

tite muqueuse. Là encore il convient de rétablir le cours des larmes, de désinfecter les voies lacrymales par des irrigations antiseptiques, enfin de les reconstituer par un cathétérisme convenable et assidu.

Si ce traitement est insuffisant, le curettage avec ou sans incision cutanée et la compression méthodique sont indiqués comme précédemment.

Dans certains cas rebelles où le sac dilaté et fongueux est le siège d'une suppuration intarissable, les divers curettages, avec modification caustique de la muqueuse restent inefficaces : il faut alors revenir à la pratique des anciens, ouvrir le sac par le dehors, le modifier profondément ou même le détruire avec le fer rouge.

4° *Dacryocystite phlegmoneuse*. — Au début, quand il existe déjà de la rougeur, du gonflement, de la douleur vers la région cystique, on peut parfois juguler l'inflammation et empêcher le phlegmon de prendre de grandes proportions. Après cocainisation conjonctivale, on incise le conduit lacrymal supérieur ou inférieur jusque dans le sac et l'on donne issue au pus ; puis nouvelle cocainisation, cathétérisme avec la sonde creuse et irrigation prolongée des voies lacrymales, expression du sac et compression locale, enfin, pansement deux fois par jour.

Malgré tout, l'infection phlegmoneuse peut suivre son cours, un abcès lacrymal se former et l'ouverture directe s'imposer au chirurgien.

On fera alors une incision cutanée en rapport avec l'étendue de l'abcès et on le videra par expression digitale. Le conduit lacrymal dégagé et incisé, on pratiquera le cathétérisme avec une sonde creuse, puis l'irrigation des voies lacrymales. Après avoir cureté le sac sans violence, on exprimera encore et on cautérisera vigoureusement l'intérieur au crayon de nitrate d'argent. Dernière expression, cocainisation et compression soutenue. Dans la journée, injection par la plaie, cocaïne et nouveau pansement. Le lendemain, expression du sac qui se vide des produits sphacelés qu'il renferme, cathé-

térisme, irrigation antiseptique, cocaïne et compression. Matin et soir le pansement est ensuite renouvelé.

Le premier jour, les douleurs sont assez vives, mais dès le lendemain, elles disparaissent ; l'œdème tombe, le pus se tarit et, en huit à dix jours, quinze au plus, la plaie est fermée et l'œil à peine mouillé.

On pourrait d'ailleurs se passer de la cautérisation au crayon de nitrate, car les douleurs seraient beaucoup moindres ; il nous a paru cependant que l'action modificatrice du nitrate est très utile, que la rétraction du sac est plus rapide et que la guérison est plus complète. En agissant de la sorte, il n'y aura jamais de fistule consécutive.

5° *Dacryocystite fistuleuse*. — Il est indiqué d'agrandir l'ouverture, si besoin est, d'exprimer le contenu du sac, de curetter l'intérieur, de cathétériser les voies lacrymales, de les irriguer longuement et enfin de comprimer la région malade. Le pansement est renouvelé matin et soir.

Dans les fistules anciennes, sans réaction, minimes, la cautérisation ignée, ou bien l'avivement et la suture des parois sont parfois indispensables pour obtenir l'occlusion définitive.

Malgré la guérison de la dacryocystite avec ou sans perméabilité lacrymale, il peut cependant persister du larmolement. Dans ces *larmolements rebelles*, s'il existe une gêne marquée, de la conjonctivite ou des ulcérations kératiques lacrymales, il faut pratiquer l'ablation de la glande orbitaire ou palpébrale. L'extirpation de la portion palpébrale est sinon plus facile du moins plus simple et plus volontiers acceptée par les malades ; l'extirpation de la portion orbitaire paraît plus sérieuse, et l'est en effet. Toutes deux, pratiquées convenablement, sont très bénignes. Nous n'avons pas encore une opinion ferme sur leur valeur relative, mais, dans les cas sérieux, l'ablation orbitaire paraît préférable (Truc). Il est des cas où l'obstacle au passage des sondes par les voies naturelles est invincible et résulte d'un rétrécissement osseux du canal nasal ; en pareille occurrence, on a pu essayer de créer un canal artificiel à travers l'unguis,

mais il vaut mieux s'en abstenir et pratiquer l'ablation glandulaire.

