

coniques qui ont l'avantage d'amener une assez large dilatation avec un minimum de pénétration (fig. 362).

Ils sont surtout utiles lorsqu'il faut dilater fortement un rétrécissement siégeant à l'embouchure du sac avec le canal.

3° *Débridement du canal.* — Quelquefois un rétrécissement assez serré existe au niveau de l'abouchement du sac avec le canal; on a proposé pour supprimer cet obstacle l'incision ou la dilatation. L'incision se fait soit avec le lacrymotome de Giraud-Teulon, qui est surtout destiné à cet usage, soit avec le petit couteau de Stilling (fig. 363), qu'on introduit par le conduit lacrymal déjà débridé, et qu'on enfonce jusque dans le canal nasal. La dilatation se fait avec la sonde conique de Weber (fig. 362), qu'il faut enfoncer avec lenteur et sans exagération de force, car on pourrait déchirer ou du moins contondre dangereusement la muqueuse du canal au niveau de la portion rétrécie.

Quant à l'emploi des bougies de *laminaria digitata*, on ne peut qu'en proscrire, car on serait exposé à voir la bougie se dilater au-dessous du rétrécissement et ne pouvoir être retirée sans déchirure de la muqueuse.

III. — De la tumeur et de la fistule lacrymales.

La tumeur lacrymale résulte presque toujours, à son origine, de l'inflammation et de la suppuration du sac lacrymal. Elle ne contient alors que du pus; plus tard, lorsque l'inflammation s'apaise, le liquide est formé de muco-pus, ou même de mucus mêlé seulement d'une certaine quantité de larmes. Alors la tumeur est entretenue par un rétrécissement, et quelquefois par une oblitération du canal nasal; il peut même s'y joindre une oblitération des conduits lacrymaux, et la tumeur se rapproche des kystes et réclame un traitement analogue. Lorsqu'elle s'est ouverte à l'extérieur, c'est la fistule proprement dite, et enfin une complication assez fréquente, soit de la tumeur, soit de la fistule, est la carie de l'os unguis.

On constate ces divers états par les injections, par le cathétérisme des conduits et du canal nasal et enfin par l'ouverture de la tumeur.

Selon l'état présumé ou reconnu des parties et les obstacles à la guérison, il y a quatre indications principales auxquelles répondent quatre méthodes. La première consiste à ramener le sac à son état naturel; la seconde à détruire le rétrécissement du

canal; la troisième à lui substituer un canal artificiel; la quatrième, en désespoir de cause, s'attache à empêcher le passage des larmes par la destruction des voies lacrymales. Enfin nous aurons à parler de quelques procédés dirigés contre les complications.

PREMIÈRE MÉTHODE. *Traitement de l'inflammation du sac.* — Ce traitement est d'abord essentiellement médical, surtout quand l'inflammation est aiguë; plus tard on a recours aux injections, à la compression et à la cautérisation.

1° Les *injections* se font, comme il a été dit, par les conduits lacrymaux débridés au préalable s'il en est besoin; elles peuvent être émollientes, excitantes, ou même cathétériques.

2° La *compression*, imaginée par Fabrice d'Acquapendente, s'exerce à l'aide d'une petite pelote supportée par une tige d'acier, fixée à son tour à une courroie ou à un ressort qui embrasse le front et la tête. On peut se contenter d'un léger tampon de charpie maintenu par une bande de flanelle en y joignant des injections avec l'eau tiède pure ou l'eau de sureau.

3° La *cautérisation* s'exerce sur la surface interne du sac, moyennant une incision préalable faite à la tumeur, ou à travers la fistule que l'on dilate au besoin. Le nitrate d'argent est le caustique préféré.

DEUXIÈME MÉTHODE. *Traitement du rétrécissement du canal.* — Elle comprend un grand nombre de procédés. La plupart sont dirigés contre le rétrécissement du canal muqueux et se rattachent à la dilatation temporaire, à la cautérisation, à la dilatation permanente; enfin Gerdy s'est proposé d'élargir le canal osseux même.

