

**A HEADLESS FRENCH-SPEAKING HANDBOOK OF EYE SURGERY OF THE  
19TH-20TH CENTURY AND ITS CONTRIBUTION TO FRENCH-SPEAKING AND  
MORE, OPHTHALMOLOGISTS OF THE SAME PERIOD**

**Dr GEORGIOS N. BALANIKAS<sup>1,2</sup> MD, PhD**

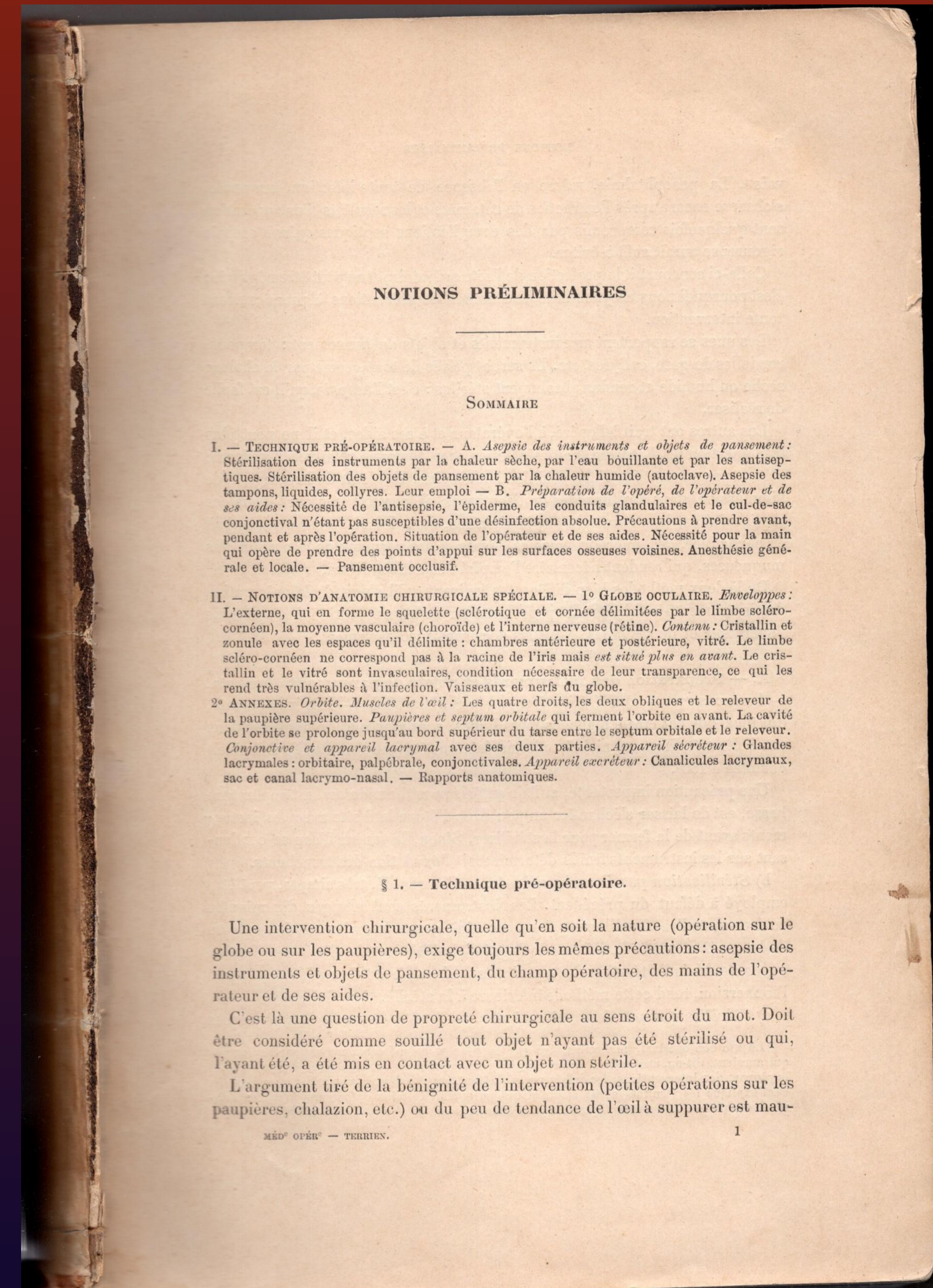
A' Ophthalmologic Clinic, Aristotle University of Thessaloniki  
AHEPA HOSPITAL Thessaloniki



40<sup>o</sup> Congress of Hellenic Society of Intraocular Lenses  
and Refractive Surgery, February, 12-14<sup>th</sup>, 2026  
ATHENS MEGARON

The French manual 'TRAITE THEORIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DES YEUX' is presented in this work. Due to the loss of the cover and the first page, there is no exact information about the time of publication. Furthermore, its historical value is great. It consists of approximately 440 pages.

1.-DIMITRIOS PIROUNIDIS MD,PhD, 2.-ACHILLEAS RASOGLOU MD,  
3.-.Emeritus Prof. VASILEIOS KARAMPATAKIS MD, PhD,  
4.- Emeritus Prof. NICHOLAS GEORGIADIS MD, PhD



NO FINANCIAL INTEREST

(chaleur sèche et eau bouillante), certains auteurs préconisent les agents chimiques (*solutions antiseptiques*), procédé défectueux et entièrement à rejeter. L'instrument doit rester plongé plus d'un quart d'heure dans le liquide, condition rarement réalisée. De plus, si quelque particule de substance grasseuse ou albuminoïde est demeurée adhérente à l'instrument, la surface métallique ne se trouve pas en contact avec le liquide en ce point et la stérilisation est inefficace.

Parmi les substances employées, l'eau phéniquée, le formol et le chloroforme doivent être rejetés comme trop irritants pour la conjonctive.

Chibret, de Clermont-Ferrand, après s'être servi de l'oxy-cyanure de mercure à 1 p. 100, emploie maintenant le cyanure de mercure à 1 p. 100. Ce procédé est insuffisant.

**OBJETS DE PANSEMENT.** — Tous ces objets sont placés dans l'autoclave et stérilisés par la chaleur humide.

a) *Tampons et compresses.* — Ceux-ci, préalablement humectés, sont enfermés dans des boîtes en métal nickelé munies de petits trous sur les parties latérales par où la vapeur peut s'échapper. Un léger mouvement de rotation imprimé au couvercle suffit à oblitérer la boîte quand celle-ci est enlevée de l'autoclave (fig. 1).

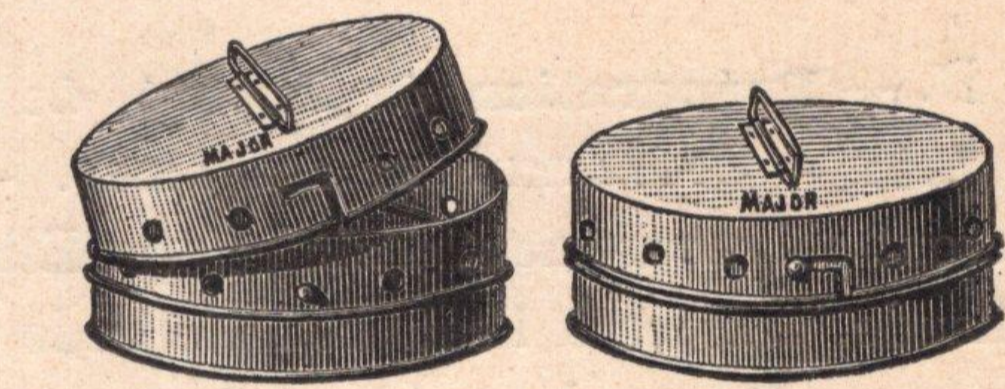


FIG. 1. — Boîtes métalliques pour stérilisation à l'autoclave des tampons et objets de pansement.

Les objets conservés dans ces boîtes restent indéfiniment stériles, à condition de n'ouvrir la boîte qu'au moment de l'opération.

On peut, comme cela se pratique à la clinique de l'Hôtel-Dieu, avoir plusieurs boîtes, l'une pour les compresses humides, l'autre pour les tampons et rondelles, une troisième contenant les pansements secs : rondelles de gaze et rondelles de coton hydrophile superposées. Ces dernières seront stérilisées par la chaleur sèche (étuve Poupinel), mais on peut obtenir aussi des pansements secs par la stérilisation à l'autoclave en adoptant le dispositif employé par M. Terrier <sup>1</sup>.

