

fut encore obligé d'exciser les conduits lacrymaux pour compléter la guérison.

La galvano-caustique est le moyen le plus simple et le plus sûr pour opérer la destruction du sac; mais il faut avoir soin de faire porter son action sur l'embouchure des conduits dans le sac. Il est même prudent de détruire ces conduits eux-mêmes, ce qui se fait très-facilement de la manière suivante: on introduit dans chacun d'eux une épingle, puis de chacune de ces épingles on approche les cordons servant de conducteurs, de manière à amener les épingles en contact par leurs pointes. Elles rougissent aussitôt et les conduits cautérisés et détruits s'oblitérent.

Un point fort important est de savoir en quoi consiste cette guérison par destruction du sac. Il y a cicatrisation de la fistule, cessation de l'écoulement purulent; mais les larmes? Desmarres dit avoir souvent observé la disparition du larmolement, surtout après un certain temps, lorsque toute irritation a cessé; et quand le larmolement persiste, du moins est-ce à un degré très supportable. Cela est quelque peu flatté: il n'y a pour s'en convaincre qu'à lire ce que le même auteur a écrit des larmolements par absence, étroitesse, déviation des points lacrymaux.

*Appréciation.* — La multitude des procédés porte déjà témoignage de la difficulté de guérir la maladie; et, en effet, il n'en est pas un seul qui donne une garantie certaine de la guérison. Quand, d'un autre côté, on considère la longueur du traitement, les douleurs et parfois les accidents qui l'accompagnent, ne sont-ce pas là des raisons suffisantes pour se décider résolument à la destruction du sac? Ainsi en ont jugé plusieurs chirurgiens; mais je ne saurais me ranger de cet avis. La destruction du sac n'assure pas le malade contre le larmolement permanent, qui est la principale incommodité des fistules ordinaires, loin de là; quand ce larmolement persiste, il reste désormais sans remède, à moins qu'on ne tente la ressource douteuse de l'extirpation de la glande lacrymale. La destruction du sac n'est pas non plus sans danger; elle a déterminé quelquefois des érysipèles, des caries, et le traitement consécutif peut aussi se prolonger fort longtemps. La question serait bien près d'être jugée cependant, s'il était vrai, comme le dit Desmarres, que *la plupart des guérisons que l'on croit avoir obtenues par la dilatation ne sont en définitive que le résultat d'une occlusion amenée peu à peu par la suppuration et le contact des corps étrangers.* Il s'en est assuré, dit-il, par l'injection dans les conduits lacrymaux, laquelle ne pénètre pas jusqu'au sac. Avant d'appliquer un procédé quelconque, il est essentiel de s'assurer

que les conduits lacrymaux ne sont pas oblitérés. Lorsqu'on les trouve libres, je regarde comme un devoir de chercher à rétablir la fonction par tous les moyens possibles avant de recourir à la destruction des organes, qui peut être comparée à une amputation. Ce cas échéant même, il me semble que l'extirpation du sac par le bistouri et la rugine serait plus simple et moins périlleuse que l'application des caustiques ou du cautère actuel.

Le traitement des affections des voies lacrymales a subi, depuis ces vingt dernières années, de profondes modifications. La plupart des procédés décrits plus haut sont abandonnés et la méthode la plus généralement suivie est celle de la dilatation des voies lacrymales avec section des points et conduits lacrymaux, petite opération préliminaire permettant l'introduction de stylets plus ou moins volumineux dans le canal nasal. Le cathétérisme du canal nasal par les fosses nasales est complètement abandonné et avec juste raison; le cathétérisme par les voies lacrymales supérieures avec section des points lacrymaux suffit pour guérir l'epiphora. Praticqué avec persévérance, et aidé par les injections médicamenteuses, il procure le plus ordinairement la guérison de l'inflammation et du catarrhe du sac et très souvent celle de la fistule lacrymale elle-même. J'ai obtenu par ce moyen, prolongé pendant un ou deux mois, la guérison de plusieurs fistules, et ce n'est qu'exceptionnellement, en cas d'insuccès complet, qu'on devra recourir à l'oblitération du sac ou à sa destruction par les caustiques.