En somme, la base du traitement local de la dacryocystite et des rétrécissements des voies lacrymales est, avec l'irrigation antiseptique, le cathétérisme modéré de Bowman. Celui-ci doit être pratiqué avec douceur et persistance; on doit le continuer jusqu'à ce que tout larmoiement ait disparu. Il importe de savoir que ce ne sont pas toujours les cas les plus simples qui aboutissent le plus tôt à la guérison; tel larmoiement simple demandera plusieurs mois de traitement, alors qu'un phlegmon aigu disparaîtra, sans laisser de larmoiement, après quelques séances de cathétérisme.

Dans quelques cas de sténose excessive et de cathétérisme très douloureux, la sonde à demeure pourra rendre de réels services. Cette sonde sera toujours petite et faite de substance flexible, en celluloïd de préférence; au point de vue réactionnel, son application en sera toujours étroitement surveillée.

*Traitement général.* — Presque toujours, et principalement lorsqu'il s'agit d'enfants, on a affaire à des scrofuleux avérés; on conseillera le séjour à la campagne, une alimentation substantielle, azotée, des bains salés, des préparations ferrugineuses et iodurées. L'influence de ce traitement sera réelle, surtout en cas d'altérations osseuses.

La syphilis est plus rarement en cause mais, cependant, les lésions du canal nasal peuvent tenir à des manifestations tardives de cette diathèse; on la combattra par l'iodure de potassium à dose élevée et surtout par la mercurialisation en frictions et en injections sous-cutanées.

### III. — Complications lacrymales.

§ 276. En dehors des dacryocystites habituelles muqueuses, hypertrophiques et suppuratives du sac, les affections lacrymales entraînent parfois des troubles inflam-

matoires ou fonctionnels qui constituent de véritables complications et qu'il importe d'indiquer avec quelques détails.

Elles sont aujourd'hui bien connues quoique généralement trop négligées.

Mackenzie, Testelin, Desmarres, Gosselin, de Wecker, etc., semblent avoir noté l'action irritante des liquides lacrymaux; c'est Galezowski, toutefois, qui le premier insista sur les troubles oculaires produits par le larmoiement, en nota les caractères variés et montra toutes les indications thérapeutiques qui en découlaient.

Les thèses de Guément, Dransart, Ferrand, celle de notre élève Daniel (1891) vinrent ensuite; depuis lors, tous les auteurs indiquent brièvement l'importance des altérations lacrymales dans la production de certaines affections oculaires. Widmark a étudié les microbes lacrymaux; Parinaud et Morax ont décrit la conjonctivite à streptocoques.

*Complications cutanées et nasales.* — Les larmes, s'écoulant sur les joues, sont généralement épongées par le patient et ne provoquent guère d'irritation cutanée; toutefois chez les enfants, les femmes, les sujets à peau fine et délicate, le larmoiement entraîne des rougeurs, des excoriations ou de l'eczéma. Chez plusieurs sujets, un eczéma sec des deux côtés, occasionné par un larmoiement ancien avec dacryocystite double et fistule d'un côté, a rapidement cédé au traitement lacrymal. On voit aussi certaines irritations de la muqueuse nasale suivre l'inflammation lacrymale ou la précéder. La prédisposition lymphatique, la nature des liquides, l'abondance et l'ancienneté de l'écoulement sont les facteurs habituels de ces excoriations cutanées ou muqueuses.

*Complications canaliculaires.* — Ce sont les dacryocystites, les fistules, les péricystites, les ostéites et les périostites que nous avons étudiées plus haut.

