

en largeur. L'épicanthus se rencontre quelquefois simultanément chez plusieurs membres d'une même famille, ce qui dénote que ce vice de conformation peut être *héréditaire*. D'autres fois, l'épicanthus est *acquis*, au lieu d'être congénital. Carron l'a vu se développer spontanément à la suite d'ophtalmies dites *scrofuleuses*, de dacryocystites, d'un simple blépharospasme nerveux, de la variole. Les lésions traumatiques des environs du grand angle de l'orbite sont parfois suivies d'une cicatrice qui, tiraillant la peau de cette région, détermine la formation d'un pli anormal analogue à l'épicanthus.

**Complications.** Celles qui ont été vues jusqu'ici sont : le ptosis atonique simple ; le ptosis atonique graisseux ; le strabisme convergent ; l'érosion du pli de l'épicanthus, produite par l'abondance et une certaine âcreté de la sécrétion lacrymale et muqueuse, sous l'influence d'une conjonctivite coexistante. Cette érosion peut se transformer en une ulcération ou en une fissure douloureuse. L'entropion est une complication plus rare encore.

**Marche. Terminaisons. Pronostic.** On a remarqué que l'épicanthus a de la tendance à diminuer par les progrès du développement de la face ; qu'il peut même disparaître entièrement avec l'âge, quand il est peu marqué. L'épicanthus complet reste stationnaire ; constituant une véritable difformité, il apporte, de plus, des obstacles à l'exercice de la vision et aux mouvements des paupières.

**Traitement.** Il n'est pas nécessaire d'opérer de très-bonne heure l'épicanthus, même le complet, attendu qu'on en obtient quelquefois la disparition par des moyens simples, consistant à exercer fréquemment des tractions sur les régions avoisinant le repli anormal, de façon à agrandir insensiblement l'étendue verticale de la fente palpébrale. On prescrit encore l'exercice méthodique de l'œil le plus malade, le congénère étant bandé ; il est nécessaire que l'axe visuel de l'œil, atteint du plus haut degré de la maladie, soit toujours dirigé le plus possible en face des objets. Lorsque ces moyens sont insuffisants, ou qu'on est appelé auprès d'un sujet déjà d'un certain âge, et chez lequel ils n'ont jamais été mis en usage, il faut recourir à une opération sanglante, consistant à faire, au niveau de la racine du nez, une perte de substance de la peau, de la forme d'un ovale à grand diamètre vertical, et à réunir les bords de cette solution de continuité par quelques points de suture (procédés d'Ammon et de Sichel). Ce procédé convient aux cas d'épicanthus double. Lorsque celui-ci n'existe que d'un seul côté, il est préférable de pratiquer l'excision du repli cutané anormal (procédé de Græfe).

#### ARTICLE VIII.

##### Entropion.

L'entropion est le renversement en dedans du bord libre de la paupière, et comme les cils font partie intégrante de ce bord, ces appendices sont alors eux-mêmes dirigés vers l'œil. Dans le *trichiasis*, il y a une déviation

analogue des cils, mais le bord libre de la paupière conserve sa situation normale.

**Caractères et variétés.** L'entropion affecte une seule ou plusieurs paupières ; une portion seulement (entropion *partiel*), ou la totalité (entropion *total*) du bord libre. La déviation est bien plus fréquente à la paupière supérieure qu'à l'inférieure. Elle existe à un degré variable : chez quelques sujets, le bord libre de la paupière, au lieu d'être dirigé en bas pour la paupière supérieure, en haut pour l'inférieure, est un peu tourné en arrière, et l'on constate manifestement que la partie avoisinante du cartilage tarse a subi une espèce de torsion qui rend bien compte de la déviation. Chez d'autres, le cartilage tarse tout entier est ramené en arrière ; il peut même être complètement culbuté, de façon que le bord libre a pris une direction opposée à la normale.