On se sert, pour le globe de l'œil, de petits tampons roulés en forme de cigarette. Ils se composent d'un petit fuseau d'ouate hydrophile mouillée, étirée, puis enveloppée d'une mince feuille d'ouate hydrophile mouillée et bien serrée.

b) *Les liquides destinés au lavage*, les soies, les crins de Florence et tous autres objets seront stérilisés par le même procédé.

c) *Collyres.* — Il en est de même des collyres qui peuvent être employés en solution aqueuse ou en solution huileuse (Panas, Scrinì).

<sup>1</sup> F. TERRIER et G. LATHAM. *Revue de chirurgie*, 1896.

ne peut se servir des antiseptiques habituels, sublimé ou acide phénique, trop irritants pour la cornée et la muqueuse conjonctivale. Certains auteurs



FIG. 4. — *Opération de cataracte, O. D.*  
L'opérateur se tient derrière la tête du malade. Le lit est placé parallèlement à la fenêtre et la lumière vient de droite.

emploient le sublimé au 1/4000 ; ce sel peut avoir des inconvénients et nous lui préférons le biiodure de mercure, adopté par M. Panas et uniquement employé à la clinique de l'Hôtel-Dieu. On formulera avec lui :

The book opens with the preparation of the operating room as depicted in the illustrative engraving with the room, the patient and the doctors, as well as the tools and the antiseptic procedures.

L'opérateur, placé à la gauche du sujet, reçoit la lumière de droite. L'aide se tient en face du chirurgien, derrière la tête du malade.



Fig. 5. — *Opération de cataracte. O. G.*

Bichlore de mercure..... 0,05 centigr.  
 Alcool à 90°..... 16 gr.  
 Eau distillée..... 1,000 gr.

TECHNIQUE PRÉ-OPÉRATOIRE

An illustration of the operating room with the surgeons in the work ('Επί το έργον')

a) *Ponction et contre-ponction.* — Avec le couteau tenu de la main droite, la pointe de ce dernier appliquée tout contre le limbe scléro-cornéen, à

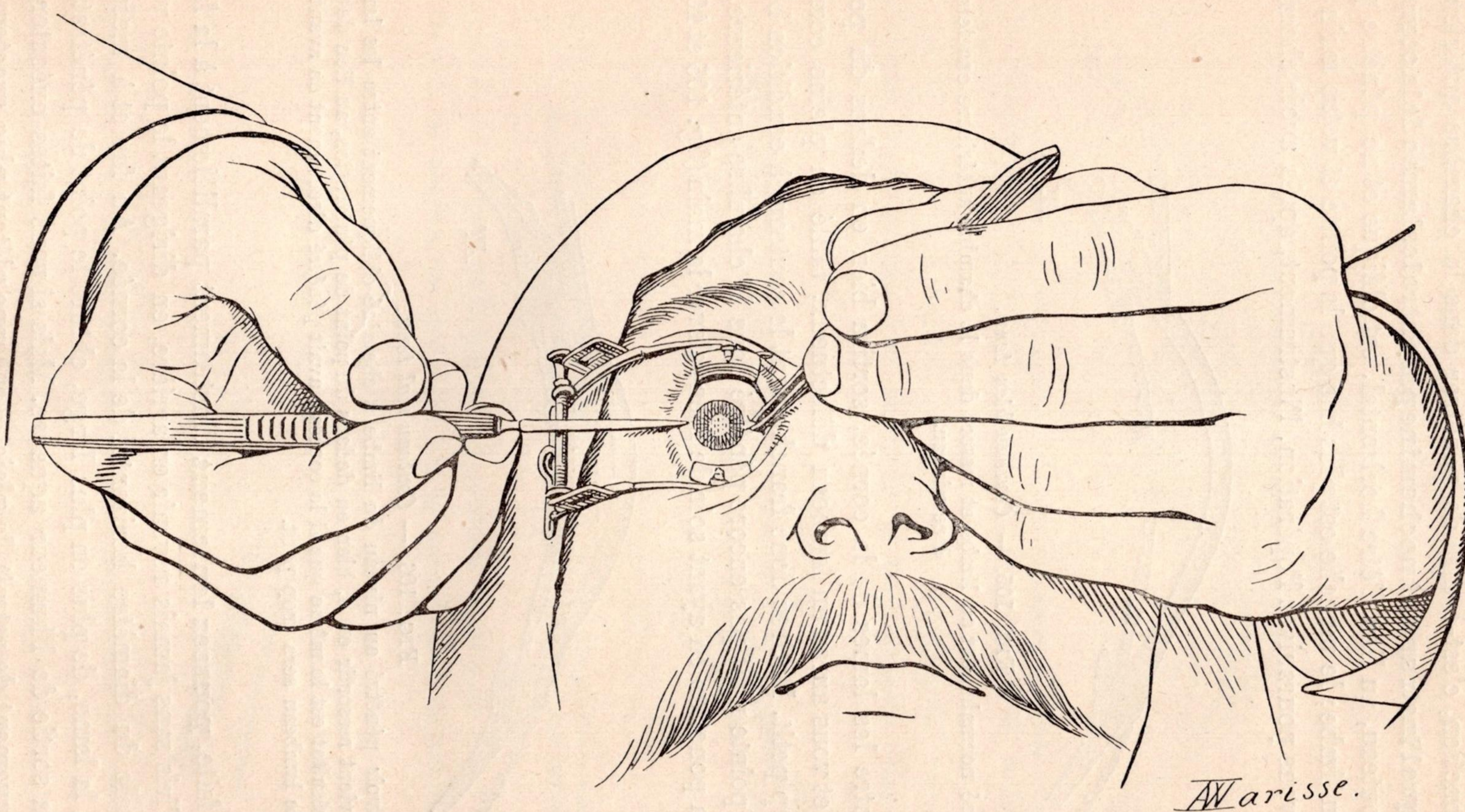


FIG. 104. — *Opération de cataracte. Œil droit. Premier temps.*

L'opérateur est placé derrière la tête du sujet. Le couteau est tenu horizontalement de la main droite et va pénétrer exactement au niveau du limbe. La pince fixatrice, appliquée exactement au point opposé de contre-ponction, maintient le globe. Elle repose par sa partie moyenne sur la racine du nez, masquée ici par la main gauche de l'opérateur. Les deux mains prennent point d'appui sur un plan résistant à droite et à gauche.

1 millim. environ au-dessus du diamètre horizontal et le tranchant en haut, l'opérateur s'apprête à faire la ponction. Recommandant au malade de bien

Méop ordina — TRENKINS.

Starting cataract surgery...

rieur est le plus éloigné. On a, d'ailleurs, rarement à intervenir sur ce dernier ou sur le droit inférieur.

Comme le montre la figure 15, empruntée au Manuel de Fuchs, la ligne d'insertion sclérale de chacun des muscles droits, n'est pas rigoureusement