## ARTICLE II

### OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LES PAUPIÈRES

#### I. — Tumeurs enkystées des paupières.

Ces tumeurs, de nature assez mal connue, sont généralement de petits kystes renfermant un liquide séreux, sanguinolent ou même purulent, avec des parois comme fongueuses, rougeâtres, faciles à écraser et à déchirer. Elles siègent dans trois points différents: 1° sous la peau, où on les reconnaît, parce qu'elles sont mobiles et très saillantes; 2° sous le muscle orbiculaire, qui les comprime, en sorte que, bien que faisant saillie au dehors, elles finissent par éroder et perforer le cartilage tarse et par s'ouvrir sur la conjonctive; ce sont les plus communes; 3° enfin sous la conjonctive, et alors elles ne font plus saillie à l'extérieur.

On a essayé d'en obtenir la résolution à l'aide des fondants, de l'acupuncture, d'un petit séton passé au travers, de la cautérisation du trajet fistuleux, etc. Dupuytren les ouvrait d'un coup de bistouri et en cautérisait le fond avec un crayon de nitrate d'argent. D'autres en ont pratiqué l'extirpation : à cet effet on divise ou la peau ou la conjonctive; on accroche la tumeur mise à découvert avec une petite érigne, et on la dissèque. Cette dissection est souvent fort délicate; on a vu le cartilage tarse entamé, perforé, le bord palpébral divisé, et de là des déformations secondaires. Le sang qui masque les parties n'est pas une petite gêne pour l'opérateur; pour éviter l'écoulement du sang, Desmarres a imaginé une pince spéciale qui étreint entre deux anneaux la por-

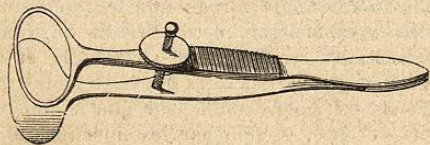


FIG. 370.

Pince de Desmarres.

tion de la paupière qui supporte la tumeur (fig. 370). Enfin, même avec cette pince, la dissection demeure souvent incomplète; alors on peut détruire le reste de la tumeur avec le nitrate d'argent.

*Procédé de Malgaigne.* — Si la tumeur est en dehors du cartilage tarse, il fait une incision transversale de 1 centimètre environ, parallèle au bord libre de la paupière, et divisant les téguments et la tumeur jusqu'au cartilage; si elle siège en dedans, il pratique une incision toute pareille sur la conjonctive, puis il saisit la paupière le plus près possible du kyste entre les mors d'une pince à disséquer, l'un des mors appliqué sur la peau, l'autre sur la conjonctive; et faisant marcher peu à peu ces mors du côté du kyste et pressant toujours, il écrase ses parois et les fait sortir en bouillie par une sorte d'énucléation.

Immédiatement l'hémorrhagie s'arrête; il ne fait ni cautérisation, ni pansement; on recommande simplement au malade de tenir l'œil fermé avec une compresse par-dessus; dès le lendemain la plaie est réunie. Quelquefois il reste sur les bords un peu de rougeur et de tuméfaction; quelques jours suffisent pour les

dissiper. La conjonctive à l'endroit de la pression conserve aussi pendant quelques jours une couleur d'un rouge sombre, qui disparaît comme le reste.

*Broiement.* — Au lieu d'enlever les petites tumeurs, j'en ai cherché la résorption en les broyant avec une aiguille à cataracte introduite soit par la peau, soit par la conjonctive suivant que la tumeur préémine d'un côté ou de l'autre. Elles se résorbent peu à peu et disparaissent en une dizaine de jours. J'ai employé nombre de fois ce procédé depuis 1873 et j'ai obtenu par ce moyen si simple de nombreuses guérisons de chalazions.