*Complications palpébrales.* — L'hypérémie des paupières et la blépharite, d'après Galezowski, présenteraient pour un tiers des cas une origine lacrymale. Leurs caractères n'offrent rien de particulier. On trouve toutefois, le plus souvent, un

gonflement marqué de la partie médiane du bord ciliaire, des excoriations vers l'angle externe et, dans le sillon de juxtaposition oculo-marginale, une couche prismatique de liquide lacrymal. La constatation de l'œil mouillé ou du larmolement est d'ailleurs le meilleur indice de la blépharite. L'âge, par le relâchement des tissus, prédispose à ces blépharites; dans bien des cas, chez les vieillards, celles-ci se compliquent d'*entropion* de la paupière supérieure ou mieux d'*ectropion* de la paupière inférieure; l'hypertrophie conjonctivale entre alors en ligne et aggrave la situation. Il s'établit en effet, un cercle vicieux : la stagnation lacrymale a fait la blépharite et l'hypertrophie ou réciproquement; la blépharite et l'hypertrophie produisent l'*ectropion*; l'*ectropion* exagère l'état lacrymal; etc. Enfin des *orgelets* sont occasionnés par le larmolement. Les staphylocoques stagnent dans les larmes et profitent de l'irritation ou de la macération marginale pour envahir les glandes sébacées, Une de nos malades, affectée d'*orgelets* à répétition, a été améliorée par le cathétérisme et l'antisepsie des voies lacrymales, d'ailleurs très altérées.

On a dit aussi que le *chalazion* peut être la suite du larmolement. Nous n'en avons pas observé, mais le fait est probable, puisque le *chalazion* paraît souvent la conséquence de la blépharite.

*Complications conjonctivales.* — Les *conjonctivites lacrymales* sont essentiellement chroniques, plus marquées du côté où la lésion est plus ancienne, généralement unilatérales comme elle. La paupière inférieure est surtout affectée, souvent un peu exulcérée vers les commissures. La conjonctive est d'un rouge pâle, présente des follicules plus ou moins volumineux; l'humidité ou la stagnation lacrymale sont très manifestes et l'inflammation s'amende sous l'influence des cathétérismes et des lavages lacrymaux. Cette conjonctivite lacrymale peut être simple ou combinée à la conjonctivite catarrhale et former la conjonctivite catarrho-lacrymale; nous l'observons dans les conjonctivites lymphatiques et gra-

nuleuses avec lesquelles elle forme des *combinaisons morbides* que nous avons appelées *granulo-lacrymales* et *lympho-lacrymales* (Truc). La part de l'état lacrymal, dans ces cas, est démontrée par l'amélioration notable et rapide produite par le traitement lacrymal.

Parinaud et Morax ont bien établi une *conjonctivite lacrymale à streptocoques*, d'allures catarrhales, souvent compliquée d'iritis séreuse, et que l'on observe dans certaines formes aiguës de dacryocystites. Le streptocoque y serait constant.

Le *ptérygion* est observé assez fréquemment dans certains états lacrymaux. On ne saurait le rapporter à l'action des larmes; toutefois, on peut penser que la stagnation et l'infection de celles-ci sont des causes irritantes qui viennent s'ajouter aux autres et entrent dans l'étiologie assez obscure de l'affection.

*Complications kératiques.* — La cornée est souvent, très souvent, affectée dans les états lacrymaux et présente des *ulcères* plus ou moins profonds, étendus et graves. Les *kératites lacrymales* se présentent dans des conditions variées d'infection. Elles surviennent dans quelques affections comme les ophtalmies phlycténulaires ou granuleuses et en sont le complément morbide ou bien constituent le produit essentiel de l'infection lacrymale, comme dans les ulcères à hypopyon ou certaines infiltrations purulentes.