Chez les individus affectés d'entropion, on trouve des altérations variables de la paupière. Presque toujours les cils manquent en partie, ou sont remplacés par quelques poils follets ; les uns sont déviés, les autres conservent leur direction primitive ; assez souvent il existe, à la face interne de la paupière, de petites brides cicatricielles qui se portent en tous sens, interceptent des espaces losangiques, et ôtent à la conjonctive palpébrale son poli et sa couleur rosée. Chez quelques sujets, la peau de la paupière supérieure forme un véritable bourrelet qui tombe au-devant du voile, et s'insinue même pendant la contraction spasmodique de l'orbiculaire, à travers l'ouverture palpébrale, de façon à s'interposer à l'œil et au bord libre de la paupière. Le repli cutané préserve alors le globe du frottement des cils qui y sont cachés, et c'est là probablement ce qui a fait dire à quelques auteurs que, dans l'entropion au degré le plus avancé, la paupière est enroulée plusieurs fois sur elle-même. Assez souvent, on trouve le bord libre de la paupière épaissi, irrégulier, échancré, raccourci d'une commissure à l'autre.

**Causes.** L'entropion se développe le plus souvent après des blépharites *ciliaires* qui ont duré des mois et des années ; dans ce cas, le cartilage tarse a subi, sous l'influence de la phlegmasie prolongée, un véritable racornissement qui a pour effet d'en dévier le bord libre en arrière. D'autres fois, l'inversion palpébrale est la conséquence d'une conjonctivite *granuleuse* qui a été combattue par des cautérisations répétées. Le tissu inodulaire qui se forme aux dépens de la conjonctive palpébrale rétracte le bord libre de la paupière. Les tumeurs développées dans l'épaisseur de la paupière, notamment dans le corps même du tarse, et que j'ai appelées *kystes méibomiens* (voy. *Kyste des paupières*), ne donnent lieu à cette déviation qu'autant qu'elles ont pris un grand accroissement. Des opérations diverses exécutées sur la paupière, en produisant des brides cicatricielles étendues et résistantes, peuvent aussi occasionner l'entropion. Les brûlures accidentelles de la conjonctive, le symblépharon sont des causes avérées.

On a prétendu que certaines *ophtalmies* accompagnées de *photophobie* donnent lieu à la production d'un entropion *aigu* par suite de la contrac-

tion de l'orbiculaire des paupières. Qu'on y regarde de près, et l'on constatera que l'inversion de la paupière est très-rare dans ce cas. Il n'existe pas non plus d'entropion *aigu* chez les opérés de cataracte par extraction, lorsque celle-ci est suivie d'un phlegmon de l'œil ; ce qui en impose, c'est que le bord libre de la paupière inférieure est caché par la tuméfaction de la paupière supérieure.

Il y a des entropions *spasmodiques* ; ils sont dus à la fréquence de la contraction du muscle orbiculaire des paupières et à l'*hypertrophie* du faisceau palpébral du muscle qui en est la conséquence. Tout muscle qui se contracte souvent, et surtout d'une manière continue, s'hypertrophie. Or ce sont précisément là les conditions dans lesquelles se trouvent les sujets atteints d'ophtalmies photophobiques. Pour se soustraire à l'impression de la lumière, ils contractent très-fortement l'orbiculaire des paupières. Pendant que, dans l'état normal, cette contraction ne porte que sur la portion *orbitaire* du muscle, en cas de spasme, la contraction s'étend à la portion *palpébrale*. Que cette contraction se répète ainsi pendant des semaines et des mois, ainsi que cela arrive chez certains sujets, et la portion palpébrale de l'orbiculaire, composée, dans l'état normal, de quelques fibres musculaires pâles, sans énergie, deviendra un faisceau plus ou moins volumineux représentant un véritable muscle en *sautoir*. Ce muscle, en se contractant, a pour effet alors non-seulement de porter les cartilages au contact l'un de l'autre par leur bord libre, mais encore de *renverser le bord libre de ces cartilages en arrière*, c'est-à-dire de donner lieu à la formation d'un entropion.