## II. — Blépharoptose, ou chute de la paupière supérieure.

La blépharoptose ou ptosis peut provenir de deux causes principales : ou d'un allongement considérable de la peau de la paupière, ou d'une paralysie du muscle élévateur même.

Les anciens avaient déjà fait à peu près cette distinction. Pour le simple relâchement de la paupière, ils excisaient les téguments de la paupière relâchée et réunissaient par suture. On a employé depuis la cautérisation par le feu, l'acide sulfurique, etc. L'excision est de beaucoup préférable.

*Excision de la peau de la paupière.* — On saisit avec une pince ordinaire, ou même avec les doigts, un repli transversal des téguments, assez large à la base pour que le malade puisse ouvrir et fermer l'œil avec facilité, et on l'excise d'un seul coup avec des ciseaux courbes sur le plat. Il faut enlever plutôt un peu plus que moins. On arrête l'hémorrhagie, et l'on applique deux points de suture qu'on enlève après douze ou dix-huit heures.

Quand il y a paralysie du muscle releveur, ce que les anciens appelaient *chute du sourcil*, ils enlevaient une bandelette des téguments du front, y compris sans doute l'occipito-frontal. Par là le sourcil se trouve forcément remonté, et l'occipito-frontal, qui aide déjà à relever la paupière dans l'état normal, peut agir bien plus efficacement, son insertion étant rapprochée de la paupière.

Il semble que Morand ait suivi ce procédé; il dit, en effet, avoir pincé la peau au bas du front à un demi-travers de doigt au-dessus de la paupière, et avoir enlevé un lambeau en

cet endroit à l'aide de deux incisions transversales longues de deux pouces et figurées en losange. Mais presque aussitôt il ajoute qu'il emporte ainsi un morceau de la paupière, ce qui indiquerait que son lambeau était pris au-dessous du sourcil. Tel est encore, au reste, le procédé de Hunt.

*Procédé de Hunt.* — Il fait une incision semi-elliptique à convexité supérieure, immédiatement au-dessous de la ligne arquée du sourcil, et l'étend de chaque côté jusque vis-à-vis des commissures des paupières. Une incision inférieure rejoint la première à ses deux extrémités et circonscrit un lambeau de peau qu'on enlève : on réunit immédiatement la plaie par trois sutures. Quand la cicatrisation est achevée, il résulte que la peau de la paupière s'insère sans replis intermédiaires à la peau du sourcil ; celle-ci, s'élevant sous l'influence du muscle occipito-frontal, entraîne nécessairement la paupière avec elle.

L'incision inférieure doit s'approcher plus ou moins près du bord libre de la paupière, selon le degré de relâchement. Mais ce procédé laisse toujours craindre un renversement excessif de la paupière. Dieffenbach a fait porter la résection sur la conjonctive et sur le muscle élévateur.

*Procédé de Dieffenbach.* — La paupière complètement retournée, on accroche avec une petite érigne double, au delà du cartilage tarse toute l'épaisseur de la paupière, hormis les téguments, et l'on en excise un lambeau transversal dans l'étendue de 6 à 8 millimètres. On réunit par deux points de suture, qui traversent à la fois la muqueuse et la peau, et viennent se nouer en avant de la paupière sur un petit cylindre de toile.

*Procédé de Bowman.* — Ce n'est qu'une modification légère du procédé de Dieffenbach. Bowmann, après avoir retourné la paupière, excise le bord du cartilage tarse, une partie de l'élévateur et ne touche pas à la peau. Il réunit alors les bords de la plaie avec une suture fine.

*Procédé de Von Græfe.* — Au lieu de s'attaquer au releveur, Von Græfe s'attaque à l'orbiculaire. Il fait une incision à la peau, parallèle au bord libre et à 5 millimètres de ce bord. Il écarte les lèvres de la plaie, met l'orbiculaire à nu et en retranche de 8 à 10 millimètres.