1° *Dilatation temporaire.* — Elle consiste à porter dans le canal divers corps dilatants: bougies emplastiques, de gomme élastique, d'ivoire dépouillé de ses sels calcaires; tiges de baleine, cordes à boyau, séton; enfin sondes métalliques, de plomb, d'argent, d'acier, etc. Ces sondes sont introduites, soit par le conduit lacrymal incisé, soit par une ouverture à la tumeur même.

Par le conduit lacrymal supérieur. — Nous avons décrit le procédé d'introduction. On laisse la sonde en place, d'abord quelques

minutes, puis peu à peu une ou plusieurs heures, en répétant l'opération tous les jours jusqu'à guérison.

Par une ouverture à la tumeur. — Quand il y a une fistule, il n'y a qu'à la dilater ou à l'agrandir d'un coup de bistouri; s'il y a tumeur, le bistouri est dirigé par sa saillie même. Cependant non seulement pour l'incision, mais encore pour l'introduction des sondes, il importe de savoir toujours reconnaître l'orifice supérieur du canal nasal.

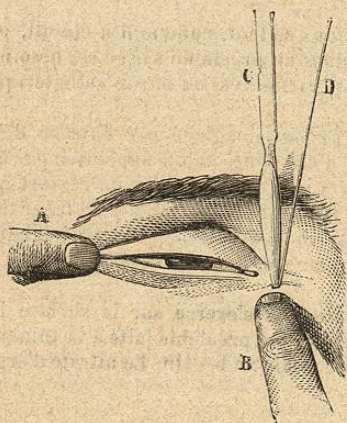


FIG. 364.

PONCTION DU SAC LACRYMAL.

A, doigt tirant en dehors la commissure externe. B, doigt appuyé sur le rebord orbitaire inférieur. C, bistouri ponctionnant le sac. D, stylet introduit par l'ouverture faite au sac lacrymal.

Sa position varie sur divers sujets, selon que la racine du nez est large ou étroite, que la commissure des paupières est plus ou moins éloignée. Une donnée fixe est fournie par le rebord osseux qui limite antérieurement la gouttière lacrymale.

Pour reconnaître cette saillie, on porte le doigt sur le bord orbitaire inférieur (fig. 364), et on le fait filer vers l'angle interne de l'œil, où il est arrêté par la lèvre antérieure de la gouttière lacrymale, derrière laquelle se trouve l'orifice du canal. Il se présente là trois variétés de rapports bien remarquables : tantôt le doigt est arrêté, et l'incision doit être faite en dehors de la commissure pal-

pébrale; ou bien c'est au niveau de la commissure et immédiatement au-dessous; ou enfin en dedans de la commissure, et au-dessous du tendon du muscle orbiculaire. L'incision ne se pratique pas autrement que pour un abcès ordinaire, en affectant seulement la direction en bas et en dehors.

Lorsqu'il existe une tumeur lacrymale, on reconnaît difficilement ce rebord osseux. Le mieux est alors de placer un bistouri étroit dans la direction déjà indiquée (voy. fig. 357), de déprimer légèrement avec le plat de la lame le tendon de l'orbiculaire qu'on fait saillir en tirant les paupières en dehors. On pénètre alors à coup sûr dans le canal nasal.

L'incision faite, quelques chirurgiens portent de vive force une sonde ou un stylet dans le canal, sans s'occuper du rétrécissement

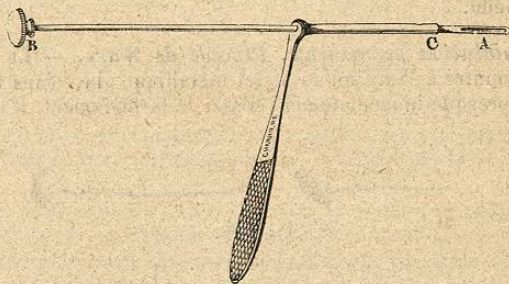


FIG. 365.

