façon exubérante dans le sens sarcomateux, se différen-

cient en cellules muqueuses étoilées, subissent même la dégénérescence muqueuse (lacunes granuleuses), ou s'entourent de fibrilles conjonctives (régression fibreuse).

OBS. 51. — *Epithélioma tubulé de la glande orbitaire* (FROMAGET, Arch. d'ophth., 1901, p. 730). — P..., Pierre, âgé de 56 ans, entre à l'hôpital Saint-André le 18 juin 1895. Il souffre, depuis plus de 6 mois, de névralgies orbitaires et temporales, et son œil gauche est devenu progressivement plus saillant que l'autre. Il présente une exophtalmie très marquée de 1 centimètre et demi environ par rapport à l'œil droit. Le malade arrive cependant à recouvrir l'œil, en faisant de grands efforts; mais, en temps ordinaire, la cornée est mal protégée et présente à son centre une kératite ulcéreuse très marquée, accompagnée de poussées.

Il existe un léger ptosis.

En recherchant la cause de l'exophtalmie, en enfonçant l'index entre le rebord orbitaire et le globe, on sent une tumeur qui occupe la fossette lacrymale. Cette tumeur, dure, arrondie, lisse à la surface, s'enfonce dans l'orbite; on ne peut en explorer que la partie antérieure. Elle semble faire corps avec le frontal et est absolument immobile. Il n'existe aucune adhérence avec le globe, ni avec la paupière supérieure. L'œil est gêné dans ses mouvements et ne peut être porté ni en haut, ni en dehors.

Le 21 juin, M. le professeur Badal, après chloroformisation, sectionne la commissure externe, renverse fortement en haut la paupière supérieure et aborde la tumeur par la conjonctive. Enveloppée dans une capsule fibreuse, et ne présentant aucune adhérence, elle est facilement énuclée. Huit jours après, le malade, guéri, quittait l'hôpital.

La tumeur globuleuse, sensiblement sphérique, présente un diamètre de 2 centimètres; son poids est de 7 gr. 50.

A la coupe, elle se montre entourée par une capsule fibreuse très mince.

Elle est de consistance assez dure et ne présente à sa surface de section aucun fait digne d'être noté.

Sur des coupes colorées à l'éosine hématoxylique, on s'aperçoit que la fine capsule est constituée par des lames conjonctives parallèles, infiltrées parfois de petits foyers embryonnaires.

On retrouve par places des vestiges de la glande lacrymale, sous l'aspect d'acini tortueux ou de culs-de-sac coupés dans divers plans. L'épithélium a perdu complètement ses caractères normaux; ses cellules cubiques sont profondément modifiées et tassées les unes contre les autres, le protoplasma est souvent rempli de vacuoles hyalines; la lumière des canalicules est rarement libre. Elle est presque partout obstruée par des blocs épithéliaux dissociés. Le tissu conjonctif qui sépare les culs-de-sac ne présente pas d'infiltration, mais, dans certains endroits, il est entièrement muqueux et parsemé d'ilots cellulaires irréguliers, constitués par de gros éléments à noyau unique, volumineux et étroitement unis les uns aux autres. Ce sont manifestement des acini glandulaires envahis par le néoplasme. On trouve, d'ailleurs, tous les intermédiaires entre les restes de la glande dégénérée et ces tubes néoplasiques.

Dans certaines zones, la tumeur s'étale largement en foyers extrêmement riches en cellules. Parfois, ces boudins épithéliaux n'offrent pas de limites précises, comme si les éléments cellulaires qui les constituent tendaient à se disperser dans le tissu conjonctif qui sépare leurs amas.

En résumé, il s'agit d'un épithélioma tubulé, dont le point de départ réside dans le revêtement des acini glandulaires.