*Procédé de Dransart* (de Louvain). — Il est basé sur un principe très différent des procédés précédents. Son but est de

relier la paupière au muscle frontal par des tractus cicatriciels sous-cutanés. On incise la peau de la paupière supérieure parallèlement au bord supérieur du cartilage tarse et on dissèque la lèvre supérieure de la plaie jusqu'au muscle sourcilier. Cela fait, on traverse le cartilage tarse à la partie moyenne de son bord supérieur avec une aiguille armée d'un fil de catgut très fin, à l'extrémité duquel on a fait un nœud. Le cartilage étant traversé d'avant en arrière, on fait cheminer l'aiguille de bas en haut jusque sous le sourcilier. On tire sur le fil jusqu'à ce que le nœud arrive sur le cartilage tarse, puis on fait un autre nœud en avant du sourcilier ; la paupière est ainsi plus ou moins relevée, suivant la brièveté du fil. A droite et à gauche du fil médian, on en passe de même un second et un troisième. Les fils étant coupés au ras du nœud, on laisse retomber le lambeau cutané. Les fils disparaissent par résorption, mais en laissant des tractus cicatriciels qui rétrécissent la paupière et la relient au frontal.

*Procédé de Pagenstecher.* — Basé sur le même principe que celui de Dransart, il supprime l'incision et la dissection de la peau. On prend un fil, à chaque extrémité duquel est enfilée une aiguille. La première aiguille est enfoncée sous la peau, à 2 millimètres du bord palpébral et parallèlement à ce bord. On la fait ressortir, puis on la réintroduit par la même ouverture en la dirigeant cette fois verticalement et en haut vers le sourcil. Arrivé au-dessus du sourcil, on lui fait traverser la peau et on la retire. La seconde aiguille est réintroduite à son tour par le trou qui donne issue au fil et par lequel a été introduite la première aiguille. Cette seconde aiguille est aussi poussée en haut de manière à venir sortir au-dessus du sourcil par le même trou de sortie de la première aiguille. On a donc au-dessus du sourcil deux bouts de fil sortant par le même orifice, et qui, sous la peau, forment un triangle dont la base est parallèle à la paupière. On noue ces deux bouts de fil en les serrant assez pour relever la paupière de la quantité jugée nécessaire. Les tractus cicatriciels profonds maintiendront relevée la paupière, qui sera ainsi reliée au frontal.

*Appréciation.* — Le ptosis paralytique doit d'abord être traité par la faradisation et les courants continus. Si ces moyens restent sans résultats, les procédés de Dransart et de Pagenstecher doivent d'abord être appliqués. Le procédé de Hunt resterait, en cas d'insuccès, une dernière ressource.

## III. — De l'entropion.

L'entropion est le renversement des paupières en dedans. Comme sa gravité provient surtout du renversement des cils, qui entretiennent une irritation continuelle de la conjonctive, il a été souvent confondu avec le trichiasis, et les procédés applicables à l'un ont été décrits sous le nom de l'autre. Sans doute il y a quelques indications communes, mais il y en a aussi de particulières.

L'entropion est dû surtout à deux causes : à la contracture du muscle orbiculaire, et il s'accompagne assez souvent, quand il est ancien, d'une laxité considérable de la peau ; à la déformation du cartilage tarse. On a cherché à agir soit sur la peau, soit sur l'orbiculaire dans la première variété ; on a agi directement sur le cartilage tarse dans la seconde. On a cherché aussi à détruire le principal inconvénient de l'entropion en détruisant les bulbes ciliaires.

I. LAXITÉ DES TÉGUMENTS. — On y remédie de deux manières : ou bien en essayant de procurer la rétraction des téguments sans les détruire, ou bien en y opérant une perte de substance. A la première méthode se rattachent la suture et les serres-fines ; à la seconde, l'excision, les casseaux et la cautérisation.