Stylet et canule pour la cautérisation du canal nasal. — A, partie de la tige creusée en gouttière pour loger le nitrate d'argent; B, bouton terminal; C, canule.

qui peut exister. Cela est tout à fait irrationnel; il faut faire pénétrer l'instrument doucement, sans effort, en proportionnant son calibre à l'étroitesse du rétrécissement, ainsi qu'on fait pour le canal de l'urèthre.

L'incision faite, on introduit et même on laisse à demeure les sondes, bougies ou autres corps dilatants, sauf à les remplacer de temps à autre par des instruments de plus gros calibre. Les sondes métalliques sont généralement munies d'une sorte de petite tête aplatie qui les fait ressembler à un clou, et qui s'arrête d'elle-même en dehors de l'ouverture.

Combien de temps doit-on poursuivre le traitement par la dilatation? Quand le canal a repris son calibre normal, tout traitement ultérieur est inutile. Le mauvais côté de ce mode de trai-

tement est la récurrence, et le seul moyen de la prévenir est de passer dans le canal par le point lacrymal, de temps à autre, quelques sondes de Bowmann.

2° *Cautérisation.* — Gensoul introduisait par la narine dans le canal un porte-caustique courbé sur le modèle de ses sondes; d'autres ont préféré l'y porter par une ouverture faite à la tumeur. Il faut commencer par dilater le canal; puis, la cautérisation faite, appliquer de rechef la dilatation. Il est plus simple de s'en tenir à celle-ci d'un bout à l'autre. Quoi qu'il en soit, pour faire la cautérisation on se sert d'une petite canule spéciale (fig. 365) supportée par un manche et qu'on introduit par l'ouverture faite au sac lacrymal. Dans cette canule glisse un stylet plein (B, A) creusé à son extrémité d'une petite cavité logeant un peu de nitrate d'argent fondu.

3° *Dilatation permanente. Procédé de Ware.* — Le hasard ayant montré à Ware qu'un stylet métallique placé dans le canal faisait presque immédiatement cesser le larmolement, il en con-



FIG. 366.

Clous de Ware.

clut que les larmes passaient entre le stylet et la muqueuse, et il établit sur ce fait sa méthode. Son stylet est un fil métallique d'environ 30 à 34 millimètres de longueur, droit dans presque toute son étendue, recourbé en haut à angle obtus; la branche inférieure, très longue, est destinée à occuper le canal; la branche supérieure n'a que 4 millimètres de longueur et se termine par une tête aplatie, circulaire, de 4 millimètres environ de diamètre. Quand le stylet est placé, sa branche supérieure reste dans le trajet de l'incision faite au sac lacrymal, et sa tête aplatie recouvre et masque la plaie extérieure. On la colore avec un vernis noir pour simuler une mouche (fig. 366); d'autres ont proposé de lui donner une couleur de chair analogue à celle de la figure. Le malade garde ce stylet toute sa vie.

La manière de l'introduire n'est pas autre que celle des sondes ou bougies ordinaires. Ce procédé a été jadis fort vanté en Angleterre et en Amérique; toutefois Jameson déclare qu'il ne l'a jamais vu dissiper complètement les inconvénients de la

fistule lacrymale; et en définitive la fistule est entretenue par la présence du clou lui-même.

Procédé de Malgaigne. — Malgaigne a pensé qu'un stylet comme celui de Ware, mais dont la tête ronde serait enfermée dans le sac lacrymal (fig. 367), atteindrait parfaitement le but, sans avoir l'inconvénient de laisser une fistule permanente à l'extérieur.

Il a appliqué ce procédé sur plusieurs sujets. Quelques-uns s'en sont bien trouvés; mais il ne les a pas revus assez longtemps



FIG. 367.

Clou de Malgaigne, modifié par Richet.

après pour dire que la cure a été radicale. Chez d'autres, il a fallu retirer le clou qui remontait dans le grand angle de l'œil.

