

IV

ORGEOLET, FURONCLE ET ANTHRAX DES PAUPIÈRES

L'orgeolet, le furoncle de la paupière, sont dus à l'inflammation microbienne (staphylocoque, streptocoque, bacillus anthracis) des glandes pilo-sébacées du bord ciliaire et de la peau des paupières. L'anthrax est la réunion de plusieurs orgeolets ou furoncles. Il siège de préférence dans la région sourcilière. L'orgeolet, comme le furoncle, s'accompagne d'un œdème diffus de la paupière et même de la conjonctive. Parfois, se déclare un phlegmon de la paupière ou de l'orbite, avec menace de phlébite des veines ophtalmiques et thrombose du sinus caverneux, complications heureusement rares. Les sujets lymphatiques, anémiés, atteints de blépharo-conjonctivite chronique, y sont prédisposés. La récurrence est fréquente et conduit à la *blépharo-adénite* chronique.

L'anthrax, qui se développe surtout chez les individus débilités, atteints de diabète, d'albuminurie, présente des symptômes plus graves : œdème palpébral énorme, avec empatement étendu, chémosis prononcé, engorgement ganglionnaire.

Le traitement varie suivant la période à laquelle on est appelé à donner des soins.

Tout à fait au début, on peut essayer le traitement abortif, mais il est généralement illusoire.

On fait, sur les paupières fermées, des pulvérisations antiseptiques sublimées ou phéniquées; ou bien, on

applique des compresses ou des gâteaux de coton hydrophile imbibés d'une solution antiseptique chaude.

La cautérisation des téguments avec le crayon de nitrate d'argent ne me paraît pas devoir être recommandée.

Si, malgré ces moyens, l'inflammation suit une marche franchement aiguë, on hâtera son évolution vers la suppuration, à l'aide de cataplasmes de fécule de riz ou d'amidon de blé, que l'on rendra aussi antiseptiques que possible. Pour cela, on délaie la poudre dans une solution d'acide borique ou de sublimé, on enveloppe la pâte dans de la gaze aseptique et on a soin d'onctionner la peau avec de la pommade à la vaseline boriquée, avant l'application du cataplasme.

En quelques jours, le petit abcès s'ouvre spontanément, le bourbillon furonculaire s'élimine de lui-même ou par pression, en laissant une légère cicatrice au niveau de laquelle manquent quelques cils.

Si la collection purulente est bien apparente, on pratique une incision avec un fin bistouri. Chez les sujets pusillanimes et très sensibles, on peut anesthésier la région à l'aide du chlorure d'éthyle.

La cicatrisation s'obtient rapidement, surtout si l'on fait des lavages au sublimé et si l'on applique de la pommade iodoformée.

Certains orgeolets restent stationnaires et n'ont pas de tendance à suppurer. Dans ce cas, les onctions avec la pommade au calomel ou les badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent à 2 0/0 sont utiles pour obtenir la résolution et empêcher les récurrences.

C'est également pour prévenir de nouvelles poussées d'orgeolets et de furoncles qu'il est indispensable de combattre la blépharite ciliaire, qui en est la cause la plus habituelle, de s'assurer de l'état des voies lacrymales, de

modifier l'état anémique ou scrofuleux du malade, et, enfin, d'assurer, aussi parfaitement que possible, l'antisepsie de la région.

L'anthrax, je l'ai dit précédemment, est une affection beaucoup plus grave. Outre qu'il fait courir au patient le danger de mort par thrombo-phlébite du sinus caverneux, il expose au sphacèle de la paupière, à l'ectropion, etc. Aussi doit-on se hâter de débrider largement et insister sur l'antisepsie la plus rigoureuse des pansements.

L'état général doit aussi nous préoccuper, puisque les individus atteints sont affaiblis par l'alcoolisme, le diabète ou l'albuminurie.

V

ABCÈS, PHLEGMON DES PAUPIÈRES

Plus fréquents chez les enfants et à la paupière supérieure, ils s'observent à la suite de traumatismes avec ou sans pénétration de corps étrangers, au décours de l'érysipèle, de la scarlatine, de la rougeole, et comme complication d'une dacryocystite ou d'une ostéo-périostite tuberculeuse ou syphilitique de l'orbite. Ces derniers laissent souvent une cicatrice adhérente. Les symptômes sont ceux des abcès phlegmoneux communs; le volume est parfois tel que les deux paupières se ferment. Il faut éviter de les confondre avec un phlegmon du sac.

L'extraction du corps étranger doit être faite tout d'abord, lorsqu'il est le point de départ de l'abcès.