Le premier cas de Fromaget est évidemment un sarco-myxofibrome, mais où est la preuve que la glande palpébrale en est le siège d'origine ? Nous lisons que, « en dehors de la tumeur, accolés contre la coque fibreuse, se trouvent des lobules glandulaires dont les acini sont groupés comme à l'état normal, sans interposition de tissu pathologique » ; nous voyons là, au contraire de Fromaget, une bonne raison pour penser que la glande lacrymale palpébrale n'est pour rien dans le développement du néoplasme.

Le second cas est peut-être un épithéliome tubulé, mais nous ne pouvons nous empêcher de remarquer que rien ne ressemble à un endothéliome comme la tumeur décrite dans ce cas ; les cellules cubiques, profondément modifiées, tassées les unes contre les autres, dont le protoplasma est souvent rempli de vacuoles hyalines, ressemblent beaucoup aux cellules endothéliales ; le défaut de limitation des boudins épithéliaux fait aussi songer à l'endothélium.

C'est d'ailleurs l'avis formel de van Duyse, qu'une pareille confusion a été faite souvent.

Cependant nous devons ajouter que, dans ce cas, il s'agit d'une tumeur épithéliale ou endothéliale certainement développée dans le corps de la glande lacrymale et ceci suffit à donner à ce fait une réelle importance. Cette importance s'accroît encore si on le compare aux faits que nous avons plus haut énumérés et qui, pour la plupart, n'apportent aucune preuve à l'appui du diagnostic qui a été porté à leur sujet.

Obs. 52. — Deux cas de tumeurs de la glande lacrymale (HEHULE, *Maison de santé ophthalmologique de Stuttgart*, 1900). — Dans le premier cas il s'agissait d'un jeune homme de 18 ans, chez lequel, dans la partie externe de la paupière supérieure gauche, on trouvait une tumeur du volume d'un gros haricot, librement mobile, bien limitée et non douloureuse à la pression. L'opération justifia le diagnostic de tumeur de la glande lacrymale.

Il y avait à l'œil gauche une tumeur semblable, plus petite. Le malade ne voulut pas la laisser enlever.

L'interprétation microscopique de la tumeur enlevée était si difficile que trois professeurs d'Université (un anatomo-pathologiste et deux ophthalmologistes), interrogés, exprimèrent trois opinions différentes :

- 1° Carcinome ou, plus vraisemblablement, tuberculose ;
- 2° Inflammation chronique de cause inconnue ; en tout cas pas de nature syphilitique. D'après cette opinion les vaisseaux ne sont pas atteints ;
- 3° Inflammation chronique, peut-être d'origine syphilitique, car d'après cette troisième opinion les vaisseaux sont atteints.

Le deuxième cas, concernant un orfèvre de 55 ans, et remarquable également par l'existence de tumeurs des glandes lacrymales des deux côtés, fut aussi l'origine de diagnostics différents. L'un disait que c'était un sarcome à petites cellules rondes, l'autre une inflammation chronique.

Obs. 53. — Un cas de carcinome primitif de la glande lacrymale. Exirpation de la tumeur par l'opération de Krönlein (BULLER et BYERS, *Quarterly Report of the eye and ear clinic of the Royal Victoria Hospital Montreal*, 1900). — Homme de 31 ans, portant, dans la région lacrymale de l'œil gauche, un volumineux néoplasme. L'œil est dévié. V = 1/6.

La masse enlevée par l'opération de Krönlein a 35 millimètres de long et 25 de large.

L'examen microscopique démontre l'existence d'un épithélioma glandulaire.

Obs. 54. — Deux cas de tumeurs des glandes lacrymales (PAUSE, *Maison de santé de Stuttgart*, 1901). — Dans le premier cas, dans la région de la glande lacrymale, de chaque côté il y avait une tumeur dure, du volume d'un haricot, bien mobile, qui n'était sensible ni spontanément ni à la pression. L'examen microscopique de la tumeur, enlevée avec sa capsule, montra que nulle part on ne pouvait plus retrouver le tissu glandulaire normal. On pouvait distinguer deux sortes de lobules glandulaires : ceux dans lesquels il y avait encore un plus ou moins grand nombre de tubes glandulaires et ceux dont l'enveloppe connective était complètement remplie par un tissu connectif réticulaire à fines mailles, avec des noyaux, les uns arrondis, les autres allongés. En somme la glande présente l'aspect d'une abondante infiltration de cellules rondes, qui en quelques endroits se sont amassées pour former des foyers assez denses.