4° *Élargissement du canal osseux. Procédé de Gerdy.* — Il introduit dans le canal nasal un scalpel étroit, courbé en serpette à son extrémité, avec lequel il coupe l'unguis de bas en haut, le long de son bord antérieur. Il reporte ensuite le tranchant en arrière et en dedans pour diviser de bas en haut l'os unguis le long de son bord postérieur ou à peu près; enfin il fait consolider, au moyen de grosses mèches, la paroi interne du canal dans un état d'écartement qui assure la dilatation du canal membraneux.

TROISIÈME MÉTHODE. *Création d'un canal artificiel.* — Il y a deux principaux procédés: tantôt on place une canule à demeure dans l'ancien canal, ou à peu près dans sa direction; tantôt on perce une voie nouvelle à travers l'os unguis. Laugier a bien aussi pratiqué une semblable ouverture à travers la paroi du sinus maxillaire; mais cette perforation n'offre aucun avantage sur celle de l'os unguis, et l'accumulation des larmes dans le sinus pourrait avoir de sérieux inconvénients.

1° *Canule à demeure dans le canal.* — Foubert paraît avoir eu le premier l'idée de ce procédé, qui a surtout acquis la vogue

au temps et par l'autorité de Dupuytren. La canule doit être d'or ou de platine, pour ne pas être détruite à la longue par les réactions chimiques; elle doit porter à son orifice



FIG. 368.

Canule de Dupuytren.

supérieur un bourrelet circulaire, qui l'empêche de s'enfoncer trop loin dans le canal; Pellier avait ajouté un second bourrelet à sa partie moyenne pour l'empêcher de remonter. Dupuytren la taillait en bec de flûte (fig. 368) à son orifice inférieur, ce qui l'expose à perforer la muqueuse et même les os. Il lui imprimait aussi une légère courbure, suivant sa longueur, pour s'accommoder à celle du canal. Mais sa canule péchait surtout par excès de longueur: il ne lui donnait pas moins de 20 à 25 millimètres.

On commence par faire une incision à la tumeur (fig. 364), et l'on cherche à dilater le canal absolument comme dans la dilatation temporaire: quand il offre un calibre capable de recevoir la canule sans risque de déchirure, on enfonce celle-ci comme un clou métallique ordinaire, seulement en s'aidant du mandrin et en usant au besoin d'une force suffisante pour que son bourrelet supérieur se trouve caché en entier dans le sac lacrymal assez loin de la plaie extérieure pour n'en pas gêner la cicatrisation. Le mandrin étant alors retiré, on fait moucher le malade, et s'il sort par la plaie un peu de sang ou de mucus mêlé d'air, on peut en conclure que la canule est convenablement placée. Si l'air ne s'échappait pas à l'extérieur, c'est qu'on aurait fait fausse route ou que la canule serait trop peu enfoncée; il faut alors ou l'enfoncer davantage, ou la retirer pour la replacer plus exactement dans le canal. Il ne reste plus qu'à recouvrir la petite plaie d'une mouche de taffetas gommé, et à en attendre la cicatrisation.

Ce n'était pas ainsi que procédait Dupuytren; mais, tenant son bistouri presque perpendiculaire, il cherchait à l'enfoncer d'un coup dans le sac et dans le canal, et, le retirant quelque peu, il glissait sur sa lame la canule montée sur son mandrin, retirait le bistouri tout à fait et par une pression brusque enfonçait la canule. Rien d'aussi admirable pour la rapidité d'exécution; l'opéré était renvoyé immédiatement à ses affaires, le plus souvent sans se douter qu'il avait une canule à l'intérieur.

Mais il faut bien dire aussi que le chirurgien ne savait pas où il avait placé sa canule, et qu'en l'introduisant de vive force dans un canal rétréci, le plus souvent il devait faire fausse route, dé-

chirer la muqueuse, dénuder ou même briser la paroi osseuse du canal.