Le relâchement de la peau de la paupière, considéré comme cause d'entropion, est un effet et non une cause de la maladie. Toutes les fois que les cils sont déviés en arrière, il y a une irritation permanente de l'œil, qui porte les malades à contracter souvent l'orbiculaire. Or cette contraction plisse la peau, et si le tissu cellulaire sous-cutané est devenu lâche, les plis de la peau deviennent permanents et finissent par former un véritable bourrelet qui tombe au-devant de la rainure interpalpébrale. On ne peut pas non plus donner le nom d'*entropion* à la déviation légère subie par toute la paupière, alors qu'il survient un amaigrissement du tissu cellulaire de l'orbite, comme on l'observe chez certains vieillards, ce qui a motivé la dénomination d'entropion *sénile*. Le globe est le soutien naturel de la paupière, l'organe sur lequel cette dernière se moule ; et lorsque l'œil se retire profondément dans l'orbite, ou qu'il s'atrophie, comme cela se voit après certaines phlegmasies, la paupière s'enfonce dans l'orbite, dans toute son étendue en hauteur, et non pas seulement par le bord libre. Ce dernier n'est pas dévié en arrière, et il n'y a pas, à proprement parler, un entropion.

**Symptômes.** Ils sont faciles à apprécier. Que l'entropion soit *partiel* ou *total*, le bord libre de la paupière, s'il s'agit de la supérieure, par exemple, au lieu d'être tourné directement en bas et un peu en avant, offre dans une portion, ou dans la totalité de son étendue, une incurvation plus ou moins marquée en arrière, et les cils qui garnissent la lèvre extérieure de

ce bord sont dirigés contre la cornée. C'est le déplacement, l'*incurvation* du cartilage, qui caractérisent l'entropion et différencient ce dernier du trichiasis, dans lequel les cils seuls sont déviés de leur direction normale, sans que le bord de la paupière cesse de conserver sa situation primitive.

A moins que l'inversion de la paupière ne soit portée à un degré extrême, les deux voiles membraneux arrivent facilement au contact et l'œil ne cesse pas d'être couvert. La déviation des cils, conséquence nécessaire de la déviation du bord libre, a pour effet de soumettre la cornée et la conjonctive bulbaire à un frottement incessant par le contact de ces productions pileuses. De là un afflux de sang permanent sur la muqueuse oculaire, un peu plus tard une vascularisation de la cornée, la formation d'épanchements plastiques dans l'épaisseur de cette membrane, l'ulcération, et même la perforation de cette dernière. Si on écarte les paupières, il s'échappe de leur intervalle un flot de larmes et de mucosités, les malades ne peuvent supporter la lumière du jour. Il en est beaucoup qui maintiennent les paupières convulsivement rapprochées pour éviter le frottement des cils contre la surface de l'œil.

Il est très-rare que tous ces phénomènes ne se présentent pas à un degré plus ou moins intense. Il est cependant un cas dans lequel les accidents produits par l'entropion sont beaucoup moins graves : c'est lorsque la déviation est assez prononcée pour que les cils soient cachés dans un repli de la peau palpébrale, qui s'est introduite entre la face postérieure de la paupière et le globe.

**Marche. Terminaisons.** Abandonné à lui-même, l'entropion se comporte différemment suivant l'état des cils. Lorsque ceux-ci persistent avec leur direction vicieuse, qu'ils conservent leur longueur et leur résistance, les accidents s'accroissent et la vue peut être compromise. Chez d'autres sujets, atteints antérieurement de blépharites glandulo-ciliaires, les cils sont petits, atrophiés, et ressemblent à des poils follets. L'irritation à laquelle l'œil est soumis, est moins prononcée, et les accidents n'ont qu'une intensité médiocre. Quelques-uns arrachent ces cils atrophiés à mesure qu'ils repoussent, et finissent par ne plus être incommodés par la déviation de la paupière.

