

des erreurs et entraîné le chirurgien à faire la ligature de la carotide. Si le moindre doute en ce genre pouvait exister, le malade serait mis en observation et on surveillerait pendant un certain temps son état général.

Les lésions inflammatoires et anévrysmoïdes exclues, la consistance de la tumeur est solide ou liquide, premier point à établir; il n'est pas toujours facile de se prononcer, car quelques tumeurs solides (sarcomes, encéphaloïdes, myxomes) sont manifestement fluctuantes; tandis que certains kystes petits et à parois épaisses roulent sous les doigts, sans qu'on puisse y découvrir aucune trace de fluctuation. Nous avons fort heureusement dans ce cas une ressource précieuse, la ponction exploratrice.

Les tumeurs solides, dit DUPLAY, peuvent être dures, demi-dures ou molles.

Les tumeurs *dures* sont : les périostoses et les exostoses. Les périostoses siègent d'ordinaire sur le rebord orbitaire; leur développement s'accompagne de douleurs; elles n'occasionnent que des troubles légers du côté de l'œil. Les exostoses, au contraire, viennent de la partie profonde de la cavité ou des cavités voisines; leur consistance spéciale, leur développement indolent mais progressif, les troubles sérieux qu'elles déterminent, les feront facilement reconnaître.

Les tumeurs *demi-dures* sont presque toujours des sarcomes, les fibromes et enchondromes étant fort rares, ainsi que nous l'avons déjà dit. — La marche rapide de la production, les douleurs vives qui l'accompagnent, son accroissement, la rapidité avec laquelle elle récidive et ulcère les téguments, faciliteront le diagnostic.

Les tumeurs *molles* peuvent être des lipomes, des kystes dermoïdes, et surtout des tumeurs malignes ramolles. Nous pouvons exclure d'emblée le lipome, tumeur absolument hypothétique, et les kystes dermoïdes qui ont un siège et un aspect caractéristiques; nous ne conserverons ainsi dans ce groupe que les tumeurs malignes ramolles.

Viennent enfin les tumeurs liquides; elles sont réductibles ou non. Les tumeurs réductibles sont : les angiomes et les tumeurs variqueuses. L'angiome simple est caractérisé par la présence, sur la paupière supérieure, d'une masse rougeâtre ou violacée se gonflant sous l'effort. L'angiome caverneux profondément situé se développe lentement, sans douleurs. Les tumeurs variqueuses occupent l'angle interne de l'œil où elles constituent une collection bleuâtre, facilement réductible, dont le volume augmente lorsque le malade incline la tête en avant, et diminue lorsqu'il la relève ou qu'il reste quelque temps dans la position horizontale.

Les tumeurs liquides non réductibles sont : les abcès et les kystes. Les accidents qui ont marqué le développement de la production, le temps qu'elle a mis à se former sont ici d'une haute importance. Les abcès sont souvent précédés de symptômes inflammatoires; les kystes, au contraire, se développent sans aucune trace d'inflammation. Le diagnostic est-il incertain, la ponction exploratrice et l'examen du liquide lèveront tous les doutes.

D'élimination en élimination, on arrive à établir le diagnostic sur des bases sérieuses; il faut alors se demander d'où provient la tumeur, déterminer exactement son siège et son volume. Les commémoratifs, l'étude attentive des

troubles qui existent du côté du globe oculaire et des divers organes contenus dans l'orbite, l'ordre dans lequel ces phénomènes se sont développés, l'examen des cavités voisines constitueront des bases certaines pour la solution de ces nouveaux problèmes.

CHAPITRE II

MALADIES DE L'APPAREIL LACRYMAL

§ 1^{er}. — Affections de la glande lacrymale

Bibliographie. — A. VON GREFFE, *Z. Pathol. d. Thränenrüse*, in *Arch. f. Opht.*, Bd. IV, A. 2, s. 258, 1858. — ARLT, *Die Krankheiten des Thränenorgans*, Wien, 1863. — POLAILLON, *Path. de la glande lacrymale*, in *Dict. encyclop.*, 2^e série, t. 1^{er}, p. 25, 1868 (Bibliogr.). — SAUTEREAU, *Tumeurs de la gl. lacrym.*, Th. Paris, 1870. — VARIOT, *Dacryoadénite aiguë*, Th. de Paris, 1875. — MARULA, *Extirp. de la gl. lacrym.*, Th. de Paris, 1876. — PANAS, *Leçons sur les aff. de l'app. lacrym.*, 1877. — ABADIE, *De quelques indic. nouv. d'extr. de la gl. lacrym.*, in *Gaz. hebd.*, 1878. — KNAPP, *Tum. de la gl. lacrym.*, *Path. et trait.*, in *Med. Rec. New-York*, juin 1880. — SIMON SNELL, *Lux. de la gl. lacrym.*, in *Opht. Review*, juin 1882. — CARRÉ, *Inflamm. de la gl. lacrym.*, in *Gaz. d'opht.*, mai 1882.