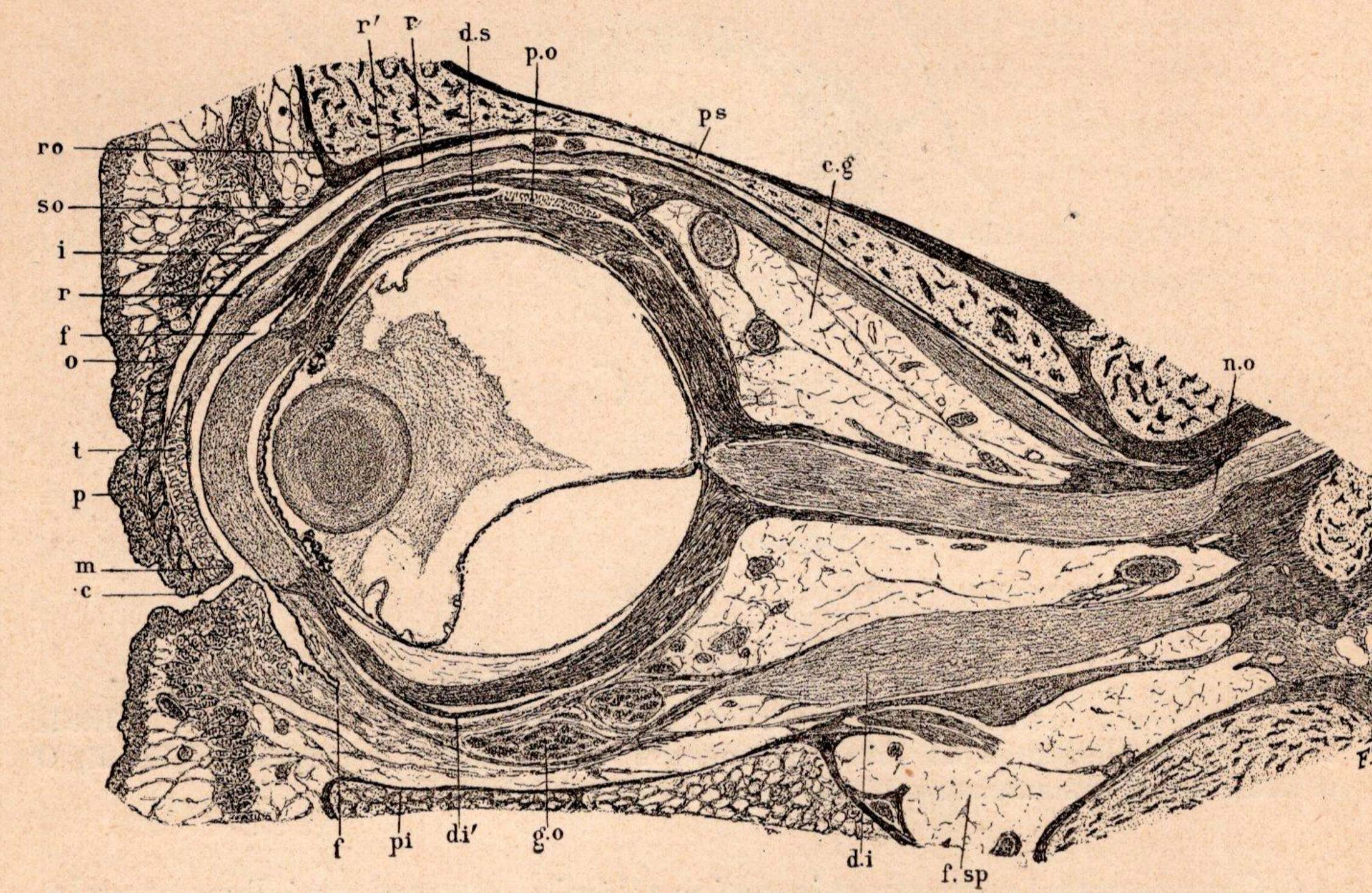


FIG. 16. — Coupe verticale et antéro-postérieure de l'orbite montrant les rapports du globe avec la cavité et les annexes. (Préparation de M. ROCHON-DUVIGNEAUD.) — Œil d'enfant.

La cavité de l'orbite est limitée en haut par la paroi supérieure (*p.s.*), en bas par la paroi inférieure (*p.i.*), laissant voir la fente sphéno-maxillaire (*f.sp.*). Elle est remplie par le globe oculaire, les muscles et par du tissu cellulo-graisseux (*c.g.*) renfermant des vaisseaux et des nerfs. En arrière, elle est fermée par le trou optique traversé par le nerf optique (*n.o.*), en avant par les paupières et le septum orbitale (*s.o.*). De la face antérieure partent de nombreux faisceaux qui cloisonnent la paupière et renferment le muscle orbiculaire (*o.*). — *p.* Peau de la paupière doublée de l'orbiculaire. — *t.* Tarse avec les glandes de Meibomius. — *m.* Lèvre meibomienne de la paupière. — *c.* Lèvre ciliaire. — *r.* Releveur de la paupière, enveloppé de sa capsule, très épaissie à la partie inférieure du muscle (*r'*). — Les fibres de cette capsule vont s'insérer en avant sur le cul-de-sac conjonctival (*f*) qu'elles maintiennent dans sa position. — *i.* Interstice séparant le septum orbitale de l'aponévrose du releveur et qui n'est, en somme, qu'un prolongement virtuel de la cavité de l'orbite. — *d.s.* Droit supérieur dont on ne voit que l'insertion à la sclérotique et qui, si on le voyait en totalité, passerait au-dessus du muscle petit oblique coupé en travers (*p.o.*). — *d.i.* Droit inférieur avec son insertion antérieure *d'i'*. — *g.o.* Muscle grand oblique.

parallèle au limbe scléro-cornéen. Elle est plus ou moins oblique, par rapport à ce dernier, et on le constate nettement après la ténotomie du tendon. Cela n'a d'ailleurs aucune importance pratique. Il suffit, nous le verrons à propos de la ténotomie, de sectionner le tendon au ras de la sclérotique, sans s'inquiéter de la direction suivant laquelle s'insère le tendon sur la paroi.

Le grand et le petit obliques partis, le premier de la partie supéro-interne

Illustration of a cadaveric preparation of an infant's eyeball for the topographic anatomy. These preparations assisted surgeons in planning operations on the eyeball and its appendages.

...eute un mouvement de bascule de haut en bas et d'arrière en avant, franchit le diaphragme irien, passe dans la chambre antérieure et s'échappe au dehors; l'extraction est terminée.

...orsque la cataracte est molle, après la sortie du noyau le champ pupillaire

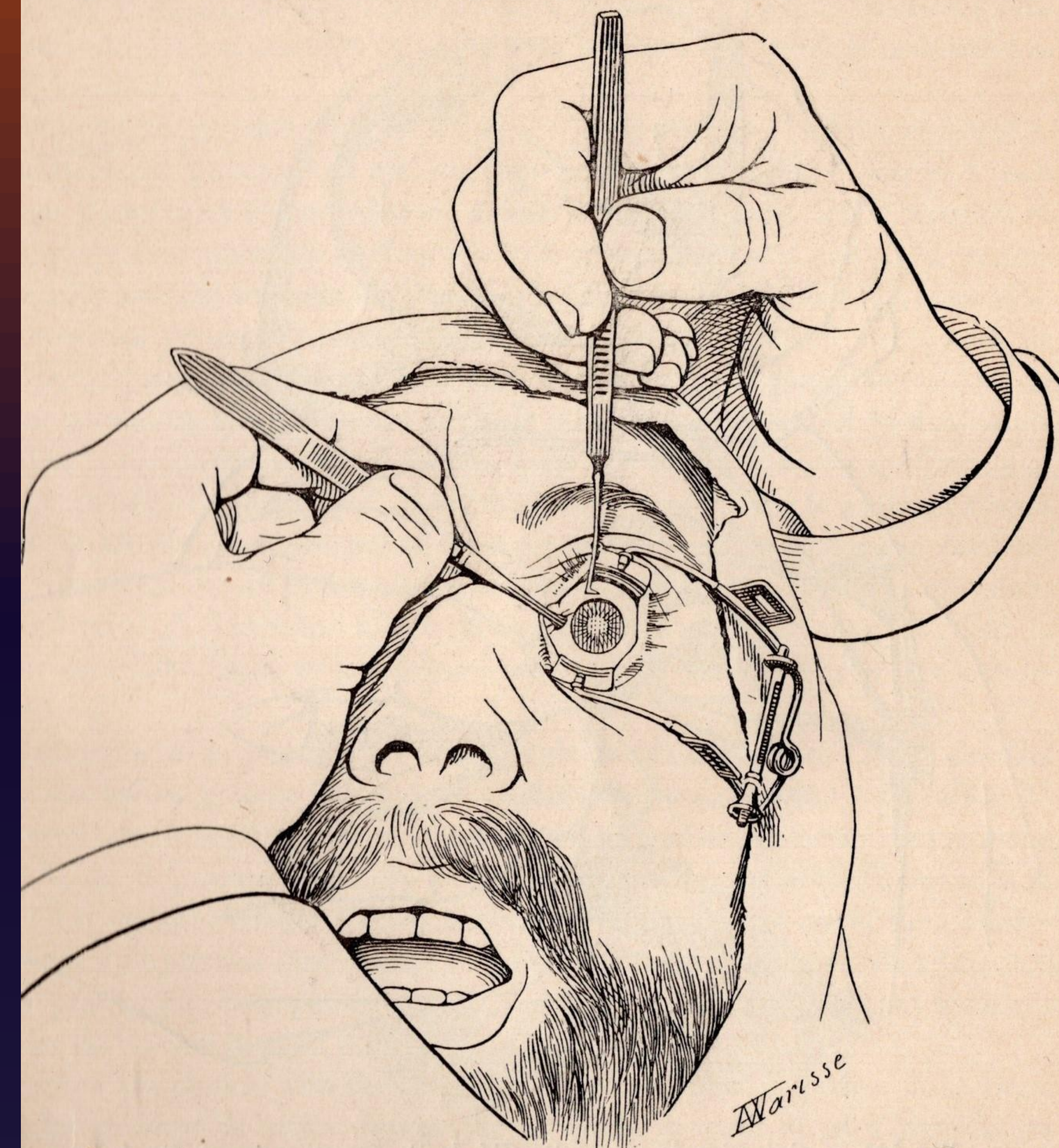


FIG. 121. — Opération de cataracte. Œil gauche. Deuxième temps. Discission.