1° *La suture.* — Déjà connue des hippocratiques et conservée par toute l'antiquité, elle consiste à passer une anse de fil à travers la peau de la paupière, à la plus grande distance du bord palpébral, puis une deuxième anse au voisinage de ce bord ; on serrait les deux anses de manière à faire former un pli aux téguments, et on laissait la ligature jusqu'à ce qu'elle tombât d'elle-même en sectionnant les parties serrées par le fil. Le procédé étant tombé en désuétude, Von Græfe l'a proposé de nouveau en 1868 et l'a mis en usage.

2° *Les serres-fines.* — Goyrand a appliqué les serres-fines à l'entropion, comme les anciens y appliquaient la suture. On saisit entre les mors de deux serres-fines un repli de la peau, assez considérable pour que la paupière soit ramenée en dehors, et on les laisse ainsi trente-six ou quarante-huit heures ; après quoi on les enlève pour les replacer tout à côté, afin que les téguments ne risquent pas d'être ulcérés. Au bout de six ou huit jours de ces applications successives, on les enlève définitivement ; la paupière n'a plus de tendance à se renverser en de-

dans. Elle offre bien une légère tuméfaction, mais qui disparaît avec rapidité.

Panas a repris ce procédé, qui a l'inconvénient d'être fort douloureux.

3° *L'excision de la peau.* — Elle se pratique en travers ou en long. La section en travers se fait en soulevant la peau avec les doigts, avec des pinces ordinaires ou spéciales, et en enlevant le pli avec des ciseaux, ou bien en cernant le lambeau avec le bistouri et le disséquant ; après quoi les uns appliquent la suture, les autres s'en abstiennent.

L'excision longitudinale a été pratiquée par Janson.

Paul d'Égine étreignait la peau entre deux petites attelles jusqu'à mortification. Bartisch avait imaginé pour le même effet un compresseur dont les deux branches étaient rapprochées par une vis. Quadri a provoqué des eschares par la cautérisation avec l'acide sulfurique. D'autres ont eu recours au fer rouge. La cautérisation est un procédé dangereux qui doit être absolument rejeté.

II. CONTRACTURE DE L'ORBICULAIRE. — Key, en 1825, a excisé quelques-unes des fibres du muscle les plus rapprochées du bord palpébral, après les avoir mises à découvert. L'incision est à la fois plus simple et plus rationnelle ; on l'a pratiquée par deux procédés.

1° *Section directe. Procédé de Wardrop.* — On divise l'angle externe des paupières d'un coup de ciseaux dirigé transversalement en dehors et comprenant à la fois la peau, le muscle et la muqueuse.

2° *Section sous-cutanée. Procédé de Cunier.* — On enfonce un ténotome effilé vers le centre de la paupière, au niveau du rebord orbitaire, et l'on en fait glisser la pointe par-dessous le muscle orbiculaire jusqu'au bord palpébral. Alors, en portant le tranchant du côté de la peau, et retirant lentement le ténotome, on coupe le muscle d'arrière en avant ; le doigt appliqué sur la peau favorise l'opération en suivant tous les mouvements de la manœuvre. Comme ce sont, dit-on, les fibres les plus rapprochées du bord palpébral qui sont principalement contractées dans l'entropion, on recommande de faire arriver la pointe du ténotome jusqu'à ce bord, sans quoi le résultat serait incomplet.

*Von Græfe* pratique, pour remédier à l'entropion spasmodique,

l'opération suivante (fig. 371) : il fait, au travers de l'épaisseur de la peau, une incision curviligne parallèle au bord de la paupière et allant d'une commissure à l'autre. Il enlève alors un triangle de peau circonscrit par deux incisions se rejoignant vers le bord adhérent de la paupière, dissèque les lambeaux afin de les mobiliser, et les réunit par quelques points de suture. La

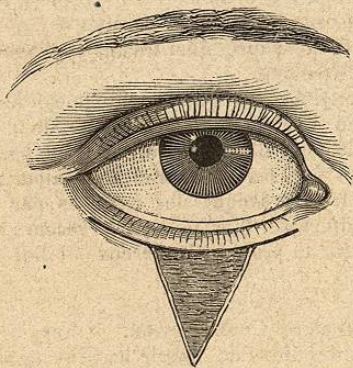


FIG. 371.