**Traitement.** L'indication à remplir est de ramener le bord libre dévié de la paupière à la situation primitive. On arrive à ce résultat soit par l'application de topiques, soit par des moyens mécaniques, soit enfin par des opérations.

**1° TOPIQUES.** Qu'on ne perde pas de vue ce fait qui domine toute l'histoire de l'entropion : le bord libre du cartilage tarse est dévié en dedans. La lèvre antérieure de ce bord se continue avec la peau de la paupière, et en exerçant sur le tégument externe une traction en sens opposé de la déviation, on corrige cette dernière. De là l'idée de guérir l'entropion, en appliquant sur la peau des substances qui produisent une constriction du derme, des topiques astringents et toniques. C'est un moyen illusoire.

**2° MOYENS MÉCANIQUES.** Ils conviennent à la fois à l'entropion et au trichiasis simple, mais sont insuffisants : des bandelettes agglutinatives

appliquées de façon à attirer le bord libre de la paupière en dehors, ou bien un petit bandage d'acier placé autour de la tête et garni d'une pelote qu'une vis appuie sur la joue à la naissance de la paupière; une compresse de la longueur de la paupière, pourvue d'une certaine épaisseur, placée sur la base du voile membraneux et maintenue au moyen d'une bande de linge passée autour de la tête, de façon à faire basculer la paupière (Demours); la *suture sèche* (Pellier), faite avec des bandelettes de taffetas collant, propres à attirer en dehors le bord libre de la paupière; le simple pincement de la peau de la paupière, de manière à former un pli (Janin) que l'on peut maintenir pendant quelque temps au moyen de serre-fines (Goyrand), etc.

3° MOYENS CHIRURGICAUX. La possibilité, dans la grande majorité des cas, de corriger et de faire disparaître l'entropion, en exerçant sur la peau une traction, a dû donner de bonne heure, aux chirurgiens, l'idée de remédier à la difformité, en faisant une perte de substance aux téguments.

**A. Excision transversale de la peau. Procédé de Celse.** L'opération comprend plusieurs temps: la formation du pli cutané à enlever; l'excision de ce pli; la réunion des lèvres de la plaie.

1° *Formation du pli cutané à enlever.* Plus la déviation est prononcée, plus la peau est lâche, plus il convient de donner de hauteur à la portion de tégument à emporter. L'essentiel, comme le fait remarquer Celse, est de n'en emporter ni trop, ni trop peu. Dans le premier cas, on convertit l'entropion en ectropion; dans le second, on ne remédie qu'imparfaitement au vice de conformation que l'on veut corriger. On embrasse toute la base du pli entre les branches de pinces à béquilles (fig. 163). Il importe de pincer la peau à partir de 2 à 3 millimètres du bord ciliaire; de cette façon, le tissu cicatriciel qui succède à la perte de substance agit plus près de ce bord pour en déterminer le redressement.

2° *Excision du pli cutané.* On l'exécute soit avec un bistouri à lame bien



Fig. 163.

acérée, soit avec des ciseaux droits ou à bec de grue. Après cette ablation, (f, g, fig. 164), il y a un écoulement de sang assez abondant, qu'on arrête par des aspersions d'eau froide, une compression modérée de la plaie, et surtout par le rapprochement des lèvres de la solution de continuité, ce qui milite, selon nous, en faveur de la réunion immédiate.

3° *Réunion de la plaie.* Celse employait la suture simple. Les chirurgiens modernes s'en servent également ou bien encore de la suture entortillée.

4° *Pansement.* Je préfère maintenir sur la paupière une pièce de linge

imbibée d'eau froide pendant quelques jours. De cette façon, j'ai toujours évité des phlegmasies qui, au rapport de quelques auteurs, sont parfois la conséquence de l'opération. Les points de suture sont enlevés après quarante-huit heures. Il n'est pas rare qu'une portion de la plaie suppure et ne se réunisse que par seconde intention.