...ne légende que dans la figure précédente. La pince fixatrice repose sur la racine du nez sans presser sur le globe.

...a chambre antérieure restent obstrués par les masses molles opacifiées. Les-ci seront extraites comme précédemment par de petites pressions douces de la spatule sur la partie inférieure de la cornée, et si cette manœuvre ne réussit pas, on trait les chercher avec la curette mousse introduite au besoin à plusieurs reprises dans la chambre antérieure jusqu'à ce que le champ pupil-

On agira avec une prudence extrême et l'instrument ne doit pas séjourner dans la plaie, car un mouvement involontaire de la part du malade peut occasionner la perte du vitré. La curette, avant d'être introduite de nouveau, est

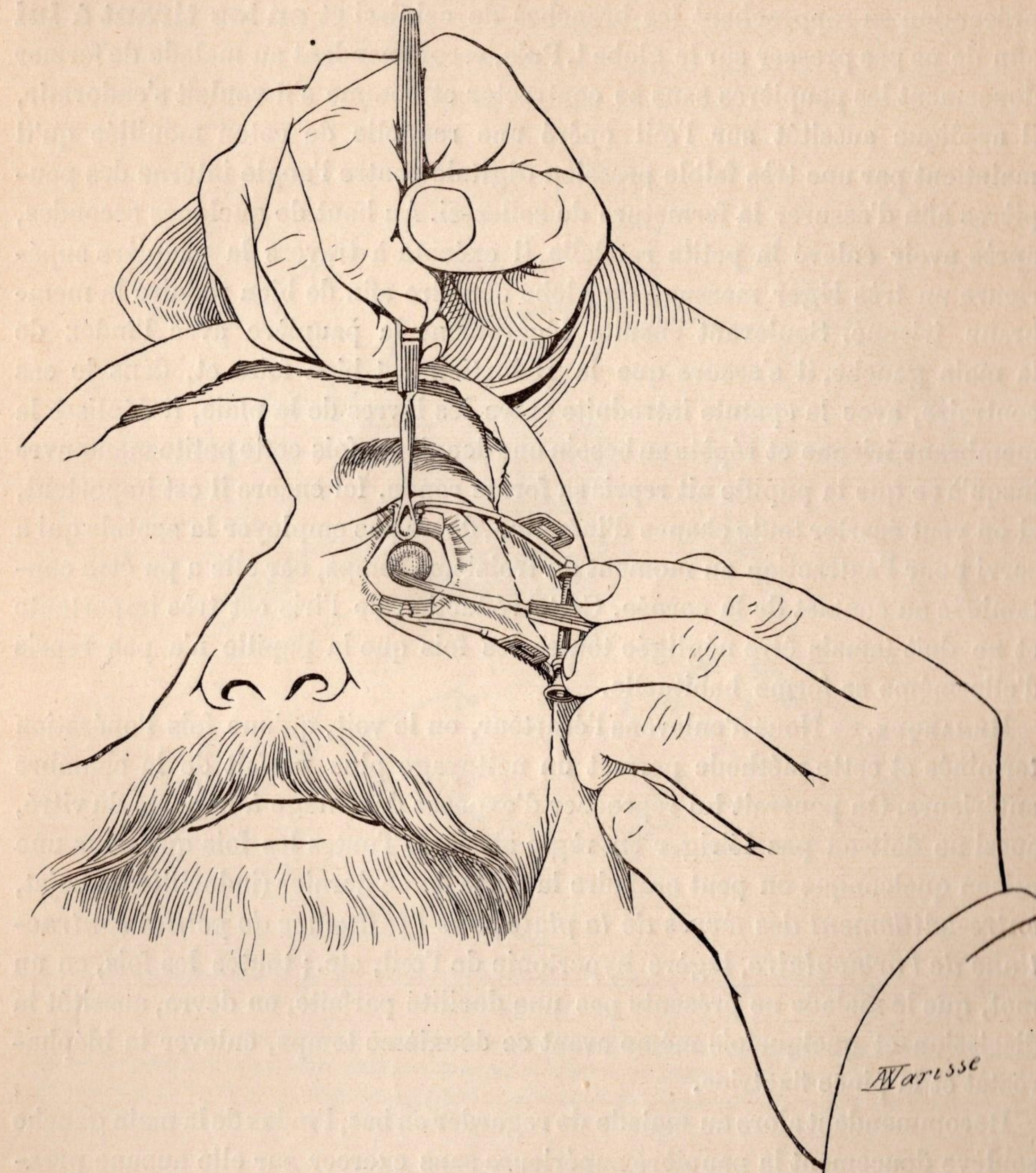


FIG. 122. — Opération de cataracte. Œil gauche. Troisième temps. Extraction.

La main gauche, prenant point d'appui sur la région malaire du sujet, presse légèrement avec la spatule appliquée à plat sur le tiers inférieur de la cornée, de manière à entre-bâiller les lèvres de la plaie, tandis que la main droite, appuyée sur le front, déprime avec la curette mousse la lèvre supérieure de l'incision.

débarassée des masses molles qu'elle a pu ramener en la frottant sur l'extrémité d'un petit tampon de coton fusiforme présenté par un aide. Cette manœuvre, indispensable lors de cataractes molles, doit être particulièrement