Entropion, procédé de Von Græfe.

largeur du triangle à sa base et la longueur de ses côtés varient avec l'étendue de la difformité.

Le blépharospasme est plus le souvent symptomatique d'une inflammation de la cornée ou de la conjonctive, d'une névralgie sus-orbitaire, etc. C'est alors un phénomène réflexe. Dans ce cas, Von Græfe, sur le conseil de Romberg, a coupé le nerf sus-orbitaire et a fait cesser la contraction de l'orbiculaire. Cette opération, répétée un certain nombre de fois dans des cas analogues, a le plus souvent été suivie de succès.

*Collodion.* — Lorsque l'entropion est léger et surtout lorsqu'il est récent et dû à un peu de contracture, comme cela arrive quelquefois après l'opération de la cataracte, on peut se borner à appliquer sur la peau, préalablement lavée avec un peu d'alcool, une légère couche de collodion, qu'on renouvelle tous les deux ou trois jours.

III. DÉFORMATION DU CARTILAGE TARSE. — Tantôt il paraît seulement raccourci, ou bien il est enroulé et recourbé d'une manière vicieuse.

1<sup>o</sup> *Incision double. Procédé de Guthrie.* — On introduit la lame d'un petit bistouri mousse ou celle d'une paire de ciseaux également mousses à l'angle externe de l'œil, et l'on fait à la paupière une incision perpendiculaire comprenant toute son épaisseur et de 6 à 12 millimètres de longueur; une autre incision de même étendue est pratiquée à l'angle interne, en dehors du point lacrymal. Ces deux incisions doivent être prolongées de telle sorte que la portion de la paupière qui contient le cartilage tarse soit parfaitement libre et n'obéisse plus à l'action du muscle orbiculaire. On la renverse alors complètement sur le front, où l'opérateur la maintient avec le doigt indicateur de la main gauche, tandis qu'il achève de couper les adhérences, s'il en existe, qui la laisseraient encore soumise à ce muscle. On la laisse ensuite retomber sur l'œil, et l'on fait relever naturellement la paupière au malade. Si l'on s'aperçoit que le cartilage tarse garde dans ces mouvements une courbure anormale, on enlève, par une incision transversale, une portion de la peau comprise entre les deux incisions, et l'on retranche une portion de ce cartilage suffisante pour que cette ablation détruise sa courbure. C'est surtout près de l'angle interne que se remarque cette exagération de courbure du cartilage, et conséquemment que l'excision doit être le plus considérable. On passe ensuite dans les bords de la plaie transversale quatre anses de fil, dont les extrémités, ramenées sur le front, y sont collées par une bandelette agglutinative, et empêchent la portion détachée de la paupière de se réunir dans les mêmes rapports qu'auparavant. Guthrie fait traverser toute l'épaisseur de la paupière à l'anse placée près de la commissure interne.

2<sup>o</sup> *Excision du cartilage tarse. Procédé de Saunders.* — Après avoir introduit entre la paupière et le globe de l'œil une plaque mince de corne ou d'argent sur laquelle on tend la paupière du malade, on incise les téguments et le muscle orbiculaire dans la direction du cartilage tarse immédiatement au-dessus des racines des cils; on dissèque ensuite avec précaution la surface externe de ce cartilage jusqu'à ce que son bord orbitaire soit mis à nu; et enfin on le détache sur les côtés, en se gardant d'intéresser le point lacrymal.

Ce procédé est fondé sur ce fait anatomique que, l'élevateur

de la paupière s'insérant aux téguments et à la conjonctive, l'ablation du cartilage ne lui ôte point ses attaches. La cicatrisation se fait avec rapidité; mais toujours Saunders a vu se développer sur la plaie extérieure un fungus assez considérable qu'il détruisait facilement par les caustiques et mieux encore avec le bistouri.

Au lieu d'attaquer le cartilage par la peau, Tyrrell l'enlevait en incisant la conjonctive.