1^o LÉSIONS TRAUMATIQUES

Logée au fond d'une cavité spéciale, la glande lacrymale doit à la protection que lui accorde le rebord orbitaire, d'échapper souvent aux traumatismes. LARREY cependant rapporte qu'un fragment de balle a pu pénétrer dans cet organe, dont il nécessita l'extraction. DE GREFFE et PANAS. ont noté à la suite de plaie de la paupière supérieure, le prolapsus de cette glande qui, dans les deux cas, se réduisit avec la plus grande facilité, et qu'un seul point de suture suffit à maintenir en place.

On ne connaît pas de fistule consécutive à une plaie de la portion orbitaire de cette glande; cet accident se produit quelquefois à la suite des solutions de continuité des conduits excréteurs; un simple point de suture prévient cette complication.

2^o INFLAMMATION DE LA GLANDE LACRYMALE. — DACRYOADÉNITE

L'inflammation de la glande lacrymale, affection des plus rares, est aiguë ou chronique.

A. — DACRYOADÉNITE AIGUE

Des deux formes, c'est la moins fréquente; PANAS n'a pu en relever que dix cas. Elle peut apparaître d'emblée à la suite d'un traumatisme, d'une impression de froid, ou se montrer consécutivement à une affection de la cornée ou de la conjonctive. D'après DE GRÆFE, la scrofule jouerait un rôle important dans l'étiologie de cette affection.

Symptômes. — Le début de la maladie est brusquement annoncé par des douleurs vives à l'angle externe de l'œil; bientôt survient un gonflement dur et phlegmoneux de la paupière supérieure. Si la portion orbitaire se prend, il se produit un exorbitis latéral, avec diplopie légère. Ces symptômes sont accompagnés d'un mouvement fébrile assez marqué. La maladie se termine par résolution, par suppuration, ou passe à l'état chronique. De ces terminaisons, la suppuration est la plus fréquente; le pus se fait jour du côté de la peau ou dans le cul-de-sac conjonctival; en peu de jours tout est terminé.

Traitement. — Pour modérer l'inflammation et calmer la douleur, on aura recours aux émissions sanguines locales, aux cataplasmes, fomentations, frictions mercurielles, simples ou belladonnées. Dès que l'on soupçonnera la présence d'une collection purulente, il faudra lui donner issue. L'incision sera faite parallèlement aux plis palpébraux, un léger drainage assurera l'écoulement du pus, puis on pansera suivant la méthode ordinaire.

B. — FORME CHRONIQUE

La dacryoadénite chronique est généralement consécutive à une conjonctivite chronique, et se montre de préférence chez les sujets lymphatiques. DE GRÆFE l'a vue trois fois succéder à la compression exercée par un pansement appliqué sur le globe de l'œil. L'origine syphilitique est admise par SICHEL; HÖRNER et KONN auraient vu les deux glandes prises simultanément. La lésion est caractérisée par un gonflement de la paupière supérieure, qui se développe lentement, sans douleur ni rougeur. La palpation révèle l'existence d'un corps dur arrondi, du volume d'une noisette, qui roule sous les doigts. En renversant la paupière supérieure, on voit la glande hypertrophiée venir faire saillie dans le cul-de-sac supéro-externe de la conjonctive. D'après PANAS, nous ne savons rien de positif sur les modifications qu'éprouve la sécrétion lacrymale. La marche de la maladie est des plus lentes, et de temps à autre surviennent des poussées subaiguës.

Traitement. — On prescrira des frictions sur la paupière avec une pommade résolutive. Suivant les cas, on fera prendre ensuite au malade de l'iode de potassium ou bien on le mettra à l'usage de l'arsenic et de l'huile de foie de morue.

