

que donne l'exploration de certaines varices, et ne milite-t-elle pas en faveur de la supposition qu'il existe une dilatation des veines de l'orbite ?

**Marche. Terminaisons.** L'affection, après avoir augmenté pendant plusieurs mois, peut rester ensuite stationnaire pendant un ou deux ans. Les divers phénomènes, battements du cœur, saillie des yeux, goître, diminuent ; il subsiste un certain degré de gonflement et d'induration de la glande thyroïde et de saillie des yeux. Avant la disparition des phénomènes locaux, les troubles généraux cessent ; les fonctions de l'estomac et de l'intestin reprennent leur rythme normal (Trousseau). Chez d'autres malades, les troubles cardiaques et le goître disparaissent complètement ; l'exophtalmos persiste au contraire.

Lorsque la saillie des yeux est très-prononcée, que les paupières ne peuvent plus recouvrir le globe, celui-ci, restant continuellement à découvert, s'enflamme ; la cornée s'infiltré quelquefois, et la vision peut être gravement compromise, perdue même.

Quelquefois la maladie se termine par une anémie très-forte, suite des troubles digestifs ; il survient une fièvre hectique ou une affection intercurrente des voies respiratoires. Enfin la mort peut être occasionnée par une hémorragie pulmonaire, intestinale ou méningée (Hirsch).

**Diagnostic.** Il est généralement facile, quand l'exophtalmos existe des deux côtés, que l'on constate des troubles cardiaques, la présence d'une tumeur thyroïdienne. Comment en effet supposer, dans ce cas, la confusion possible de la sortie de l'œil en dehors de l'orbite avec une hydrophthalmie ? Dans cette dernière affection, l'œil est lui-même augmenté de volume et offre un aspect caractéristique ; la vision est alors gravement compromise, tandis qu'elle demeure généralement intacte dans l'exophtalmos anémique. Lorsque l'exorbitisme n'affecte qu'un seul côté, le diagnostic peut offrir plus de difficultés ; l'exploration attentive de l'orbite, qui ne permet de découvrir aucune tumeur ayant repoussé le globe en avant, l'intégrité de la vision et surtout l'examen attentif de l'état général du sujet (chlorose, anémie, anasarque, albuminurie, etc.) mettront sur la voie de la nature réelle de l'affection.

**Pronostic.** On en comprend toute la gravité, puisque l'exophtalmos dépend d'un état général contre lequel l'art est quelquefois impuissant. Indépendamment de ce péril, il en est un autre résultant de l'exposition permanente de l'œil au contact de l'air et des corps extérieurs, alors que l'exorbitisme est assez avancé pour ne plus permettre l'occlusion des paupières : c'est l'altération de la cornée et la perte consécutive de la vision.

**Traitement.** Il convient de combattre l'état général du malade par une médication et une diététique appropriées. On prescrit un régime nourrissant, composé de viandes noires, de bière ; on évite l'usage du vin toutes les fois qu'il existe des palpitations. Le patient s'abstient de toute fatigue, de toute agitation. Dans le but de stimuler et de régulariser les fonctions digestives, on prescrit des substances dites *stomachiques* : la racine de columbo, l'écorce de cascarille, associées au bicarbonate de soude ; la rhubarbe, le gingembre. Les préparations toniques, notamment les ferrugi-

neux, sont utiles ; il n'en est pas de même des préparations iodées et des mercuriaux, désapprouvés par Mackenzie et Trousseau. Ce dernier considère aussi le fer comme nuisible dans le goître exophtalmique ; il conseille la saignée, la digitale et l'hydrothérapie ; la saignée pendant les accès, la teinture de digitale après le paroxysme. « Les deux indications principales, dit Trousseau, sont de calmer le cœur par le meilleur moyen que nous ayons, la digitale, et de rétablir la fonction menstruelle par divers moyens variables, suivant l'âge, le tempérament, les habitudes et les conditions hygiéniques de chacune de ces malades. »

Pour combattre l'exophtalmos, on a proposé l'application d'eau froide sur les yeux, de vésicatoires volants autour de l'orbite, une compression méthodique sur le globe, l'occlusion des paupières, la nuit, avec des bandelettes de taffetas d'Angleterre, alors que l'exorbitisme est assez avancé pour laisser l'œil à découvert pendant le sommeil.