Certaines ophtalmies *phlycténulaires* se produisent et persistent chez des personnes adultes sous l'influence de lésions lacrymales, et donnent lieu à la production de leucomes simples, superficiels, diffus. Un traitement local ordinaire n'entraîne qu'une guérison lente et incomplète; le cathétérisme, les irrigations des voies lacrymales donnent par contre un résultat complet. Survient-il une nouvelle poussée parce que l'asepsie canaliculaire est négligée, de nouvelles injections lacrymales donnent de bons résultats. Certaines ophtalmies phlycténulaires aiguës, où le rétrécissement lacrymal est le fait de l'œdème muqueux, sont améliorées par le cathétérisme et les lavages lacrymaux. Les *granuleux* sont dans des con-

ditions analogues. L'état lacrymal entretient l'infection et les complications granuleuses; le traitement lacrymal facilite et maintient la guérison.

Mais c'est surtout dans les *ulcères* graves avec *hypopyon* que l'influence lacrymale est manifeste. Les auteurs reconnaissent tous plus ou moins l'influence lacrymale, mais la plupart lui font une trop maigre part, et attribuent la prédisposition à la débilité seule ou à diverses cachexies. Les ulcères à hypopyon sont généralement, neuf fois sur dix, le résultat d'un état lacrymal, combiné ou non à un traumatisme quelconque. Le traumatisme est parfois ignoré ou méconnu. C'est un cil qui éraille la cornée, ce sont des poussières qui l'irritent, c'est du gravier, de la terre, qui ouvrent la porte à l'infection lacrymale.

Cette infection est le fait d'un rétrécissement ou de l'inflammation des voies lacrymales. Widmark, Sattler, Gayet, Gombert ont montré que l'extérieur de l'œil est envahi par les microbes ambiants. Gombert, dans une thèse très remarquable, a prouvé en outre que les microbes péri-oculaires sont entraînés par le courant lacrymal. Que ce courant se ralentisse et l'on aura aussitôt stagnation et multiplication des staphylocoques ou streptocoques pyogènes prêts à envahir la cornée par la première brèche venue. La résistance épithéliale étant parfois affaiblie par la macération, la sénilité ou la cachexie, l'infection sera grave. L'état lacrymal n'est pas, en l'espèce, une cause suffisante, mais il est presque nécessaire; en tout cas, comme le prouve l'observation journalière, il est habituel.

*Complications profondes.* — En outre des ulcères cornéens où l'inflammation est la règle, l'*iritis*, l'*irido-choroïdite* même se rencontrent parfois dans les états lacrymaux. Il peut y avoir desquamation épithéliale simple et infection. Nous avons vu plusieurs fois des cataractes plus développées du côté du larmolement, ou du côté où le larmolement est le plus marqué; sans conclure, car nous avons parfois observé l'inverse, on peut se demander si l'état lacrymal n'entraînait

pas des troubles qui, directement ou indirectement, favoriseraient la production ou le développement plus rapide de la cataracte correspondante.

*Complications fonctionnelles.* — Les troubles dus à la stagnation sont produits par l'étalement plan ou prismatique des larmes sur la cornée: irisation, photopsies, amblyopie, mouches volantes. Les troubles consécutifs aux complications sont le fait des blépharites, conjonctivites, kératites, etc.

*Complications opératoires.* — Les états lacrymaux entraînent de redoutables complications opératoires. On est unanime dans ces conditions à prescrire un traitement préalable; certains vont même jusqu'à obturer les points lacrymaux par des serres-fines ou l'application d'une pointe de feu. D'ordinaire un traitement préalable suffit, mais il est prudent d'être très circonspect et de n'intervenir qu'après guérison ou amélioration suffisante des voies lacrymales.

*Pathogénie.* — Galezowski admet une action chimique des larmes sur l'œil et les annexes. Les larmes deviendraient plus alcalines qu'à l'état normal et produiraient avec les matières grasses meibomiennes un savon irritant favorable à l'action microbienne; nous n'avons pas observé de modifications alcalines notables chez les lacrymaux. Il est possible cependant que l'action bactéricide des larmes (Bernheimer) se modifie et s'affaiblisse. L'action microbienne serait alors plus facile et plus meurtrière. Les microbes à l'état normal entourent l'œil et sont entravés par le courant lacrymal. Dans les états lacrymaux, ils stagnent autour de lui et, si une brèche épithéliale se produit, l'envahissent rapidement.