Dans tous les épithéliums glandulaires encore conservés, les cellules rondes ont pénétré et amené la destruction de l'épithélium, ce que l'on peut reconnaître au gonflement et à « l'effilochement » (effrangement) du protoplasma. En outre, le tissu conjonctif interlobulaire a fortement proliféré. Les vaisseaux sanguins sont en petit nombre et ne montrent pas de modifications. Dans les lobules glandulaires pleins de tissu conjonctif réticulaire à fines mailles, la coloration dans le centre n'est pas aussi intense que sur les parties marginales et le nombre des noyaux est aussi beaucoup moins grand, ce qui doit être probablement attribué à un début de nécrose. On n'a trouvé ni cellules géantes, ni bacilles de Koch.

Pause explique cet aspect microscopique et dit que c'est une inflammation tuberculeuse accompagnée d'une forte prolifération connective, ce qu'il conclut surtout du tissu connectif réticulaire à fines mailles qui remplit les lobules glandulaires. La forte prolifération conjonctive est aussi la cause pour laquelle on n'a pas, jusqu'à présent, observé de vraie caséification dans la tuberculose de la glande lacrymale. « Car ici, d'après Pause, il se forme, correspondant aux lobules glandulaires, de petits foyers

bien encapsulés qui peuvent être bien plus facilement résorbés que des grands territoires tuberculeux confluents. »

Je ne ferai que citer brièvement le second cas venu du même établissement. Il a également pour origine une inflammation tuberculeuse et n'offre pas beaucoup de différence avec le premier cas au point de vue de l'aspect anatomo-pathologique.

A ces derniers faits, que nous rapportons d'après la thèse récente de Tobias, nous devons ajouter le cas original qui a servi de base à cette thèse.

Obs. 55. — *Ein Beitrag zur Kenntniss der Tumoren und ihrer Operation nach der Krönlein'schen Methode* (GEORGES TOBIAS, Inaugural Dissertation, Freiburg, 1902). — A l'automne de 1901, vint à la clinique ophtalmologique universitaire de Fribourg, un cas de tumeur de la glande lacrymale, qui en décembre suivant fut opérée : extirpation de la tumeur au moyen de la résection ostéoplastique de la paroi externe de l'orbite, avec conservation du globe (procédé de Krönlein).

A. G..., ménagère, 57 ans, a eu à 52 ans une attaque d'apoplexie, sans paralysie ; ménopause depuis 4 ans.

Au printemps 1901, la vue de l'œil droit devient mauvaise. Epiphora ; pas de rougeur ni de douleur. Saillie de l'œil vers le bas. Diplopie depuis le début de juillet. Jamais de céphalée. Traitée pendant 3 semaines à l'IK et à la pommade iodée, sans aucun résultat. En décembre la malade revient : l'acuité a diminué et la saillie de l'œil a augmenté.

Examen. — Œil droit, légère ptose. Rien ne sort par compression du sac lacrymal. Légère rougeur de la conjonctive palpébrale. Cornée claire. Pas d'augmentation de la tension. Champ visuel non rétréci ; veines de la rétine légèrement sinueuses.

Tumeur du volume d'une noisette, immobile, d'une dureté osseuse, faisant saillie en avant au-dessus du rebord orbitaire droit, dans la partie temporale. Tumeur semble être en rapports solides avec le toit de l'orbite, mais pas avec le rebord orbitaire ; elle n'est pas non plus en relation avec le frontal du côté du nez. Pas de douleurs, ni spontanément, ni à la pression. Rien aux sinus frontaux (éclairage) ni aux cavités accessoires du nez.