---

## SECTION V.

### MALADIES DE LA GLANDE LACRYMALE.

---

#### CHAPITRE I.

##### ANOMALIES DE LA GLANDE LACRYMALE.

Chez les enfants qui viennent au monde privés d'yeux, la glande lacrymale n'existe pas le plus souvent ; quand on la rencontre, elle occupe la place de l'œil. Benedict, Rosas, A. Schmidt, ont observé des cas dans lesquels les canaux excréteurs de la glande lacrymale se perdaient dans l'épaisseur de la paupière supérieure, sans s'ouvrir à la surface de la conjonctive ; de cette *imperforation* résultait la formation d'une *tumeur lacrymale vraie* (voy. p. 817). Jurine pense que les canaux excréteurs de la glande sont rarement oblitérés. Pour ce qui est des *kystes congénitaux*, qui ont été vus quelquefois dans la région occupée par la glande lacrymale, on a supposé que tantôt ces tumeurs prennent leur point de départ dans le tissu glandulaire, que d'autres fois elles résultent d'une dilatation d'un des conduits excréteurs (voy. p. 816).



## CHAPITRE II.

## BLESSURES DE LA GLANDE LACRYMALE.

Ces blessures sont rares ; cela tient à ce que la plus grande portion de la glande est abritée par la voûte de l'orbite. On a supposé, mais sans raisons probantes, qu'elles peuvent donner lieu à une *fistule lacrymale vraie* (p. 818), entretenue par l'écoulement permanent des larmes à travers l'ouverture accidentelle.

On a aussi admis que, lorsque des plaies ou des brûlures intéressent les conduits excréteurs de la glande, ceux-ci sont parfois détruits par un travail d'ulcération, ou s'oblitérent ; dans ce cas, les canaux restés perméables suffisent à l'écoulement du liquide sécrété par la glande. Il n'en serait plus de même si l'atrésie portait sur tous les canaux excréteurs ; le fluide lacrymal, ne pouvant alors se frayer un passage au dehors, s'accumule dans les petits conduits et les granulations glandulaires, détermine une phlegmasie suivie d'un abcès et d'une fistule. Peut-être en résulterait-il encore la formation d'une *tumeur lacrymale vraie*.

Un autre péril qu'on redoute, dans les cas d'atrésie des conduits excréteurs de la glande lacrymale, est la sécheresse de l'œil, le liquide lacrymal cessant d'arriver à la surface de l'organe. En raisonnant ainsi, on a perdu de vue ce fait, bien démontré aujourd'hui, que ce n'est pas seulement le fluide lacrymal qui est destiné à lubrifier la conjonctive, mais que c'est surtout le liquide sécrété par cette dernière membrane. D'ailleurs, les exemples d'extirpation de la glande lacrymale dénotent que ces craintes ne sont nullement fondées.

Le danger le plus grand, dans les blessures de la glande lacrymale, est l'inflammation du tissu cellulaire qui entoure l'organe, et la propagation de cette phlegmasie au tissu cellulaire de tout l'orbite. On prévient et on combat cet accident par un traitement antiphlogistique, un pansement méthodique. Il sera question plus tard de la conduite à tenir lorsqu'il se forme une *fistule lacrymale vraie* (p. 819).

## CHAPITRE III.

CORPS ÉTRANGERS DE LA GLANDE LACRYMALE  
ET DE SES CONDUITS EXCRÉTEURS.

Ces corps étrangers proviennent du dehors, ce qui est assez rare. D'autres fois ils se forment dans le tissu même de la glande, ou dans les conduits excréteurs. Ils proviennent alors des matériaux solides contenus dans le liquide des larmes, et produisent des concrétions semblables aux calculs

que l'on trouve dans d'autres points de l'économie. On les a appelés *dacryolithes*.