Ce procédé doit donc être rejeté absolument quand le canal n'est que rétréci et peut être dilaté; il convient mieux quand le canal est oblitéré. En pareil cas, Monro avait proposé de percer un canal nouveau dans la même direction avec une alêne; Wathen voulait qu'on creusât le canal avec un foret et qu'on y mit une canule; et Dupuytren paraît avoir opéré une fois d'après les idées de Wathen. C'est une étrange illusion de croire qu'on percera ainsi un canal osseux régulier; on va tout à fait au hasard, et le mandrin de la canule est aussi bon pour cela que tout autre instrument.

L'emploi de la canule a encouru de nombreux reproches. Je ne parlerai pas de celle de Dupuytren, trop longue d'abord, et qu'on a vue traverser la voûte palatine; puis trop étroite, et exposée par là soit à remonter dans le sac, soit à tomber dans les fosses nasales; enfin fabriquée avec l'argent et trop sujette à s'altérer. Mais la canule la mieux faite et la mieux placée peut déterminer de vives douleurs, des névralgies dentaires, des irritations de toute sorte, à la longue la carie ou la nécrose des os voisins. On peut donc être obligé de l'extraire, et il est bon de dire comment on s'y prend.

Le sac lacrymal largement ouvert, on porte dans la canule un mandrin armé d'un pas de vis qui s'y imprime, ou un mandrin bifide qu'on écarte contre les parois de la canule ou le crochet de J. Cloquet, et on la retire en employant la force nécessaire, mais sans brusquerie, dans la direction du canal.

2° *Perforation de l'os unguis.* — Déjà quelques chirurgiens anciens avaient eu recours à cette opération afin d'ouvrir au pus une route dans les narines. Plus tard on a destiné cette route nouvelle aux larmes, et l'on a employé, à cet effet, le trocart, le fer rouge, divers emporte-pièce, un petit trépan, etc. Gerdy a quelquefois excisé avec sa serpette la paroi interne du canal, détachée par le procédé décrit plus haut. Reybard a imaginé un perforateur calqué à peu près sur celui de Deleau pour la membrane du tympan, consistant en une vrille en tire-bouchon, à l'aide de laquelle on traverse l'os unguis par une ouverture qui n'a pas plus de 1 millimètre; lorsque l'os est traversé et que tout le pas de vis est dans la fosse nasale, on fait jouer dessus une canule tranchante qui coupe toutes les parties comprises entre son rebord et le pas de vis qui lui sert de point d'appui,

de manière à obtenir une perte de substance de plus de 5 millimètres de diamètre.

QUATRIÈME MÉTHODE. *Destruction des voies lacrymales.* — J'ai déjà parlé de l'extirpation de la glande lacrymale pratiquée par P. Bernard et Textor; on a aussi essayé de détruire les points lacrymaux et enfin le sac lui-même.

1° *Destruction des points lacrymaux.* — Bosche, qui le premier en a eu l'idée, les cautérisait avec un crayon très ténu de nitrate d'argent; d'autres se sont servis d'un petit cautère rougi à blanc. Velpeau les divisait d'un coup de ciseau pour les voir oblitérer par la cicatrice.

2° *Destruction du sac lacrymal.* — C'était le *nec plus ultra* de la chirurgie des anciens. A. Nannoni y est revenu au XVIII^e siècle, en portant dans le sac un caustique; L. Nannoni, son fils, avec le fer rouge.

Stoëber incise largement le sac, écarte les lèvres de la plaie avec des pinces et promène dans l'intérieur du sac un crayon de potasse caustique. Magne, qui a le premier repris cette méthode en 1848, employait le beurre d'antimoine. Jungken préférait le chlorure de zinc; voici comment Desmarres père en a réglé l'application.