Aussitôt que le diagnostic est établi, il faut se hâter d'ouvrir largement la collection purulente, afin d'empêcher la suppuration d'envahir la cavité orbitaire et parfois les méninges.

Lorsque le patient, dans la crainte d'une cicatrice apparente, refuse obstinément l'incision large, on se borne à faire deux ponctions avec le bistouri étroit, et l'on draine la cavité au moyen d'un séton composé de crins de Florence. Inutile de dire que, si l'ouverture de l'abcès est pratiquée dans le creux orbito-palpébral, les traces en sont à peine visibles.

Si la collection purulente est plus profondément si-

tuée, il est nécessaire, après l'incision, d'introduire la sonde cannelée ou la sonde mousse pour frayer un passage au pus ; on le fera prudemment. Parfois même, il est indispensable de placer un drain dans la plaie.

Des injections antiseptiques seront utiles pour nettoyer la cavité ; on les poussera avec précaution, afin de ne pas introduire le liquide dans la cavité de l'orbite.

La dacryocystite peut devenir le point de départ du phlegmon palpébral, soit par propagation de l'inflammation, soit par perforation du sac, le pus s'infiltrant dans le tissu cellulaire des paupières. Le sac lacrymal doit être largement ouvert, puis désinfecté ; on place d'abord un pansement antiseptique humide, puis sec. Il reste ensuite à rétablir la perméabilité des voies lacrymales. Cette partie du traitement regarde le spécialiste.

Si, enfin, l'abcès tient à une ostéo-périostite tuberculeuse ou syphilitique, le plus souvent de la paroi nasale de l'orbite ou de l'os zygomatique, on se rendra compte, par un examen minutieux, de l'état de la partie malade, et, suivant le cas, on procédera, après un débridement profond et étendu, au curettage de l'os et des parties molles, et, au besoin, à l'extraction d'un séquestre. Plus vite on agira, moins on aura à redouter les adhérences cicatricielles et l'ectropion.

Pansements répétés à l'iodoforme et médication générale appropriée.

VI

ZONA OPHTALMIQUE

Le zona ophtalmique a son point de départ dans une névrite dystrophique, parfois infectieuse, de la 5^e paire. Un traumatisme, une compression, le froid le déterminent ; l'artério-sclérose, l'herpétisme y prédisposent ; aussi cette affection est-elle plus commune chez l'homme d'un âge avancé. Il est caractérisé par une éruption herpétique de la moitié du front, des paupières et du nez, et souvent par des complications oculaires graves (kératite, iritis et conjonctivite). L'éruption est précédée, accompagnée et suivie de douleurs lancinantes, tandis que, dans la zone atteinte, une anesthésie complète et plus ou moins durable succède à l'hyperesthésie du début. Les vésicules, après desquamation, laissent des cicatrices blanchâtres indélébiles. La complication oculaire habituelle est la kératite avec ulcération et infiltration profondes. La cornée est complètement insensible, de même que la conjonctive, qui est le siège d'une inflammation catarrhale. Signalons un larmolement abondant par suite de l'irritation du nerf lacrymal. Plus rarement, on observe l'irido-choroïdite, la névrite optique et des paralysies musculaires. Le pronostic est aggravé par les complications.

Il importe de rechercher, avant tout, les causes dystrophiques, infectieuses ou banales, comme la compression du nerf par une tumeur, qui peuvent donner naissance au zona ophtalmique, et les combattre. C'est ainsi que,

dans un cas très grave, que je me propose de publier un jour en détail, j'ai obtenu une amélioration rapide, grâce à un traitement spécifique énergique. Malheureusement, les lésions du tronc nerveux ou de l'un de ses ganglions sont parfois définitives et de nature à ne pas être modifiées par le traitement le mieux institué.

La thérapeutique est donc le plus souvent symptomatique.

Pendant l'éruption, on s'efforcera d'empêcher la rupture des vésicules qui mettent le derme à nu et sont le point de départ de douleurs vives. Pour cela, on saupoudre la zone envahie du mélange absorbant suivant :

Oxyde de zinc.....	4 gr.
Acide borique.....	6 —
Acide salicylique.....	0 — 50
Poudre de riz.....	30 —

Sous les vésicules desséchées et transformées en croûtes, les ulcères se réparent.

Les onctions de la surface malade avec des corps gras, comme la pommade à la vaseline boriquée ou le glycérolé d'amidon, sont loin de donner d'aussi bons résultats.

Contre les douleurs névralgiques, souvent des plus vives, on fera usage du valérianate de quinine, de l'antipyrine, du chloral et des injections sous-cutanées de morphine. L'électrisation par les courants continus sera faite pendant un certain temps avant d'en arriver à la section ou à l'élongation du nerf sous-orbitaire.