La tumeur a repoussé l'œil en bas et du côté du nez. Exophtalmie atteignant 7 millimètres.

Examen aux rayons X montre une ombre délicate et carrée dans la région de la tumeur.

Diagnostic. — Tumeur de la glande lacrymale du côté droit avec participation de l'os et de l'orbite.

Opération. — Ablation par le procédé de Krönlein (le 9 décembre 1901).

Onze jours après, la malade sort guérie ; plus de diplopie, mobilité complète de l'œil, rien à l'ophtalmoscope ; plus de saillie de l'œil droit ; pas de difformité faciale ; un peu de douleur à la pression dans le champ opératoire.

Le 26 février 1902, malade va très bien ; douleurs de nature névralgique survenant de temps en temps dans le territoire du nerf sus-orbitaire. Rien ne peut faire soupçonner une métastase nulle part. Quand le temps est un peu froid, l'œil droit présente

un peu d'écoulement de larmes. Rien de particulièrement pathologique à cet œil, en dehors de ce larmolement.

L'examen microscopique de la tumeur fait conclure à un épithéliome avec formation très abondante de concrétions et calcification.

Obs. LVI. — *Myxo-sarcome de la glande lacrymale, à petites cellules tendant à devenir fusiformes*. H. COPPEZ, *Arch. d'opht.*, juin 1903. — Homme de 61 ans, présentant, six mois après un traumatisme, une tumeur qui, dans l'espace de trois ans, atteint le volume d'un œuf de pigeon. Cette tumeur siègeait à la partie supérieure et interne de la glande lacrymale, qui en était indépendante. Elle avait la structure d'un myxo-sarcome.

Obs. LVII. — *Sarcome de la glande lacrymale à petites cellules rondes ; pas de récurrence après trois ans*. H. COPPEZ, *ibid.* — Femme, 41 ans, tumeur développée en quelques mois dans la région de la glande lacrymale.

Le néoplasme siège dans la loge aponévrotique, mais la glande en est complètement indépendante.

Obs. LVIII. — *Sarcome de la glande lacrymale et de la glande parotide des deux côtés. Récidive (?) dans les ganglions cervicaux correspondants, après 18 mois*. H. COPPEZ, *ibid.* — La tumeur de la glande lacrymale s'est développée en un an environ ; elle est encapsulée, et la glande lacrymale, nettement comprimée et en voie d'atrophie, est rejetée en dehors ; elle est séparée de la tumeur par la capsule. Il s'agit d'un sarcome à petites cellules rondes.

Il est très remarquable de constater que, dans ces trois cas de Coppez, il s'agit de néoplasmes développés dans la loge de la glande lacrymale et non dans la glande elle-même. Cette glande est en réalité rarement atteinte par la diathèse néoplasique, et il en existe une explication suffisante dans son rôle physiologique peu actif ; les lobules glandulaires ont une circulation adéquate au faible fonctionnement des cellules épithéliales ; celles-ci, pathologiquement, prolifèrent peu, parce que physiologiquement elles fonctionnent faiblement, et le tissu connectif qui les supporte et leur donne leurs moyens de nutrition jouit lui-même d'une vitalité restreinte. Ainsi l'on se rend compte de l'extrême rareté des vraies tumeurs de la glande lacrymale.

La rareté de ces néoplasmes donne un intérêt particulier aux observations publiées récemment par Moissonnier et Dupuy-Dutemps (*Société française d'ophtalmologie*, mai 1903).

Le premier auteur a fait connaître un fait de cylindrome de la glande

lacrymale s'étant lentement développé (4 ans) et enlevé par l'opération de Krönlein.

L'examen histologique montre des lésions que l'auteur décrit sous le nom d'*épithélioma alvéolaire avec envahissement myxomateux*.

Dupuy-Dutemps a également décrit une tumeur épithéliale de la glande lacrymale.

La tumeur est formée par des boudins épithéliaux ayant subi, en divers points, tous les stades de la dégénérescence colloïde.