3° FISTULES

Les fistules de la glande lacrymale elle-même sont on ne peut plus rares; d'ordinaire la fistule siège sur un des conduits excréteurs. Cette petite infirmité peut succéder à un traumatisme. ARLT en a vu un cas à la suite de la destruction de la paupière supérieure par un lupus; toutes les ulcérations peuvent agir de même. L'ouverture anormale siège toujours sur la face cutanée de la paupière. Dans un cas observé par JARJAVAY cependant, le conduit était ouvert du côté de la conjonctive. L'oblitération de ces fistules donne lieu à la formation d'abcès ou de petits kystes par rétention. Pour détruire ces fistules, BEER préconise la cautérisation au nitrate d'argent; ce traitement est habituellement insuffisant; aussi dans un cas, DE GRÆFE fut-il conduit à faire l'ablation de la glande. Comme le fait remarquer PANAS, il vaudrait mieux, à l'exemple de JARJAVAY et BOWMANN, essayer de transformer la fistule cutanée en fistule conjonctivale.

4° TUMEURS DE LA GLANDE LACRYMALE

A. — TUMEURS LIQUIDES. — KYSTES. — DACRYOPS

Les kystes de la portion principale de la glande lacrymale ne sont pas fréquents. SCHMIDT, BENEDICT, DUPUYTREN ont toutefois rapporté des observations de kystes hydatiques de cette glande. Ces tumeurs siègent d'ordinaire sur la portion palpébrale; elles résultent d'une oblitération mécanique ou cicatricielle d'un des conduits excréteurs et de l'accumulation des larmes dans le cul-de-sac glandulaire. Ces kystes sont simples ou fistuleux.

Le dacryops constitue à la partie supérieure et externe de la région palpébrale, une tumeur molle, fluctuante; en renversant la paupière supérieure, on constate que cette petite masse est transparente. L'examen histologique de sa paroi interne, fait par LEGROS, a révélé la présence d'un épithélium cylindrique, absolument semblable à celui qui revêt les conduits excréteurs de la glande. Le liquide enfermé ne présente pas la même composition que les larmes: on y trouve de l'eau, de l'albumine, des sels inorganiques et des traces de graisse (RÉVEIL).

Le traitement consiste dans l'extirpation du kyste, ou l'établissement d'un orifice artificiel, par la destruction d'une partie de la tumeur qui s'ouvre alors directement dans le cul-de-sac conjonctival.

La ponction seule est insuffisante; si l'on veut recourir à ce procédé, il faudra, à l'exemple de BROCA, faire en même temps une injection iodée.

B. — TUMEURS SOLIDES

Il existe deux variétés bien distinctes de tumeurs de la glande lacrymale: 1° Les tumeurs bénignes, dont PANAS a pu réunir quinze observations et qui sont généralement des adénomes.

2° Les tumeurs malignes; ces dernières se développent primitivement dans la glande, ou bien un néoplasme existe en un point quelconque de l'orbite, et la glande n'est envahie que consécutivement.

Parmi les tumeurs qui se montrent spontanément, nous devons noter le cancer vert ou chloroma. MACKENZIE, qui a rapporté un certain nombre d'observations de ce genre, suppose que l'on est en présence d'une variété de sarcome. La coloration verte, d'après ROBIN, serait due à une altération spéciale de l'hématosine.

Symptômes. — Une simple sensation de tension, une gêne légère annoncent tout d'abord la formation des tumeurs de la glande lacrymale; puis bientôt, à l'angle supérieur et externe de l'orbite, apparaît une légère saillie; la paupière supérieure est gonflée, distendue, l'œil larmoyant. A mesure que le néoplasme se développe, il chasse en avant et en bas le globe de l'œil; cette pression occasionne de la gêne dans les mouvements et une diplopie plus ou moins marquée. La tumeur continuant à se développer, l'exophtalmos devient de plus en plus manifeste; on a même vu dans quelques cas l'œil entièrement chassé de l'orbite, pendre à l'extérieur. La cornée dépourvue alors de la protection des paupières ne tarde pas à s'ulcérer, et l'œil se vide.

Diagnostic. — Il importe de différencier les tumeurs de la glande lacrymale d'avec les productions similaires qui peuvent se former dans l'orbite. On se laissera guider par les commémoratifs; le mode de développement du mal, son siège exactement limité à l'angle externe de l'œil, pendant les premiers temps au moins, constituent d'excellents indices.

Pronostic. — Le pronostic dépend du volume qu'a atteint le néoplasme et surtout de sa nature. Dans toutes les observations de chloroma, les récidives rapides ont fatalement entraîné la mort.

Traitement. — Les pommades résolutives sont ici sans action; il faut en venir à l'extirpation de la glande. Après cette opération, l'œil luxé reprend d'ordinaire sa place; il persiste quelquefois un léger ptosis.