Widmark, dans la dacryocystite phlegmoneuse, trouve le streptocoque pyogène, les staphylocoques blanc et doré; Sattler, le streptocoque pyogène. Streptocoques et staphylocoques sont surtout redoutables: les ulcères de la cornée, les hypopyons contiennent ces éléments. Toutefois les microbes doivent ne produire de lésions graves qu'après éraillure épithéliale de la cornée. Le staphylocoque inoculé sur la cornée par Widmark produit l'hypopyon; le streptocoque

occasionne des ulcères infectieux et parfois la suppuration; un bacille amène des ulcères bénins. La cornée inoculée au centre résisterait moins qu'inoculée à la périphérie où la nutrition paraît plus active.

L'état général débilité, l'âge ou le lymphatisme favorisent l'infection. Nous trouvons, à Montpellier, plus de femmes que d'hommes avec des complications: 72 p. 100 pour larmoiements, 82 p. 100 pour dacryocystite, 84 p. 100 pour phlegmon. Nous avons aussi noté que l'infection lacrymale de la cornée est plus fréquente chez les sujets lymphatiques, et nous pensons qu'il y a chez eux une moindre résistance épithéliale.

**Diagnostic.** — On l'établit par l'observation, la constatation de la sténose simple en injectant le point lacrymal inférieur et en voyant le liquide sortir par le point supérieur, enfin en constatant l'amélioration rapide par le traitement, dans les attaques ou les récidives inflammatoires.

Il arrive cependant que l'œil paraît sec avec, cependant, des complications qui font songer à un état lacrymal. On trouve alors la narine correspondante sèche et, au cathétérisme, une forte sténose. Nous avons observé plusieurs cas dans lesquels l'état lacrymal a dû être cherché et comme deviné, et où un traitement approprié a donné une guérison, vainement poursuivie par des moyens ordinaires durant de longues années. Ce sont là des *états lacrymaux latents* (Truc).

**Pronostic.** — Les complications lacrymales sont plus ou moins graves suivant leur siège, leur étendue et le traitement employé. Les blépharo-conjonctivites s'améliorent rapidement. Les dacryocystites guérissent souvent par les moyens appropriés aux diverses formes que nous avons indiquées.

Les lésions kératiques entraînent des leucomes fâcheux et même, dans les ulcères à hypopyon négligés, la perte complète de l'œil. Les troubles purement fonctionnels ne sont que désagréables.

En tout cas, les états lacrymaux provoquent de la gêne, des irritations ou des inflammations qui ne le cèdent en rien

aux lésions morbides les plus caractérisées. Tout état lacrymal est donc grave ou peut le devenir; il importe d'y remédier aussitôt. Un traitement hâtif sera prompt et facile, un traitement tardif est parfois long et incertain.

**Traitement.** — Il comprend un ensemble de mesures variables répondant à des principes et à des moyens que nous ne saurions répéter ici et que nous nous contentons de rappeler: 1° rétablir la direction et le calibre des voies lacrymales: cathétérisme, dilatation, section des points et des conduits; 2° désinfecter les voies lacrymales: injections, irrigations antiseptiques, instillations; 3° modifier la muqueuse: curetage, instillations, cautérisation; 4° ablation des glandes palpébrales ou orbitaires dans les cas de larmoiements rebelles, simples ou compliqués.

#### IV. — Inflammations des glandes lacrymales.

§ 277. Les glandes orbitaires ou palpébrales peuvent être hypertrophiées ou atrophiées, présenter des tumeurs, des corps étrangers, devenir fistuleuses, etc.; on a signalé enfin des inflammations diverses. E. Berger, dans le goitre exophthalmique et dans quelques autres cas, a noté un larmolement par excitation réflexe, par névrose de sécrétion. Les lésions glandulaires primitives sont exceptionnelles. L'inflammation ou dacryoadénite — δάκρυον, larme ἀδών, glande — représente l'infiltration lymphoïde habituelle, avec des altérations périacineuses et vasculaires. La dacryoadénite est aiguë ou chronique, simple ou double.