Ph. de Walther a rapporté l'histoire d'une jeune fille chez laquelle, pendant six semaines, il se produisit une série de calculs qu'on trouvait vers le repli de la conjonctive, entre le globe et la paupière inférieure, vers la commissure externe. Ces calculs étaient blancs, anguleux, du volume d'un pois, faciles à broyer entre les doigts. La formation de ces concrétions devint si rapide, que d'abord on en retirait deux, et, vers la fin, jusqu'à trois par jour. Lorsque cette espèce de lithiasie cessa dans un œil, elle se montra dans l'autre. Quelques années après, la maladie récidiva.

## CHAPITRE IV.

## INFLAMMATION DE LA GLANDE LACRYMALE.

On l'a désignée sous le nom de *dacryadénitis*. C'est une affection très-rare. Elle commence toujours dans le tissu cellulaire qui entoure la glande, et se propage ensuite dans celui qui enveloppe les granulations, mais n'affecte jamais le corps même de l'organe.

**Causes.** L'affection se rencontre principalement chez les jeunes gens, les enfants scrofuleux. Todd l'attribue à la propagation d'ophthalmies diverses ou de la blépharite glandulo-ciliaire jusqu'à la glande ; ce n'est là qu'une coïncidence. On a aussi signalé les coups portés sur l'apophyse orbitaire externe du frontal, les plaies contuses de la paupière supérieure, l'impression du froid.

**Symptômes.** Les malades accusent une sensation croissante de sécheresse à la surface de l'œil ; ils sont pris tout à coup d'une douleur gravative fixe et pongitive dans la région temporale, douleur qui s'étend au globe de l'œil, au front, dans les mâchoires supérieure et inférieure, et quelquefois même jusqu'à l'occiput. La paupière supérieure se gonfle dans la portion qui correspond à la glande ; elle devient dure, d'un rouge foncé, tendue, luisante, très-douloureuse à la pression. La conjonctive rougit, principalement du côté de la commissure externe ; le globe est dur et très-sensible. La tuméfaction de la glande lacrymale a pour conséquence de repousser l'œil à la fois en avant et du côté du nez. A mesure que l'œil fait saillie hors de l'orbite, la vision diminue, la pupille se rapetisse. Parfois le chémosis est tellement marqué, que le globe est complètement caché. Les mouvements de l'organe sont abolis. Il y a fréquemment des phénomènes généraux, tels que de la fièvre, de l'insomnie, du délire.

Le plus souvent, la phlegmasie se termine par suppuration. Au bout de trois à six jours il se forme un abcès. Le pus se fraye généralement une issue au dehors par plusieurs points de la paupière supérieure ; quel-



quefois la peau de ce voile se mortifie avant que l'abcès s'ouvre au dehors. Dans d'autres circonstances, la phlegmasie se propage, et la suppuration s'empare de toutes les parties de l'orbite; ou bien encore l'inflammation se communique au périoste de la fosse lacrymale, le tissu osseux lui-même se prend. L'affection offre alors une marche plus lente; il se forme un ectropion de la paupière supérieure, la fistule qui succède à l'ouverture de l'abcès ne se ferme que lorsque la portion osseuse malade a été éliminée.

D'après Tood, l'inflammation de la glande lacrymale présente parfois, de prime abord, une marche chronique. Cette forme se rencontre surtout dans les premiers temps de la vie, et se rattache à une constitution scrofuleuse. On constate alors une augmentation réelle dans le volume de l'organe; parfois un œdème de la paupière supérieure; les malades accusent une sensation de plénitude au-dessus du globe de l'œil, l'impossibilité de mouvoir ce dernier aussi facilement que l'autre; si on exerce une compression entre le globe et l'extrémité temporale du bord supérieur de l'orbite, il s'échappe immédiatement un flot de larmes.