**B. Excision verticale de la peau.** Ce procédé est attribué par les uns à Janson, par les autres à Gensoul. On comprend cette incertitude, en ayant égard à ce qu'en dit Carron du Villards. « Ce procédé est resté bien des années une tradition parmi les élèves de l'hôpital de Lyon. C'est à cette source que l'a pris Lisfranc. Après l'avoir décrit avec soin pendant longtemps dans ses cours, ce ne fut qu'en 1832 que Boyer le publia. » On saisit avec des pinces à béquilles (p, fig. 164) la peau qui couvre la face antérieure de la paupière, de manière à lui faire former un pli vertical dont l'extrémité supérieure correspond au bord libre de la paupière (on suppose qu'il s'agit d'une entropion de la paupière inférieure), et dont la longueur égale la hauteur de la paupière. On excise le lambeau avec des ciseaux (s, fig. 164), de façon à produire la perte de substance *ab*. On réunit ensuite les bords par la suture entortillée ou simple (*cd*).

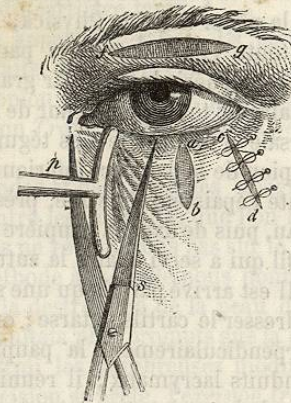


Fig. 164.

On ne s'est pas contenté d'une seule incision verticale; quelques chirurgiens en ont pratiqué plusieurs sur la même paupière. Carron a proposé de donner à ces excisions une forme étoilée, imitant en cela le procédé de Dupuytren pour la cure radicale de la procidence du rectum. Segond (de Cayenne) pratique l'*excision cruciale* de la peau de la paupière; Brach taille aux dépens de la peau de la paupière supérieure un lambeau trapézoïdal, et fait ensuite une perte de substance qui lui permet de faire glisser ce lambeau, et avec lui le bord ciliaire de la paupière, vers la base de l'orbite.

**C. Mortification de la peau de la paupière.** On l'obtient de plusieurs manières: soit en comprenant un repli du tégument entre les mors d'un instrument qui exerce une compression très-forte (Bartich, Verduc, Bonnafont), soit en produisant une escarre plus ou moins profonde avec le caustère actuel ou potentiel, tel que l'acide sulfurique (Helling).

Si on veut absolument détruire une portion de tégument palpébral avec un caustique, on peut se servir de pinces à béquilles construites sur le modèle des pinces à hémorroïdes d'Amussat, et embrasser un repli de la peau dans les cuvettes que l'on remplit de caustique Filhos. On mortifie ainsi la base de ce lambeau, dont la chute produit une perte de substance proportionnelle à la quantité de peau soulevée par l'instrument.

**D. Tarsotomie.** Jusqu'ici, nous avons supposé qu'il s'agissait d'un entropion à un degré moyen. Il est des cas dans lesquels l'incurvation en ar-

rière du cartilage tarse est trop prononcée pour qu'on en obtienne le redressement, en faisant seulement une perte de substance à la peau; de là une nouvelle série de méthodes et de procédés : d'Ammon divise le cartilage tarse dans toute son épaisseur, parallèlement et à 3 millimètres du bord libre, depuis le voisinage des conduits lacrymaux jusqu'à 4 centimètre de la commissure externe des paupières, en pratiquant cette incision de la face conjonctivale vers la face cutanée. Il fait ensuite l'ablation d'une portion de la peau de la paupière, après quoi on réunit par la suture les lèvres de la plaie. Guérin, Physick, Bouchet, Ware font une incision verticale de toute l'épaisseur de la paupière, une sorte de coloboma artificiel, et laissent guérir la plaie par granulation. Tyrell ajoute à l'incision perpendiculaire de toute l'épaisseur de la paupière, près du centre, l'excision transversale d'une partie des téguments. Wharton Jones propose, en cas d'entropion de la paupière inférieure, après avoir fait une incision verticale dans toute l'épaisseur du voile, près de l'angle externe, d'enlever une portion de peau, puis de fixer la paupière dans un état de renversement en dehors avec le fil qui a servi à faire la suture.