§ 2. — Maladies des points et conduits lacrymaux

1° LÉSIONS TRAUMATIQUES. — FISTULES

Bibliographie. — DESORMEAUX, *Plaie de la paup. infér. avec déviat. d'un conduit lacrym.*, in *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XV, p. 181, 1849-50. — LECOMTE, *Note sur un cas de fist. traum. du canal lacrym. supér.*, in *Recueil des mém. de méd. et pharm. milit.*, 3^e série, t. XX, 1868. — RAVA, *Essai sur les maladies des voies lacrym.*, in *Ann. d'ocul.*, t. LXIV, 1870, et t. LXVII, 1872. — TALKO, *Fist. du canal lacrym.*, in *Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, 1872, et *Ann. d'ocul.*, 1873. — ROCAFUL, *Bless. du cond. lacrym.*, in *Ann. d'ocul.*, t. LXXIII, 1875. — VELEAU, *Dev. des points et obst. des conduits lacrym.*, Th. de Paris, 1877. — HIGGHENS, *Masses fong. dans le canal lacrym. sup.*, in *Brit. Med. Journ.*, 18 oct. 1879. — CAMUSET, *Les tumeurs à leptotrix des voies lacrym.*, in *Revue clin. du S.-O.*, octobre 1882.

Les conduits lacrymaux peuvent être sectionnés dans les divers traumatismes des paupières, ou dans le cours des opérations chirurgicales que l'on

pratique sur la région; ils peuvent être ouverts encore par la chute d'une escarre consécutive à une brûlure, une contusion, etc., et enfin par les ulcérations pathologiques. Dans toutes ces circonstances, on voit s'établir un larmolement plus ou moins incommode.

Si l'accident est récent, il faut affronter les lèvres de la plaie avec soin; la réunion manque rarement, mais le travail de cicatrisation détermine habituellement la formation d'un rétrécissement. Lorsqu'il existe déjà une fistule, il est prudent, à l'exemple de LECOMTE, de transformer d'abord la fistule cutanée en fistule conjonctivale, puis de tenter ultérieurement de rétablir le cours normal des larmes.

2° RÉTRÉCISSEMENTS. — DÉVIATIONS

Les rétrécissements siègent surtout sur le point lacrymal inférieur; nous venons de dire qu'ils pouvaient avoir une origine traumatique; le plus souvent cependant, ils sont consécutifs à la déviation des points lacrymaux (BOWMANN).

Cette déviation se produit en dehors — *éversion* — ou en dedans — *inversion*. L'éversion reconnaît pour cause toutes les affections qui déterminent la formation de l'ectropion: l'eczéma des paupières, la blépharite ciliaire, la conjonctivite granuleuse lui donnent souvent naissance. L'inversion accompagne l'entropion; elle est une conséquence forcée de l'atrophie sénile du tissu cellulaire de l'orbite. Le larmolement, symptôme commun à toutes les affections des voies lacrymales, appelle l'attention du malade et du chirurgien. Par un simple examen, on reconnaît facilement le rétrécissement des points lacrymaux; lorsque l'atrésie porte sur les conduits lacrymaux, il n'est possible d'affirmer son existence qu'après un examen direct au stylet.

Traitement. — Le traitement consiste dans la dilatation ou l'incision du point ou du conduit lacrymal. L'incision est préférable à la dilatation; en pratiquant cette petite opération, il faut avoir soin de tourner le tranchant de la lame en dedans et en bas, de façon que la solution de continuité baigne bien exactement dans le cul-de-sac conjonctival. Pour empêcher les lèvres de cette petite plaie de se réunir, on passera chaque jour la sonde entre ses bords.

3° CORPS ÉTRANGERS DES POINTS LACRYMAUX

Bibliographie. — CHÉREAU, *Observ. de calculs lacrym.*, in *Union médicale*, t. VII, 1853. — A. VON GRÆFE, *Konkret. in Unterens Tränenorchen d. Piltzbilauung*, in *Arch. f. Opht.*, Bd. I^{er}, s. 284, 1854. — FÖRSTER, *Piltz Massen in unteren Thränen Canälchen*, in *Arch. f. Opht.*, Bd. XV, 1869, et *Ann. d'ocul.*, 1870. — BUGIER, *Six calculs extraits du canal lacrymal*, in *Recueil d'opht.*, 2^e série, 1874. — POULET, *Traité des corps étrangers*, 1879.

Les corps étrangers que l'on rencontre dans les conduits lacrymaux viennent généralement du dehors. Les cils pénètrent fréquemment dans ces canaux (MACKENZIE, MONTEATH). KNESCHEKE, MONOYER ont signalé la présence de barbes d'épis; TAYLOR y a trouvé des fragments de métaux, de pierre. Il peut encore