L'électrothérapie par les mêmes courants convient également pour rétablir la sensibilité des téguments, à la dernière période.

Les complications oculaires seront combattues d'après

les règles que j'établirai plus loin pour les kératites, les conjonctivites et l'iritis.

Lorsqu'il existe une ulcération de la cornée, les pommades antiseptiques à base d'iodoforme ou d'aristol, les fomentations chaudes sous forme de douches ou de compresses, les instillations du collyre au chlorhydrate de pilocarpine, la cautérisation ignée, sont indiquées; s'il se produit un hypopion, on pratique une paracentèse suivie de lavages antiseptiques de la chambre antérieure.

Contre le catarrhe conjonctival, on fera usage d'un collyre astringent faible au sulfate de zinc.

Sulfate de zinc.....	0 gr. 03
Eau stérilisée.....	10 —

Au début de l'éruption herpétique, il est parfois possible de prévenir l'infection secondaire par des lavages antiseptiques répétés du cul-de-sac conjonctival; dans tous les cas, la cornée doit être surveillée attentivement tous les jours.

VII

PUSTULE MALIGNNE

Provoquée par l'inoculation de la bactériidie charbonneuse, la pustule maligne est fréquente chez les équarisseurs, les bergers, les bouchers, etc., qui transportent par les doigts le principe infectieux aux paupières. Les symptômes sont classiques, et le diagnostic est facile : une phlyctène, supportée par une zone œdématisée, rouge, que circonscrit une couronne de vésicules sanguinolentes et qui devient bientôt une plaque de gangrène. Celle-ci éliminée, les tissus bourgeonnent et se cicatrisent, parfois avec une tendance à l'ectropion. Dans d'autres cas, l'infection gagne la face, le cou, et le malade est emporté par des accidents ataxo-adiynamiques. Pronostic réservé.

Aussitôt le diagnostic établi, il faut instituer un traitement abortif énergique, et l'on parvient ainsi à sauver la vie du malade.

On incise ou on excise largement la phlyctène en dépassant l'aréole qui l'entoure, puis on lave la plaie avec la solution phéniquée forte :

Acide phénique.....	5 gr.
Eau distillée.....	100 —

Autour du bourrelet œdémateux, on enfonce la pointe du thermo-cautère, de manière à le bien circonscire et

à couper à l'infection les voies absorbantes lymphatiques et sanguines. Le globe oculaire sera, par précaution, protégé par l'introduction préalable de la plaque de corne sous la paupière (fig. 8).

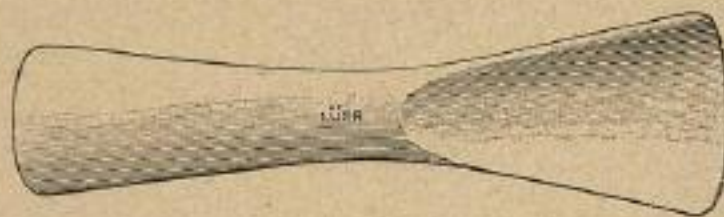


FIG. 8. — Plaque de corne.

En même temps, on fait, à l'aide de la seringue de PRAVAZ, sous l'eschare et dans la région voisine, des injections sous-cutanées profondes de teinture d'iode ou de solution phéniquée au 1/20.

Des compresses imbibées de la solution de sublimé à 1 p. 500 sont appliquées sur la paupière.

Il faut relever, autant que possible, l'état général par le sulfate de quinine et les préparations cordiales.

Le lendemain ou le surlendemain, le processus infectieux tend-il à faire des progrès? on recommence les cautérisations profondes au fer rouge et les injections antiseptiques fortes.

Il peut se faire que la gangrène ait détruit une portion notable des tissus, d'où raccourcissement des paupières par rétraction cicatricielle. Dans ce cas, il faut aviver en plusieurs points les bords libres des deux paupières et les suturer. En même temps on greffe de petits lambeaux de peau sur la plaie bourgeonnante.

Quand la cicatrisation est effectuée complètement et depuis un certain temps, on désunit les paupières.

Si, malgré ces précautions, il existe une lagophtalmie ou un ectropion, on a recours à une blépharoplastie.