Il est arrivé parfois qu'une seule incision verticale a été insuffisante pour redresser le cartilage tarse; on a multiplié les incisions. Crampton divise perpendiculairement la paupière aux deux extrémités, en ménageant les conduits lacrymaux; il réunit ces deux plaies par une incision transversale de la conjonctive, et maintient le cartilage quelque temps relevé pour obtenir une cicatrisation lente des plaies verticales. Guthrie ajoute, aux incisions verticales de la paupière, l'excision d'un repli horizontal de la peau du voile. Jøger père a combiné la tarsotomie horizontale avec la verticale.

Dans quelques cas, la courbure du cartilage tarse a paru tellement prononcée, qu'on s'est décidé à en faire l'ablation partielle et même totale. (Saunders.) Il serait plus rationnel de se borner à faire l'excision du bord libre seulement de la paupière avec les cils (procédé de Gerdy); ou bien, comme l'a proposé Schreger, d'enlever une portion triangulaire de toute l'épaisseur de la paupière, en y comprenant toute la partie altérée du cartilage. C'est un procédé analogue à celui d'Adams pour l'entropion. La base du triangle enlevé correspond au bord ciliaire. On complète l'opération par l'excision transversale de la peau de la paupière vers le bord adhérent de celle-ci.

Streatfeild et Snellen ont proposé de guérir l'entropion, en faisant aux dépens de l'épaisseur du cartilage tarse et au voisinage du bord ciliaire de la paupière une perte de substance de forme prismatique (évidement du fibro-cartilage), à base tournée en avant, à sommet tourné vers la face conjonctivale. Pendant le travail de cicatrisation, le bord libre du cartilage se relève et se porte en avant. (Voy. mon *Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 396.)

Dans d'autres cas rebelles, on a cherché à relever le cartilage tarse, en établissant entre ce cartilage et les tissus qui le recouvrent, c'est-à-dire le muscle orbiculaire et la peau, des adhérences solides. Pour arriver à ce résultat, Gaillard (de Poitiers) et Rau traversent le voisinage du bord libre de la paupière, dans l'épaisseur de l'orbiculaire, par deux points de suture

simple qu'on laisse tomber spontanément. Williams se sert de ligatures larges composées de plusieurs fils. Pagenstecher (de Wiesbaden) ajoute à ces ligatures le débridement de la commissure externe des paupières. Snellen embrasse le bord supérieur du cartilage tarse par l'anse d'une ligature sous-cutanée dont les chefs sortent par le bord ciliaire de la paupière et sont liés à cet endroit. Anagnostakis (d'Athènes) excise une portion du muscle orbiculaire qui recouvre le cartilage tarse, après quoi il réunit par la suture la lèvre cutanée de la plaie tournée vers les cils et la couche fibro-celluleuse qui recouvre la portion dénudée du cartilage tarse.

**E. Section de l'orbiculaire.** L'idée en appartient à Key. La section sous-cutanée de ce muscle semble avoir été faite, pour la première fois, par Cunier. Elle est surtout applicable à l'entropion spasmodique, pour lequel elle m'a fourni un heureux résultat. (Voy. mon *Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 399.)

**Appréciation.** La multiplicité des méthodes et des procédés imaginés pour la guérison radicale de l'entropion montre les difficultés que l'on rencontre dans un certain nombre de cas. Nous ne reviendrons pas sur le peu d'efficacité des moyens mécaniques. La méthode à laquelle nous donnons la préférence, d'une manière générale, est la destruction de la peau de la paupière; et comme l'excision donne des résultats plus prompts que la cautérisation, nous choisissons la première. Parmi les nombreuses modifications auxquelles la méthode générale de l'excision se prête, l'excision transversale (fig. 164, p. 885) mérite la première place. Toutefois, si la déformation est très-prononcée, s'il existe des brides cicatricielles très-fortes à la surface interne de la paupière, cette méthode est insuffisante, et c'est pour les cas de ce genre qu'on est en droit d'appliquer les procédés d'Ammon, de Crampton modifié par Guthrie, de Jøger père, de Streatfeild, de Gaillard, etc. La section de l'orbiculaire des paupières sera réservée aux cas d'entropion spasmodique. Le tableau suivant donne une idée de l'ensemble des méthodes et des procédés imaginés contre l'entropion :