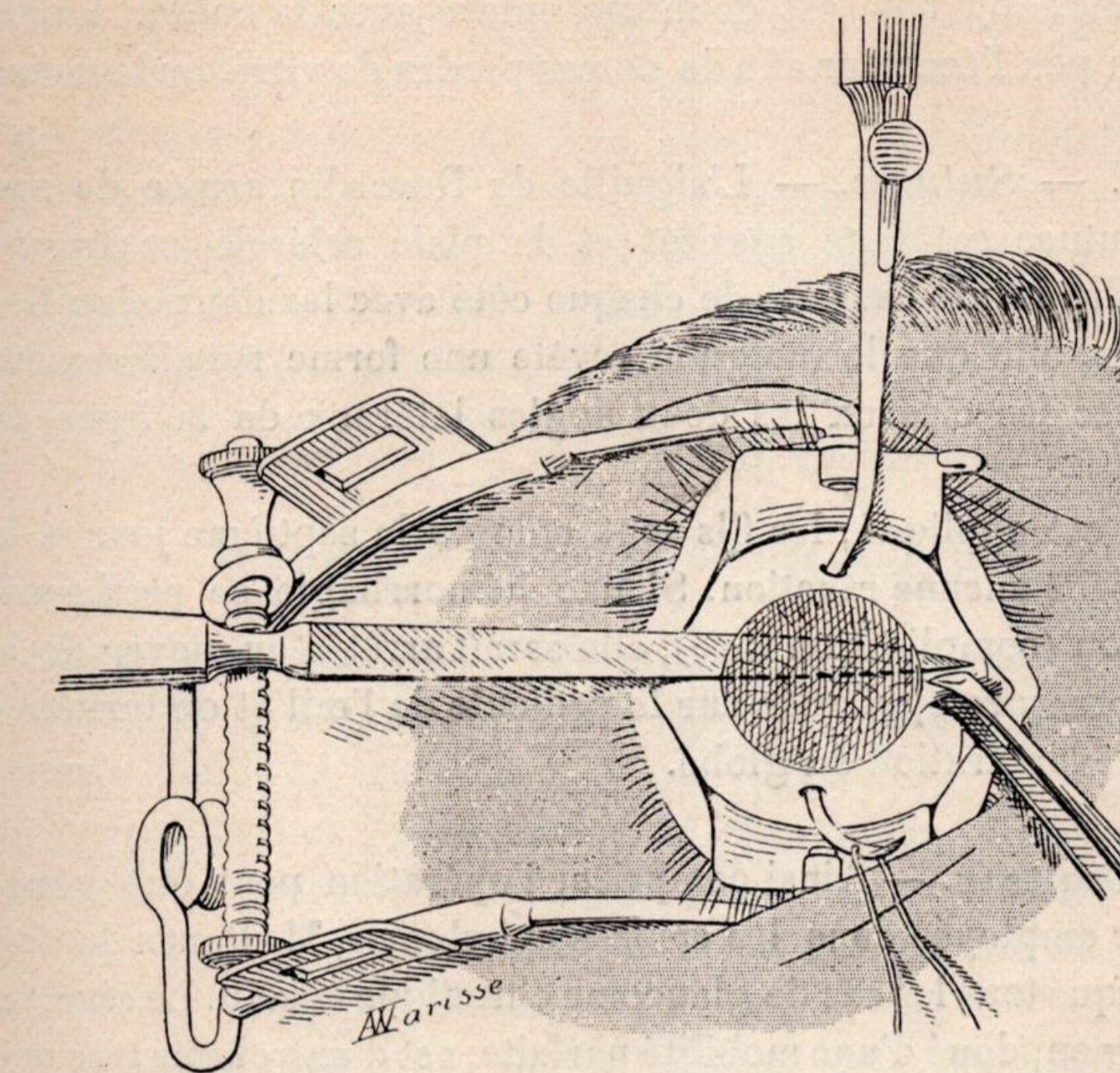


FIG. 162. — Kératectomie combinée. Œil droit. Premier et deuxième temps.

L'aiguille courbe, laissée en place et munie de son fil, est maintenue par un aide tandis que le chirurgien va procéder à l'excision du staphylome avec le couteau de de Graefe.

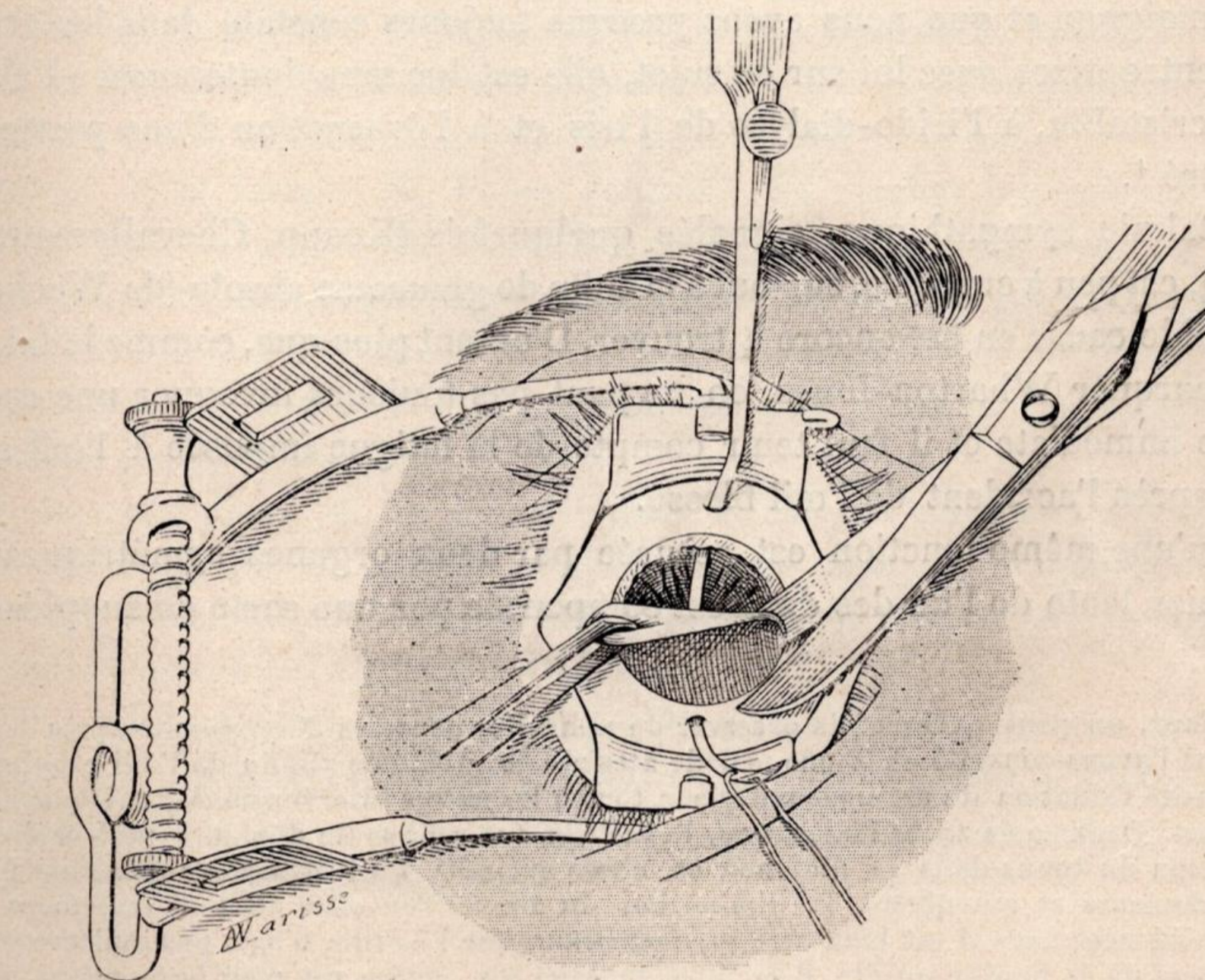


FIG. 163. — Kératectomie combinée. Œil droit. Achèvement du second temps.

MED. OPÉR. — TERNES.

Surgical techniques for extraocular cataract removal and keratectomy

La raison en est que l'axe antéro-postérieur de l'œil, qui vient se confondre avec la ligne visuelle, est toujours légèrement dévié en dedans. Toutes les fois que la transparence de la cornée le permet, le colobome sera donc placé exact-