DU CHALAZION

Le chalazion est une petite masse néoplasique bénigne (*granulome*), développée dans l'épaisseur du tarse, à la suite d'une inflammation chronique des tissus voisins, le plus souvent de l'une des glandes de Meibomius. Affection commune chez l'adulte lymphatique, acnéique, arthritique, atteint de blépharo-conjonctivite, d'orgeolets à répétition. Tumeur dure, arrondie, indolore, souvent unique, parfois multiple, de la grosseur moyenne d'un pois, adhérente au tarse et soulevant la peau, laquelle ne change d'aspect que lorsque le granulome s'enflamme et s'abcède. Si on retourne la paupière, on trouve la conjonctive tarsienne, au niveau correspondant, légèrement bombée et vascularisée. Les chalazions se développent et font saillie tantôt vers la peau, tantôt vers la conjonctive; de là le choix du lieu de l'incision. Le diagnostic est, en général, facile; mais on peut se trouver en présence de *pseudo-chalazions* constitués par des *kystes méibomiens*, des *gommes tuberculeuses* ou syphilitiques, des *néoplasmes* des glandes sudoripares ou sébacées, des *adénites lacrymales*, affections dont l'évolution spéciale est caractéristique, mais qui réclament, cependant, un examen attentif. Abandonné à lui-même, le granulome peut s'abcéder ou bien se résoudre par métamorphose graisseuse; plus souvent il s'organise en tissu fibreux.

Il sera très utile de modifier, tout d'abord, l'état local des paupières (blépharo-conjonctivite chronique), ainsi

que l'état général, par des préparations arsénicales, ferrugineuses.

Lorsque le chalazion est enflammé, il est bon, avant de procéder à l'extirpation, d'appliquer, pendant quelques jours, des cataplasmes d'amidon de blé ou des compresses d'eau boriquée chaude, de façon à le ramener à l'état chronique.

A la période de début surtout, le traitement médical est parfois suffisant et réussit à faire avorter ces productions néoplasiques. En cas d'insuccès, on pourra essayer du massage quotidien et de l'application de teinture d'iode, de pommade iodurée; mais il ne faut pas compter beaucoup sur leur action. Une fois le chalazion bien développé et resté stationnaire, le traitement chirurgical est le seul curatif.

Quand la tumeur proémine à la partie postérieure du tarse aminci, quand sa consistance très molle indique une transformation muco-purulente, on peut se contenter d'inciser largement par la conjonctive, puis, une forte pression à l'aide des doigts ou bien du manche du bistouri ayant évacué le granulome, on aura recours au curage de la plaie au moyen d'une cuiller à bords tranchants (*fig. 9*); ou bien, on introduira dans la petite cavité l'extrémité effilée d'un crayon de nitrate d'argent dont l'action caustique sera limitée par des lavages d'eau salée.



Fig. 9. — Curette tranchante.

Le granulome, d'un certain volume et faisant saillie vers la peau, réclame la résection ou l'ablation totale par dissection complète, après cocaïnisation par instillations et par injection sous-cutanée; au besoin, on dirige un jet

de chlorure d'éthyle sur la peau, au niveau de la tumeur; exceptionnellement, on aura recours à l'anesthésie générale. La pince à vis de DESMARRÉS (*fig. 10*) ou, à son



FIG. 10. — Pince à vis de DESMARRÉS.

défaut, la corne des boîtes d'opérations oculaires, est ici d'une grande utilité; on opère à blanc; la paupière est bien immobilisée, et l'on n'a pas à craindre la blessure du globe de l'œil par un écart du bistouri.

Un aide est utile pour maintenir la pince de DESMARRÉS ou la plaque de corne et étançher le champ opératoire.

La peau étant incisée parallèlement au bord de la paupière, puis séparée, ainsi que les fibres de l'orbiculaire, du granulome que l'on accroche au moyen d'une petite érigne ou crochet (*fig. 11*), on détache la tumeur du



FIG. 11. — Crochet pointu.

tarse en la disséquant avec soin, comme s'il s'agissait de l'énucléation d'un kyste. La pince-anneau étant ensuite retirée, on fera bien d'attendre quelques instants que les tissus se décongestionnent et que le sang s'écoule, avant de faire un ou deux points de suture à la peau, s'il y a lieu; on applique ensuite, pendant vingt-quatre heures, un pansement compressif et antiseptique. Au

bout de quelques semaines, en général, il n'y a plus trace ni de l'opération ni de l'affection.

Quand le granulome est situé près du point ou du canalicule lacrymal, il faut opérer avec prudence, de façon à ne pas entamer ces parties et à ne pas déterminer, par la suite, un obstacle au cours des larmes.

Dans ces cas, MEYER conseille de pénétrer jusqu'au chalazion, au moyen d'une incision intra-marginale, par laquelle on fait sortir le contenu de la poche par pression ou avec la curette.