Perte de substance de la peau de la paupière..	{	Excision transversale de la peau de la paupière.	Celse.
		— verticale .....	Janson.
		— cruciale.....	Segond.
		— de toute la peau de la paupière.....	Lisfranc.
		— d'un lambeau trapézoïdal.....	Brach.
Mortification de la peau de la paupière.....	{	Par compression.....	{ Bartich. Verduc. Bonnafont.
		Cautérisation fer rouge.	Helling.
		— acide sulfurique.....	
Tarsotomie.....	{	Incision horizontale du cartilage.....	D'Ammon.
		— verticale du cartilage.....	Guérin.
		Double incision verticale..... — et incision horizontale.	Crampton. Jøger père.
Excision du cartilage...	{	Extirpation complète.....	Saunders.
		Excision du bord libre.....	Gerdy.
		— d'un lambeau triangulaire.....	Schreger.
		Evidement du cartilage.....	Streatfeild.

Adhérences entre la peau, le muscle orbiculaire et le cartilage tarse ..	} Paupière traversée dans son épaisseur par points de suture simple ou entortillée .....	Gaillard, Rau.	
		} Paupière traversée dans son épaisseur par liga- tures .....	Williams.
			Snellen.
			Anagnostakis.
	} Ligature sous-cutanée .....	Pagenstecher.	
	} Excision partielle de l'orbiculaire .....		
	} Ligatures et agrandissement de la fente palpé- brale, au niveau de la commissure externe..		
Section de l'orbiculaire .....		Key.	

## ARTICLE IX.

## Trichiasis.

Le trichiasis est une affection caractérisée par la déviation des cils, qui, au lieu d'être tournés en avant, se dirigent en arrière contre l'œil. Il diffère de l'entropion en ce que, dans ce dernier, tout le bord libre de la paupière, et par conséquent le cartilage tarse lui-même, est porté en arrière, tandis que dans le trichiasis les poils seuls sont déviés, le tarse conservant sa direction normale.

**Variétés.** Bien que les cils ne forment pas, à proprement parler, deux ou trois rangées, il peut arriver que les poils les plus rapprochés des orifices des follicules de Meibomius se dévient en arrière, pendant que les autres conservent leur situation primitive. Cette disposition a été appelée *distichiasis* (δύς deux, τριξ ordre), parce qu'il existe alors deux rangées de cils, l'une ayant une direction naturelle, l'autre tournée vers l'œil. Quelques auteurs ont admis un *tristichiasis*, et même un *tetrastichiasis*, selon que les cils déviés sont disposés sur trois ou quatre rangées. Le nom de *phalangosis*, donné à un degré avancé du trichiasis, vient de φαλαγγίς, rangée de soldats, parce que, dit Dionis, les cils sont hérissés contre l'œil, comme les armes d'une compagnie de soldats pointées contre l'ennemi.

A part le degré de la déviation, celle-ci peut porter sur l'une ou l'autre paupière, ou sur les deux à la fois; tantôt tous les cils d'une seule paupière sont déviés, tantôt quelques-uns seulement. De là une distinction du trichiasis en *total* et *partiel*. Les poils déviés naissent presque toujours de la ligne ordinaire; ainsi, dans le *distichiasis*, la rangée déviée est le plus souvent constituée par des cils implantés normalement dans le principe, l'extrémité seule des poils ayant subi un changement de direction. Quelquefois la rangée déviée perce régulièrement le *bord interne* de la marge palpébrale; de là une autre distinction du trichiasis: par *direction vicieuse simple* des cils, ou par *implantation vicieuse* de ces mêmes poils.