Chlorure de zinc. — Desmarres, modifiant le procédé de Jungken, se sert d'une plume d'oie coupée en forme de tube et mâchée à celle de ses extrémités qui doit entrer dans la plaie pour en prendre la forme allongée; on y introduit gros comme deux ou trois grains de chènevis de chlorure de zinc. Dans l'autre bout, on glisse une boulette de charpie, qui avec un stylet devra jouer le rôle de piston. Le tube ainsi armé, on le porte par la plaie jusque dans le sac; on pousse alors à l'aide du stylet l'éponge jusque dans la plaie, chassant le caustique devant elle, et on laisse jusqu'au lendemain.

Il serait beaucoup plus simple, de tailler un morceau de pâte de Canquoïn de la longueur et de la largeur du sac, de le porter dans celui-ci à l'aide d'une pince à disséquer.

Chlorure d'antimoine. — Magne préfère ce caustique, parce qu'il est liquide; mais, pour qu'il conserve son énergie, il faut le prendre en cristaux et le liquéfier par la chaleur au moment de l'opération. Il suffit d'une incision de 1 centimètre pratiquée au-

dessous du tendon et dont on écarte les bords au moyen d'un spéculum spécial.

Cautère actuel; procédé de Desmarres. — Il se servait d'un cautère offrant d'abord comme réservoir du calorique une boule de fer de 15 millimètres environ de diamètre, et supportant une tige émoussée d'une longueur égale, destinée à être portée dans le sac (fig. 369). Celui-ci est ouvert par une incision qui commence à 1 centimètre au-dessus du tendon de l'orbiculaire, et descend en suivant le contour de l'orbite dans une étendue de 3 centi-

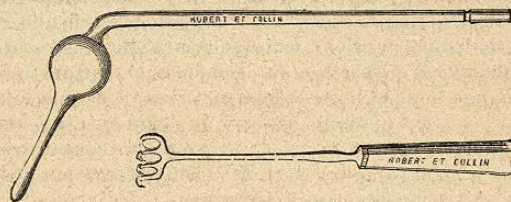


FIG. 369.

Cautère et érigne pour la cautérisation du sac lacrymal.

mètres, divisant la peau, le tendon et le sac jusqu'aux os. On en écarte les lèvres avec deux érignes à quatre ou six dents ou des écarteurs pleins; on recouvre la paupière avec un linge mouillé, et, portant rapidement le cautère dans le sac, on le cautérise avec soin de haut en bas et dans toute son étendue. Le cautère ne doit être chauffé qu'au rouge-cerise, de peur d'atteindre les os et d'en amener la nécrose; il faut également se garder de le porter sur la paroi externe du sac, de peur d'atteindre la sclérotique.

L'incision paraîtra sans doute un peu longue; Desmarres dit qu'avec une plus petite, la cautérisation n'est pas complète; et il insiste sur la section du tendon de l'orbiculaire, afin de ne pas laisser intacte la portion supérieure du sac, qui suffirait à produire une récidive.

Quand les os n'ont pas été atteints, la plaie se ferme du quinzième au trentième jour; autrement elle peut durer pendant deux mois. Quelquefois une seule cautérisation ne suffit pas, il faut y revenir deux et trois fois; Desmarres cite une jeune fille chez laquelle, après trois cautérisations dans un espace de sept mois, il

fut encore obligé d'exciser les conduits lacrymaux pour compléter la guérison.

La galvano-caustique est le moyen le plus simple et le plus sûr pour opérer la destruction du sac; mais il faut avoir soin de faire porter son action sur l'embouchure des conduits dans le sac. Il est même prudent de détruire ces conduits eux-mêmes, ce qui se fait très-facilement de la manière suivante: on introduit dans chacun d'eux une épingle, puis de chacune de ces épingles on approche les cordons servant de conducteurs, de manière à amener les épingles en contact par leurs pointes. Elles rougissent aussitôt et les conduits cautérisés et détruits s'oblitérent.

Un point fort important est de savoir en quoi consiste cette guérison par destruction du sac. Il y a cicatrisation de la fistule, cessation de l'écoulement purulent; mais les larmes? Desmarres dit avoir souvent observé la disparition du larmolement, surtout après un certain temps, lorsque toute irritation a cessé; et quand le larmolement persiste, du moins est-ce à un degré très supportable. Cela est quelque peu flatté: il n'y a pour s'en convaincre qu'à lire ce que le même auteur a écrit des larmolements par absence, étroitesse, déviation des points lacrymaux.