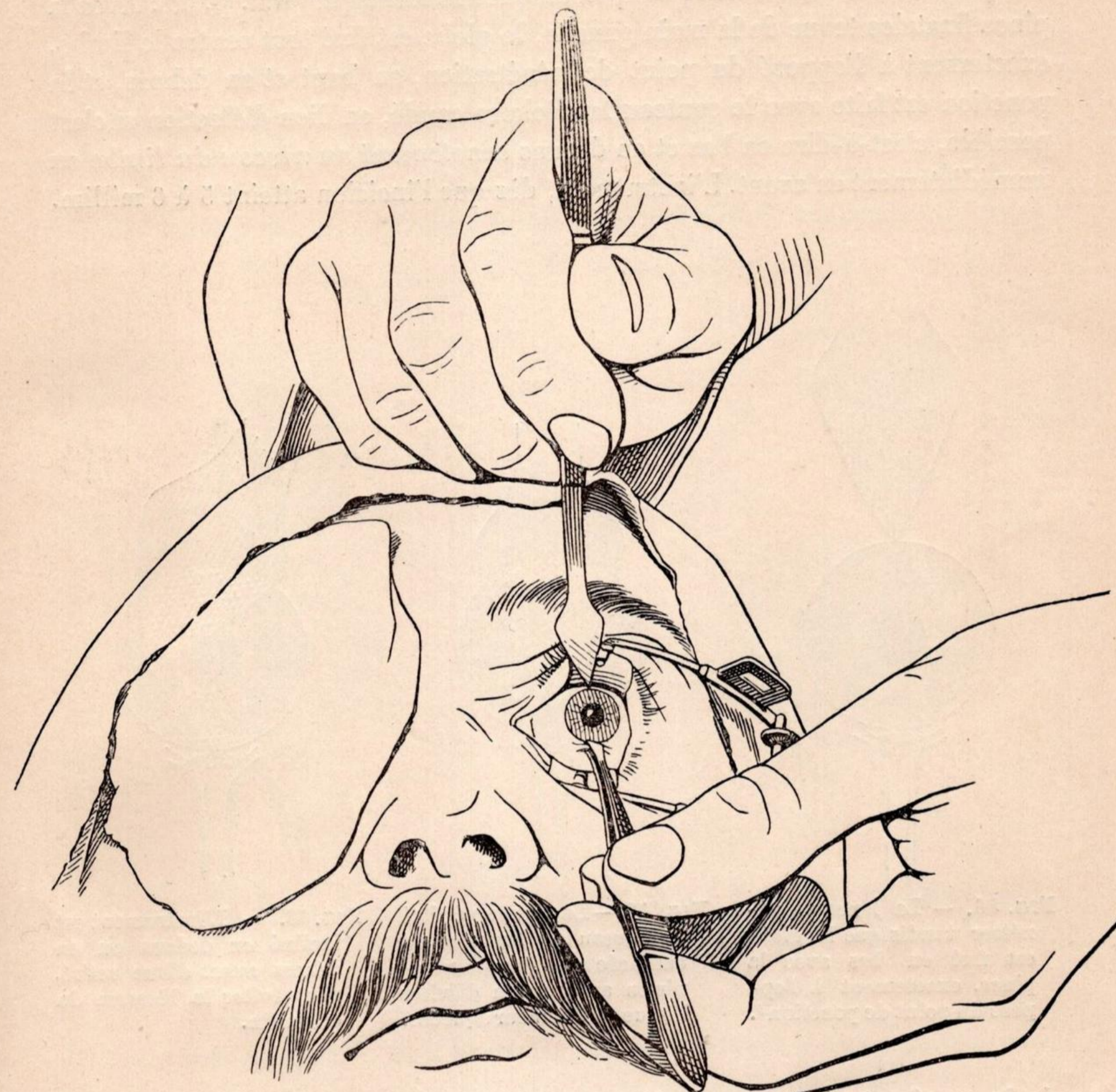


FIG. 55. — Premier temps de l'iridectomie. — Section de la cornée.

L'opérateur est placé derrière la tête du sujet. Avec la pince fixatrice tenue de la main gauche le globe est fixé tout contre le limbe, à l'opposé du point de ponction. La main droite tient la pique légèrement inclinée en avant, normalement au limbe et s'appuie à faire la ponction. Les deux mains sont appuyées, la droite sur le front du sujet, la gauche sur la région malaire, et la pince ne presse nullement sur le globe. Dans cette figure et dans toutes les suivantes l'iridectomie est faite en haut; mais la technique est toujours identique, quel qu'en soit le siège.

tement à ce niveau. Afin de ne pas perdre de vue le point où la pique doit pénétrer, ce qui peut arriver, lorsque l'œil ayant été fixé est plus ou moins déplacé,

La pointe de la lance, dirigée perpendiculairement au limbe, pénètre exactement en ce point, à moins de contre-indications spéciales<sup>1</sup>, tandis que la pince fixatrice appliquée tout contre le limbe, à l'extrémité supérieure du méridien vertical, à l'opposé du point de pénétration, immobilise le globe et assure la contre-pression (fig. 26). Dès que la pointe apparaît dans la chambre antérieure, l'opérateur, abaissant le manche de l'instrument, continue à pousser lentement celui-ci, sans jamais revenir en arrière et maintient la lance bien parallèle à la face antérieure de l'iris (fig. 27).

Le moindre mouvement de retrait aurait pour résultat l'issue de l'humeur

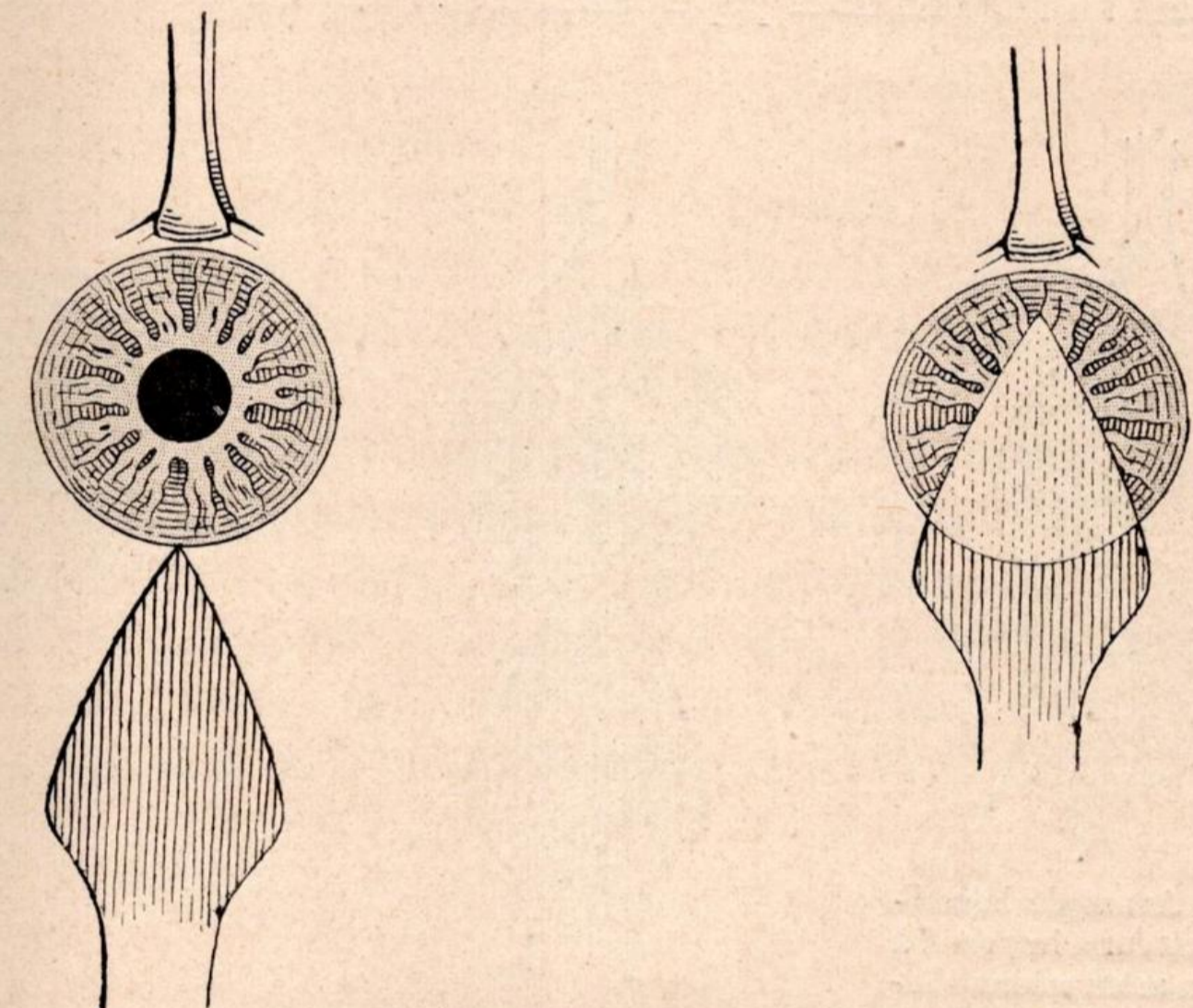


FIG. 26. — La pointe de la lance, perpendiculaire au limbe, va pénétrer, tandis que la pince appliquée en haut à l'opposé du point de ponction maintient le globe.

FIG. 27. — La lance a pénétré lentement sans effectuer aucun mouvement de retrait et la lance, obliquant l'orifice de section, s'oppose à l'issue de l'humeur aqueuse.

aqueuse, la disparition de la chambre antérieure et la projection en avant du cristallin qui pourrait être intéressé si la pointe a franchi l'orifice pupillaire. L'étendue de la section étant jugée suffisante, l'opérateur retire lentement l'instrument en maintenant la lame toujours parallèle à la surface antérieure de l'iris.

Si la pointe a été enfoncée profondément, au delà du bord pupillaire, on imprimera au manche de la pique, avant de retirer l'instrument, un mouvement de latéralité qui amènera la pointe en dedans ou en dehors de la pupille. Cette petite manœuvre permet d'éviter sûrement la blessure de la

<sup>1</sup> Si la ponction de la cornée n'est que le premier temps d'une opération plus complète (iridectomie optique par exemple), il est clair que le siège de la ponction est réglé par l'emplacement de l'iridectomie.

crystalloïde par la pointe de la lance au moment de l'issue de l'humeur aqueuse, puisque, pendant tout le temps de son retrait, la pointe demeure séparée de la lentille par toute l'épaisseur de la membrane irienne (voy. fig. 28). Elle permet, en outre, d'agrandir l'une des extrémités de l'incision avec le tranchant latéral de la pique, si on le juge nécessaire.