**Traitement.** Dans la période aiguë, il convient d'employer un traitement antiphlogistique énergique: saignée locale et parfois générale, purgatifs, réfrigérants sur la région malade. S'il y a menace de suppuration, on favorise celle-ci par l'application de cataplasmes émollients. Dès que la fluctuation est manifeste, on ouvre l'abcès; l'ouverture prématurée est préférable à l'ouverture tardive, pour éviter les fusées purulentes du côté de la cavité orbitaire. Après l'évacuation du pus, si l'abcès est idiopathique, les parois du foyer se recollent promptement; s'il est symptomatique d'une lésion osseuse, il dégénère en fistule. C'est dans cette dernière circonstance seulement qu'il convient de porter, jusqu'au fond du foyer, des topiques irritants pour favoriser l'élimination de la partie osseuse altérée. La fistule consécutive peut aussi exister sans carie, et elle est alors la conséquence de la lésion d'un canal excréteur de la glande. Dans ce cas, l'ouverture donne passage non-seulement à du pus sanieux, mais à des larmes pures; il y a formation d'une *fistule lacrymale vraie*. Lorsque ce genre de fistule persiste, on en favorise la cicatrisation, soit en touchant le fond avec la pierre infernale, soit en introduisant avec précaution, jusqu'au fond de l'ouverture devenue calleuse, un stylet rougi au feu.

Pour combattre l'inflammation *chronique* de la glande lacrymale, on prescrit un régime antiscrofuleux, une alimentation corroborante, l'air de la mer, les toniques; l'application de compresses imbibées d'eau froide, de petits vésicatoires sur le front, la tempe et derrière l'oreille; la solution d'iodure de potassium à l'intérieur. Lorsque la phlegmasie se termine par suppuration, pour éviter la désorganisation de la peau et la formation d'un ectropion consécutif de la paupière supérieure, on ouvre l'abcès de bonne heure.

Mackenzie a décrit une autre variété d'inflammation de la glande lacrymale; elle ne porte que sur la portion palpébrale. Elle est caractérisée par

les phénomènes suivants: l'angle externe des paupières est gonflé, rouge, douloureux. Si on soulève la paupière supérieure, on aperçoit plusieurs *acini* des glandules conglomérées augmentés de volume. Au bout de quelques jours, un ou plusieurs de ces *acini*, soulevés en pointe, laissent échapper du pus à la surface interne de la paupière supérieure ou inférieure, près de la commissure. Quelquefois, en pressant, on fait sortir un long filament de matière d'un des conduits lacrymaux. Les malades accusent une vive douleur; souvent la conjonctive forme un chémosis séreux et fournit une sécrétion puriforme. Des fomentations chaudes ou des cataplasmes de mie de pain sur la paupière constituent le traitement. Lorsqu'il se forme un abcès, celui-ci s'ouvre le plus souvent spontanément.

## CHAPITRE V.

### TUMEURS DE LA GLANDE LACRYMALE.

Il en est de diverses espèces: l'hypertrophie simple, le cancer avec toutes ses variétés, les kystes. Sous le point de vue de la nature de la maladie, il faut admettre des tumeurs *bénignes* et des tumeurs *malignes*. La glande lacrymale, étant logée dans une cavité à parois résistantes, ne peut subir un accroissement de volume qu'en refoulant en avant et en dedans les organes avec lesquels elle est en connexion. Sous ce rapport, les conséquences des tumeurs de la glande lacrymale ressemblent à celles des autres tumeurs de l'orbite. (Voy. p. 781.)

**1° Hypertrophie de la glande lacrymale.** Sous ce nom, on comprend une simple augmentation de volume et de consistance de la glande, sans transformation du tissu propre de l'organe. Cette affection a été confondue pendant longtemps avec d'autres maladies sous le nom générique de *squirrhe* de la glande lacrymale.

Il y a des cas d'hypertrophie *congénitale* de la glande lacrymale. Lebert a rapporté un exemple d'hypertrophie de la glande lacrymale développée chez un sujet de vingt ans. Il paraît que les hypertrophies de la glande lacrymale ne sont pas toujours inoffensives pour le malade; tout au moins existe-t-il de ces tumeurs qui, faisant des progrès incessants, acquièrent un volume tel, qu'elles détruisent tous les organes qui s'opposent à leur évolution.

**2° Hypertrophie de la portion palpébrale de la glande lacrymale.** Cette variété, signalée par Mackenzie sous le nom d'*hypertrophie des glandes conglomérées*, ne semble avoir été vue par lui que cliniquement, sans que l'examen *anatomique* de la tumeur ait révélé la véritable nature du mal. Un fait, recueilli par nous, permet de combler cette lacune. Une tumeur occupait la place où existe, à l'état normal, la portion palpébrale de la glande