Au sujet de ces tumeurs, ou prétendues tumeurs de la glande lacrymale, on pourrait se livrer à des controverses interminables touchant le lieu d'origine des néoplasmes, dans le tissu interstitiel ou dans l'épithélium, ou encore dans la capsule de la glande. On serait ainsi conduit à ce qui a été dit au sujet des tumeurs de la parotide.

Il y a quelques années, on considérait presque toutes les tumeurs de cette glande comme des carcinomes; on tend aujourd'hui à y voir surtout des sarcomes ou des endothéliomes. Le nombre des tumeurs, bien étudiées, des glandes lacrymales n'est pas encore assez grand pour qu'on puisse ici se livrer à une discussion utile; il est probable que les endothéliomes y prédominent, mais nous ne sommes pas en état de le démontrer.

Pour la plupart, les observations importent seulement au point de vue clinique; nous nous contenterons de faire remarquer les particularités qui les distinguent à cet égard.

En ce qui concerne les symptômes, nous ne nous arrêterons pas sur les signes physiques: l'exophtalmie latérale en bas et en dedans, le ptosis, les phénomènes de compression oculaire; et parmi les signes fonctionnels: douleurs, troubles de la vision, troubles de la sécrétion des larmes, nous n'appellerons l'attention que sur ces derniers accidents.

Weller, Samuel Cooper ont noté la sécheresse de l'œil comme un des premiers symptômes du squirrhé de la glande lacrymale; chez le malade de Masliemat-Lagemard, l'écoulement des larmes a diminué peu à peu, et finalement disparu après l'extirpation de la glande, sans que la lubrification de l'œil ait été altérée.

La diminution et la suppression des larmes a été constatée également par Richet, Boeck, Dianoux et Schaffer.

Cette particularité vient appuyer l'opinion de Badal, qui considère que la glande lacrymale orbitaire n'a aucune influence sur la lubrification de l'œil, et que cette glande est exclusivement chargée de la sécrétion des larmes proprement dites.

Dans quelques cas, la tumeur était double (Goldzieher, Pröhl, Wecker et Masselon); mais la plupart du temps elle était unilatérale; ses rapports avec l'orbite sont variables, en ce sens qu'on a trouvé quelquefois une capsule épaisse, résistante (Alt, Socor, Grunwald, etc.).

On comprend que la délimitation de la tumeur par la capsule ait une grande importance au point de vue du traitement, ainsi qu'en ce qui concerne les récidives. L'extirpation est très facile, et la guérison définitive lorsque le néoplasme est nettement enkysté.

Parmi les cas où la guérison définitive paraît avoir succédé à l'acte opératoire, nous signalerons ceux de Pick, Schaffer, Rogman, Pröhl, Huber, Piazza. Au contraire, Goldzieher, Jennings, Alt et quelques autres ont eu des récidives.

Ces récidives sont à redouter toutes les fois que le néoplasme a dépassé la loge de la glande lacrymale, et si, au cours de l'intervention, l'opérateur remarque que la tumeur a envahi l'orbite, il y a lieu de pratiquer l'exentération complète de cette cavité, même si cette large opération oblige à sacrifier un œil encore pourvu de vision.

Nous ne nous arrêterons pas à décrire ici les procédés opératoires qui ont pour but l'extirpation de la glande lacrymale; on sait que cette glande peut être abordée de deux façons différentes: 1° par le cul-de-sac conjonctival; 2° par le rebord orbitaire.

On trouvera dans les traités de médecine opératoire la description des procédés de Todd, de Halpin, de Velpeau, qui se rapportent à la deuxième méthode.

La première, qui n'est applicable qu'aux tumeurs d'un petit volume, consiste à inciser la commissure externe, à attirer fortement en haut la paupière supérieure et à la renverser; la glande lacrymale néoplasique apparaît alors dans le cul-de-sac. Après avoir incisé la conjonctive, on