Puis, l'opérateur retire l'instrument en déprimant légèrement la lèvre postérieure de l'incision pour entre-bâiller les lèvres de la plaie et permettre l'écoulement de l'humeur aqueuse. Jusque-là celle-ci reste retenue dans la chambre antérieure, grâce à l'obliquité de l'incision, à condition que l'opérateur n'ait imprimé au manche de la pique au cours de la section aucun mouvement

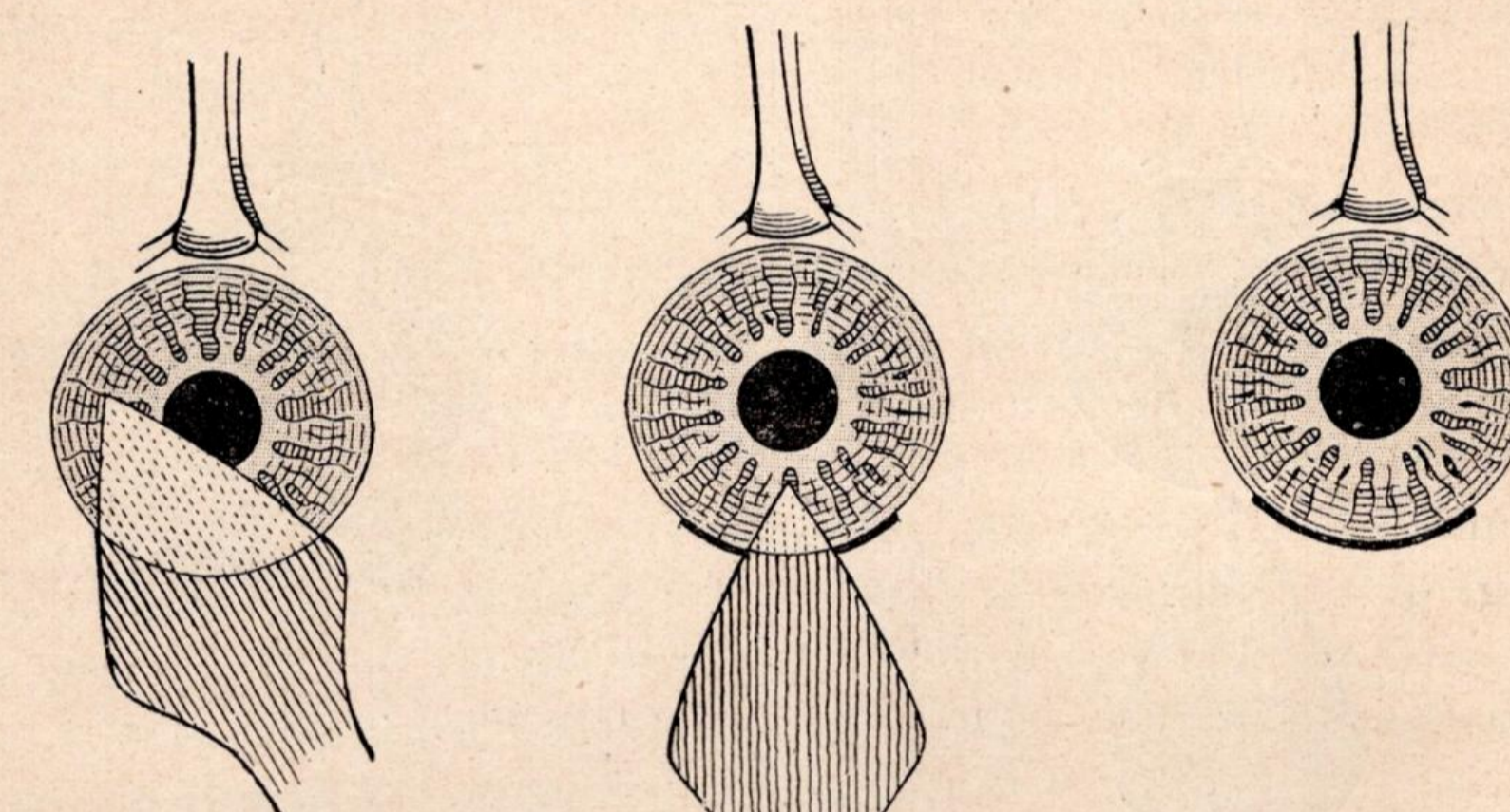


FIG. 28. — Avant de la retirer, l'opérateur a imprimé à celle-ci un mouvement d'inclinaison latérale pour éviter la blessure du cristallin au moment de la disparition de la chambre antérieure.

FIG. 29. — La lance est retirée lentement pour éviter l'écoulement brusque de l'humeur aqueuse.

FIG. 30. — Étendue et siège de la section.

de rotation sur son axe. L'écoulement se fera lentement et en plusieurs fois. Il est important de ne pas évacuer d'un seul coup le liquide retenu dans la chambre antérieure. La détente brusque qui en résulterait, outre qu'elle favorise le prolapsus de l'iris entre les lèvres de la plaie, prédispose sur un œil hypertone aux hémorragies; de la même manière qu'une thoracentèse trop complète peut amener l'expectoration albumineuse (1).

<sup>1</sup> La pique doit être employée de préférence; elle donne une plaie oblique dont les lèvres, très bien coaptées, se cicatrisent rapidement et prédisposent moins que toute autre au prolapsus irien.

Si la chambre antérieure n'existait pas, on se servirait alors d'un couteau de de Graefe très étroit: la ponction et la contre-ponction seraient faites au niveau du limbe et la partie intermédiaire sectionnée également au niveau du limbe. Cette section au couteau est rarement employée en tant que paracentèse, car le but principal de l'opération (écoulement de l'humeur

TROISIÈME TEMPS. — Réduction de l'iris. — Il est rare que les angles de la brèche irienne restent engagés entre les lèvres de la plaie, l'opération se réduisant à une petite sphinctérectomie. La réduction de la membrane irienne est donc moins importante ici que dans les autres variétés d'iridectomie; elle devra toujours être faite néanmoins.

Maintenant le globe en bonne position avec la pince fixatrice, l'opérateur introduit à plat entre les lèvres de la plaie l'extrémité d'une spatule légèrement courbée et déplisse la membrane irienne au niveau du colobome, de manière à se rendre compte de l'étendue et de la régularité de ce dernier<sup>1</sup>.

La section de l'iris entraîne souvent une petite hémorragie de la chambre antérieure. On peut donner issue au sang en déprimant un peu la lèvre posté-