La *dacryoadénite aiguë* se rencontre dans certaines maladies infectieuses générales telles que la rougeole, l'influenza, la blennorrhagie et surtout les oreillons. On trouve d'un côté ou des deux côtés, vers la région supéro-externe de l'orbite, accompagné de douleurs et d'œdème de la paupière, un gonflement notable, dur, et une saillie correspondante de la

conjonctive. Par le toucher cutané ou conjonctival, on peut reconnaître directement la glande lacrymale. La suppuration est possible mais exceptionnelle. On doit la distinguer de la périostite et de la ténonite. Le traitement général, les résolutifs locaux, les pommades hydrargyriques ou iodurées, une ponction au besoin, permettent d'obtenir une guérison complète. Quand la dacryoadénite aiguë est unilatérale, elle est due ordinairement à une conjonctivite et c'est une infection locale remontée à la glande; lorsqu'elle est bilatérale, elle procède d'une des infections générales que nous venons de citer.

La *dacryoadénite chronique* est très rare et caractérisée par de l'hypertrophie glandulaire variable. L'affection ordinairement représente un des accidents curieux de la syphilis ou de la tuberculose.

Elle est souvent bilatérale. On constate un gonflement de la région orbitaire externe, avec ou sans déviation et gêne oculaire, parfois de la rougeur, de l'empatement, un peu de sensibilité. La marche est lente, la résolution plus ou moins complète. L'iode, le mercure, l'arsenic, le massage, la compression, au besoin l'électrolyse, peuvent rendre des services.

#### V. — Tumeurs des glandes lacrymales.

§ 278. Les tumeurs des glandes lacrymales sont kystiques ou solides.

Les *kystes* (dacryops) sont exceptionnels. On a cité quelques cas de tumeurs conjonctivales externes à contenu aqueux, avec écoulement plus marqué pendant les excitations lacrymales directes ou réflexes, et à structure lacrymale (Dubreuil). On ne connaît pas encore de kyste *hydatique* (Panas). Le diagnostic clinique doit être confirmé par l'examen histologique. L'ablation totale ou partielle suffit à la guérison.

Les *tumeurs solides* sont bénignes ou malignes.

Les tumeurs *bénignes* sont des *adénomes* et les tumeurs

*malignes*, des *sarcomes* épithéliaux ou des *lymphomes*. Les types anatomiques n'en sont pas purs. On constate au niveau des glandes lacrymales, surtout les orbitaires, d'un seul côté, une tuméfaction variable, indurée, qui se développe plus ou moins vite et envahit graduellement l'orbite en provoquant de l'exophtalmie et de la gêne dans les mouvements de l'œil. La marche est lente, tant que la capsule n'est pas détruite, mais elle devient, dès ce moment, plus rapide. La tumeur peut se propager, à la longue, dans les cavités péri-orbitaires et le crâne.

On observe des tumeurs *malignes* chez les adultes. Cependant on a rencontré l'épithéliome, le sarcome et le lymphome chez des jeunes sujets.

Le *diagnostic* est souvent difficile, au début surtout, quand la tumeur s'est étendue vers le plafond de l'orbite (Dianoux). Toutes les tumeurs qui envahissent cette région prennent en effet une forme de galette, concave en bas, convexe en haut, en rapport avec les dispositions anatomiques. On a surtout beaucoup de peine à distinguer l'origine de la tumeur, « si la glande a produit la tumeur ou la tumeur, annexé la glande ». L'examen histologique pourra seul trancher la question.

L'ablation hâtive est le meilleur traitement des tumeurs malignes. L'exentération de l'orbite s'impose dans les périodes avancées. La récurrence n'est pas rare et plusieurs interventions sont parfois nécessaires (Dianoux).

## CHAPITRE V

### MALADIES DES PAUPIÈRES

Les affections des paupières comprennent les blessures, les dermatoses, les inflammations marginales, les tumeurs et les anomalies.