Appréciation. — La multitude des procédés porte déjà témoignage de la difficulté de guérir la maladie; et, en effet, il n'en est pas un seul qui donne une garantie certaine de la guérison. Quand, d'un autre côté, on considère la longueur du traitement, les douleurs et parfois les accidents qui l'accompagnent, ne sont-ce pas là des raisons suffisantes pour se décider résolument à la destruction du sac? Ainsi en ont jugé plusieurs chirurgiens; mais je ne saurais me ranger de cet avis. La destruction du sac n'assure pas le malade contre le larmolement permanent, qui est la principale incommodité des fistules ordinaires, loin de là; quand ce larmolement persiste, il reste désormais sans remède, à moins qu'on ne tente la ressource douteuse de l'extirpation de la glande lacrymale. La destruction du sac n'est pas non plus sans danger; elle a déterminé quelquefois des érysipèles, des caries, et le traitement consécutif peut aussi se prolonger fort longtemps. La question serait bien près d'être jugée cependant, s'il était vrai, comme le dit Desmarres, que *la plupart des guérisons que l'on croit avoir obtenues par la dilatation ne sont en définitive que le résultat d'une occlusion amenée peu à peu par la suppuration et le contact des corps étrangers.* Il s'en est assuré, dit-il, par l'injection dans les conduits lacrymaux, laquelle ne pénètre pas jusqu'au sac. Avant d'appliquer un procédé quelconque, il est essentiel de s'assurer

que les conduits lacrymaux ne sont pas oblitérés. Lorsqu'on les trouve libres, je regarde comme un devoir de chercher à rétablir la fonction par tous les moyens possibles avant de recourir à la destruction des organes, qui peut être comparée à une amputation. Ce cas échéant même, il me semble que l'extirpation du sac par le bistouri et la rugine serait plus simple et moins périlleuse que l'application des caustiques ou du cautère actuel.

Le traitement des affections des voies lacrymales a subi, depuis ces vingt dernières années, de profondes modifications. La plupart des procédés décrits plus haut sont abandonnés et la méthode la plus généralement suivie est celle de la dilatation des voies lacrymales avec section des points et conduits lacrymaux, petite opération préliminaire permettant l'introduction de stylets plus ou moins volumineux dans le canal nasal. Le cathétérisme du canal nasal par les fosses nasales est complètement abandonné et avec juste raison; le cathétérisme par les voies lacrymales supérieures avec section des points lacrymaux suffit pour guérir l'épiphora. Praticqué avec persévérance, et aidé par les injections médicamenteuses, il procure le plus ordinairement la guérison de l'inflammation et du catarrhe du sac et très souvent celle de la fistule lacrymale elle-même. J'ai obtenu par ce moyen, prolongé pendant un ou deux mois, la guérison de plusieurs fistules, et ce n'est qu'exceptionnellement, en cas d'insuccès complet, qu'on devra recourir à l'oblitération du sac ou à sa destruction par les caustiques.

ARTICLE II

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LES PAUPIÈRES

I. — Tumeurs enkystées des paupières.

Ces tumeurs, de nature assez mal connue, sont généralement de petits kystes renfermant un liquide séreux, sanguinolent ou même purulent, avec des parois comme fongueuses, rougeâtres, faciles à écraser et à déchirer. Elles siègent dans trois points différents: 1° sous la peau, où on les reconnaît, parce qu'elles sont mobiles et très saillantes; 2° sous le muscle orbiculaire, qui les comprime, en sorte que, bien que faisant saillie au dehors, elles finissent par éroder et perforer le cartilage tarse et par s'ouvrir sur la conjonctive; ce sont les plus communes; 3° enfin sous la conjonctive, et alors elles ne font plus saillie à l'extérieur.