3<sup>e</sup> *Procédé de Von Græfe.* — Lorsqu'il s'agit de la paupière supérieure et qu'à l'entropion de cause spasmodique se joint une dé-

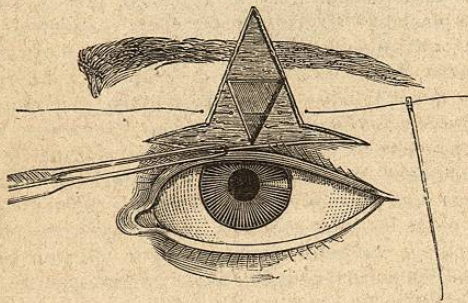


FIG. 372.

Opération de Von Græfe, pour l'entropion avec excision triangulaire du cartilage tarse.

formation du cartilage tarse, Græfe emploie le même procédé; mais dans l'aire du triangle cutané il circonscrit un second triangle, inversement disposé, dont la base répond au bord adhérent de la paupière. Il enlève en ce point les fibres de l'orbiculaire et résèque une portion triangulaire du cartilage (fig. 372), ne conservant que la conjonctive. Les points de suture sont appliqués de telle sorte que le fil moyen passe au niveau de la base du triangle cartilagineux cutané, de manière à en rapprocher les bords. Les autres fils s'appliquent comme dans le procédé précédemment décrit.

*Procédé de Streatfield.* — Il pratique à 2 millimètres au-dessus du bord libre et parallèlement à ce bord une incision qui va jusqu'au cartilage tarse. Des extrémités de cette incision il

en fait une seconde curviligne à concavité inférieure allant également jusqu'au cartilage et il enlève les parties de peau et d'orbiculaire limitées par ces incisions. Il fait alors sur le cartilage tarse, mis à découvert, deux incisions parallèles à l'axe de la paupière, légèrement espacées en avant, mais qui se rejoignent vers la face profonde du cartilage et qui interceptent un prisme triangulaire dont la base répond à la face antérieure du cartilage. Streatfield abandonnait la plaie à la guérison spontanée; par suite de la rétraction cicatricielle, il comptait que le rapprochement des lèvres de la plaie du cartilage aurait pour effet de le redresser.

*Procédé de Snellen.* — Il opère comme Streatfield, mais il rapproche les bords divisés du cartilage par des points de suture. La suture est faite avec un fil armé, à chaque bout, d'une aiguille. La première aiguille traverse la lèvre supérieure de l'entaille faite au cartilage, puis la peau du bord libre un peu au-dessus de la ligne des cils, la seconde aiguille traverse de même la peau à 4 millimètres du trou de sortie de la première. Trois fils traversant ainsi l'entaille supérieure du cartilage traversent en six points le bord libre. En serrant les fils on redresse le cartilage.

D'autres procédés employés pour le trichiasis sont aussi applicables à l'entropion.

IV. EXCISION DES BULBES CILIAIRES. *Procédé de Schreger.* — On fait une incision parallèle au bord de la paupière, assez distante pour comprendre toute la hauteur des bulbes; Hardegg la pratiquait à une ligne de l'insertion des cils. On saisit alors la peau comprise entre l'insertion et le bord palpébral avec une petite pince à crochet, et on l'attire à soi, en enlevant à petits coups de bistouri toute l'épaisseur occupée par des bulbes ciliaires. Il faut éviter de toucher au cartilage, que l'on reconnaîtra facilement à sa couleur blanche, si l'on a soin de faire assidûment essuyer le sang par un aide, et ne laisser aucun des bulbes ciliaires, reconnaissables à leur teinte noirâtre.

Il arrive quelquefois que l'opération détermine des douleurs lancinantes le long du nez; elles cessent une ou deux heures après. On recouvre la plaie de compresses d'eau froide pendant quelques heures, puis on se contente de recouvrir l'œil d'une simple compresse sèche. La plaie guérit ordinairement en huit ou dix jours.