**Causes.** S'il est facile de comprendre le mode de production du trichiasis qui accompagne l'entropion, il l'est moins de se rendre compte de la déviation des cils, alors que le bord libre de la paupière n'est pas lui-même dévié. Il est possible que les blépharites ciliaires arrivées à la période d'ulcération soient suivies de la formation de cicatrices qui empêchent les cils de prendre la direction accoutumée, au moment où ces poils se montrent

au dehors. Il ne répugne pas non plus d'admettre, avec Vidal (de Cassis), que le trichiasis soit parfois le résultat de la production de poils nouveaux qui naissent en arrière de la ligne ordinaire, tout près ou sur la muqueuse. Quelque satisfaisantes que paraissent ces deux interprétations, elles ne sauraient s'appliquer à la majorité des cas que l'on rencontre dans la pratique. On voit, en effet, très-souvent des sujets atteints de trichiasis, sans qu'il y ait la moindre déformation, la moindre cicatrice du bord palpébral, sans que les cils cessent de sortir par un autre point que par la lèvre antérieure du bord libre de la paupière. Pourquoi donc, dans de pareilles conditions, les poils, au lieu de se porter en avant, s'inclinent-ils en arrière? C'est qu'il existe une maladie de bulbes ciliaires; et si le cil, en sortant de la lèvre antérieure de ce bord, s'incline en arrière, c'est que les bulbes malades eux-mêmes ont été déviés. Ce fait a été confirmé par les recherches de Testelin et Warlomont, qui ont constaté, sur des paupières affectées de trichiasis, que les bulbes des cils, au lieu d'être, comme dans l'état normal, régulièrement étagés, à égale distance les uns au-dessous des autres, avec une direction uniforme et des orifices tournés du même côté; que ces bulbes, disons-nous, sont portés dans diverses directions, et que les orifices en sont dirigés en divers sens; les fibres de l'orbiculaire, qui se fixent sur les bulbes des cils, ont subi une transformation graisseuse; elles présentent une teinte jaunâtre, et sont dépourvues de stries transversales.

**Symptômes.** Les troubles fonctionnels ne diffèrent pas de ceux qui ont été indiqués précédemment à l'article *Entropion* (p. 883). Les malades accusent une sensation de corps étranger derrière les paupières; pour éviter le frottement des cils contre le globe, les paupières restent dans un état d'occlusion permanente. La conjonctive et la cornée, sans cesse irritées par le contact des poils déviés, s'enflamment; la vision est gravement compromise. Les souffrances ne cessent que lorsque l'œil a perdu toute sensibilité, que la cornée est devenue épaisse, dure, de couleur gris-perle.

Les signes physiques ont la plus grande ressemblance avec ceux de l'entropion. En faisant ouvrir largement les paupières, on s'assure si la déviation porte sur les cils seulement, auquel cas il s'agit d'un trichiasis simple; ou bien si ces poils ne sont dirigés en arrière que parce que le bord libre de la paupière est lui-même tourné vers l'œil.

**Diagnostic.** Il est généralement facile. Cependant il arrive quelquefois que la déviation ne porte que sur quelques cils seulement; lorsque ces poils sont très-minces, lorsqu'ils sont surtout décolorés, ils échappent à un examen superficiel. Un moyen très-simple pour reconnaître la déviation est de se servir de l'éclairage latéral des paupières, soit à la lumière naturelle, soit à la lumière artificielle, en concentrant, au moyen d'une lentille convexe de deux pouces de foyer, les rayons lumineux sur le point que l'on suppose malade.

**Traitement.** Il est préventif ou curatif. On combat la blépharite ciliaire par les moyens exposés page 869. Si on s'aperçoit que les cils ont une tendance à s'incliner vers le globe, on a recours à l'un des moyens suivants, qu'on a également préconisés dans le trichiasis invétéré. On a cherché à