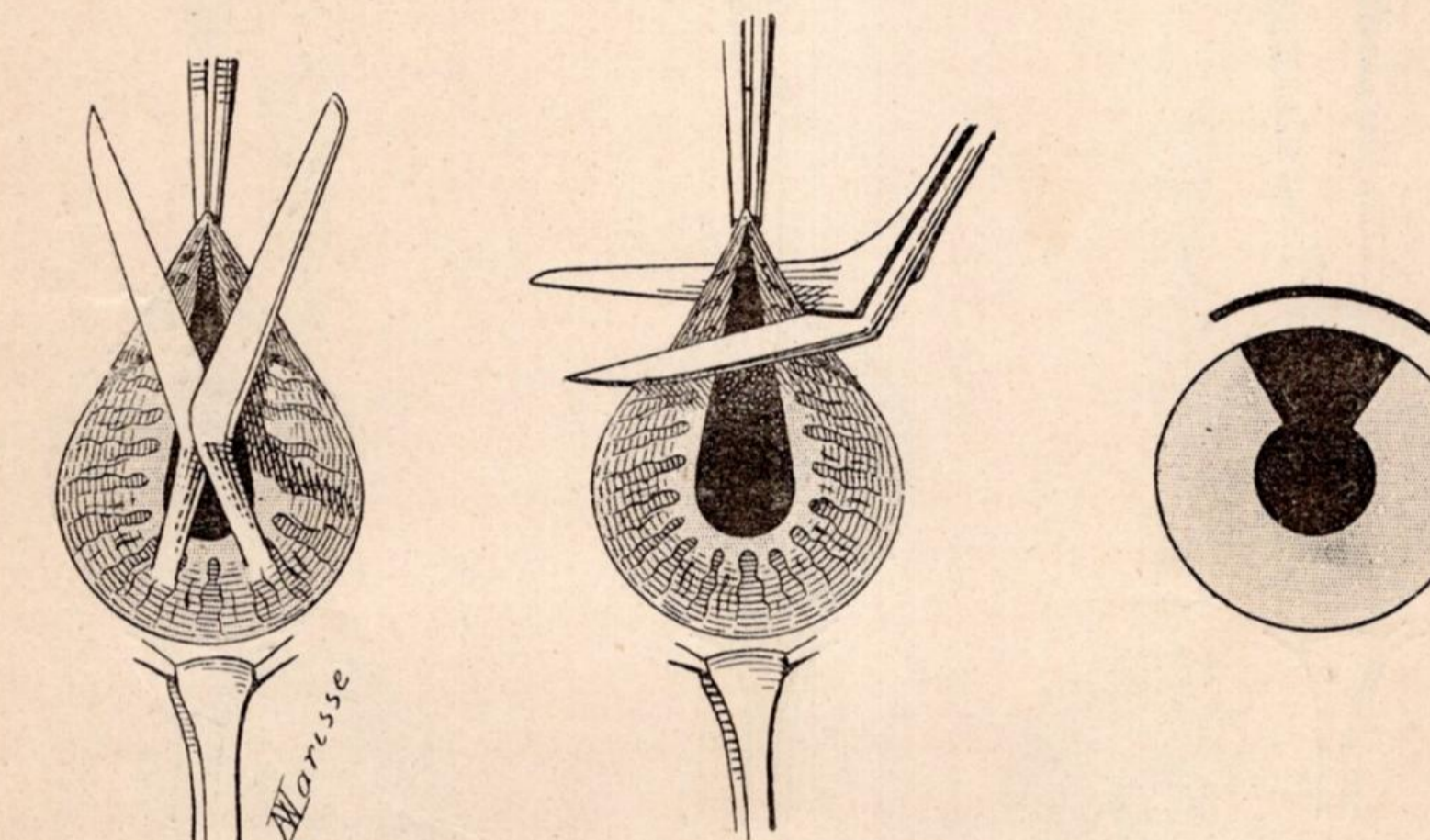


FIG. 66. — Section verticale de l'iris avec la pince-ciseaux, de manière à obtenir une pupille artificielle petite.

FIG. 67. — Section horizontale de l'iris avec la pince-ciseaux. Le colobome obtenu sera plus large.

FIG. 68. — Iridectomie anti-glaucomeuse. La section est faite 1 millim. et demi en arrière du limbe, et l'excision de l'iris est très large (pupille en trou de serrure).

rieure de la plaie, tandis qu'avec la spatule on presse légèrement sur la face antérieure de la cornée. Le sang, d'ailleurs, se résorbe rapidement dans les jours qui suivent l'opération.

La réduction faite, le blépharostat est enlevé et, après s'être assuré en soulevant doucement la paupière supérieure avec l'index gauche que les lèvres de la plaie cornéenne sont bien coaptées et bien nettes, une goutte d'ésérine est instillée et un pansement occlusif est appliqué.

<sup>1</sup> La pince comme le blépharostat, à moins d'indocilité très grande du sujet, seront maintenus jusqu'à la fin de l'opération, qu'il s'agisse de l'iridectomie optique ou des deux autres variétés qui nous restent à étudier.

Iridectomy: To reduce intraocular pressure, a corneal puncture technique with a wide blade and iris scissors

e) *Glaucome secondaire* consécutif à la subluxation du cristallin.

### 2° SCLÉROTOMIE POSTÉRIEURE

Cette opération, pratiquée pour la première fois par Mackenzie, se réduit à une simple ponction de la sclérotique en arrière de la zone ciliaire.

**Manuel opératoire.** — L'anesthésie à la cocaïne suffit. Le malade étant couché et l'écarteur mis en place, l'opérateur recommande au sujet de regarder fortement en haut et en dedans; il saisit la conjonctive en bas et en dehors et reporte l'œil en haut et en dedans. Puis, avec un fin couteau de de Graefe tenu de la main droite, il pénètre doucement en pleine sclérotique, à 8 ou 10 millim.

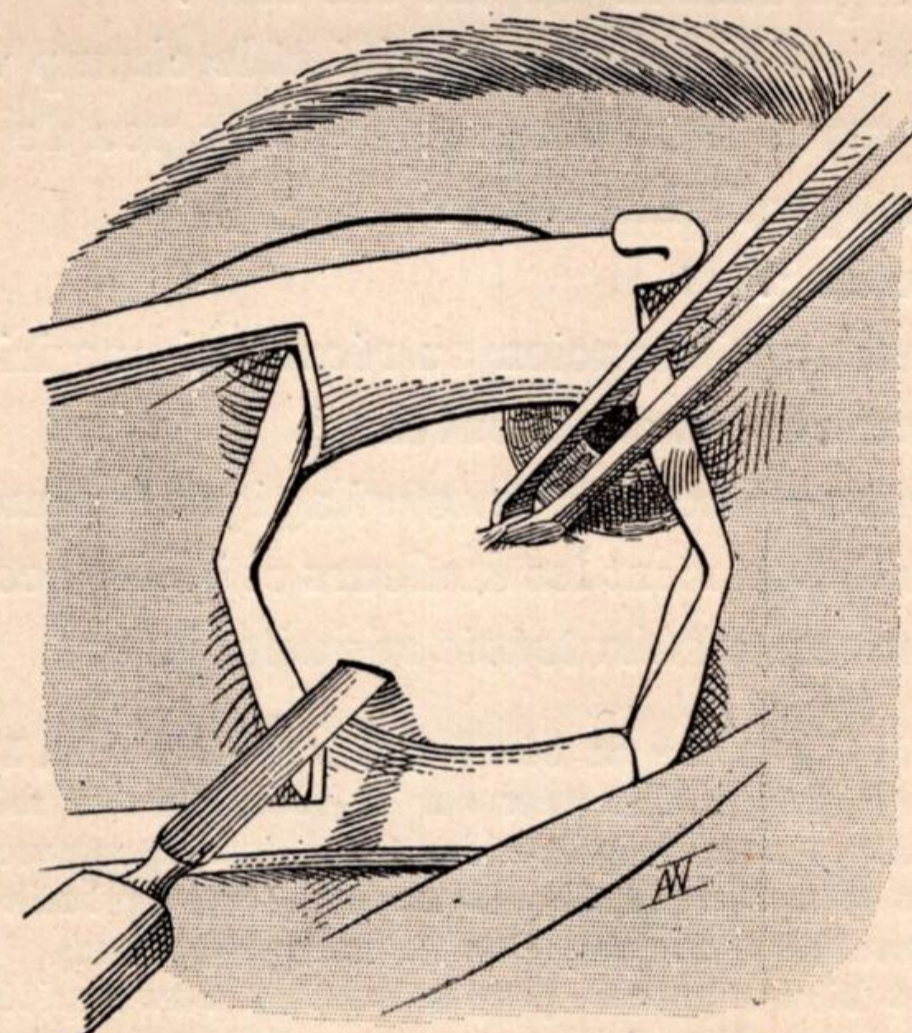


FIG. 44. — Sclérotomie postérieure.

L'œil étant fortement attiré en haut et en dedans, le couteau pénètre perpendiculairement à la sclérotique, entre le droit inférieur et le droit externe, à peu près au niveau de l'équateur du globe.

du limbe, et la lame est enfoncée perpendiculairement à la surface sclérale, entre le droit inférieur et le droit externe jusqu'à une profondeur d'un centim. environ, en évitant par un mouvement d'inclinaison du manche de blesser le cristallin ou le corps ciliaire (fig. 44). Lorsque la pénétration est jugée suffisante, le chirurgien imprime à la lame un léger mouvement de rotation autour de son axe, pour entre-bâiller les lèvres de la plaie, tandis qu'il retire lentement l'instrument. Le liquide intra-oculaire s'écoule aussitôt sous la conjonctive en formant une boule d'œdème de grosseur variable et la tension est très diminuée. De l'ésérine est instillée suivant les cas et un pansement occlusif est laissé en place vingt-quatre heures<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> La ponction supéro-externe, bien que moins facile, peut aussi être faite; elle porterait entre le droit supérieur et le droit externe.

## Surgical sclerotomy

une grande partie de la membrane et menaçant de se terminer par perforation ou dans les abcès étendus de la cornée<sup>1</sup>.

**Manuel opératoire.** — INSTRUMENTS : Écarteur, pince fixatrice et couteau de de Graefe à lame étroite.

TECHNIQUE. — A moins d'indocilité très grande de la part du malade,

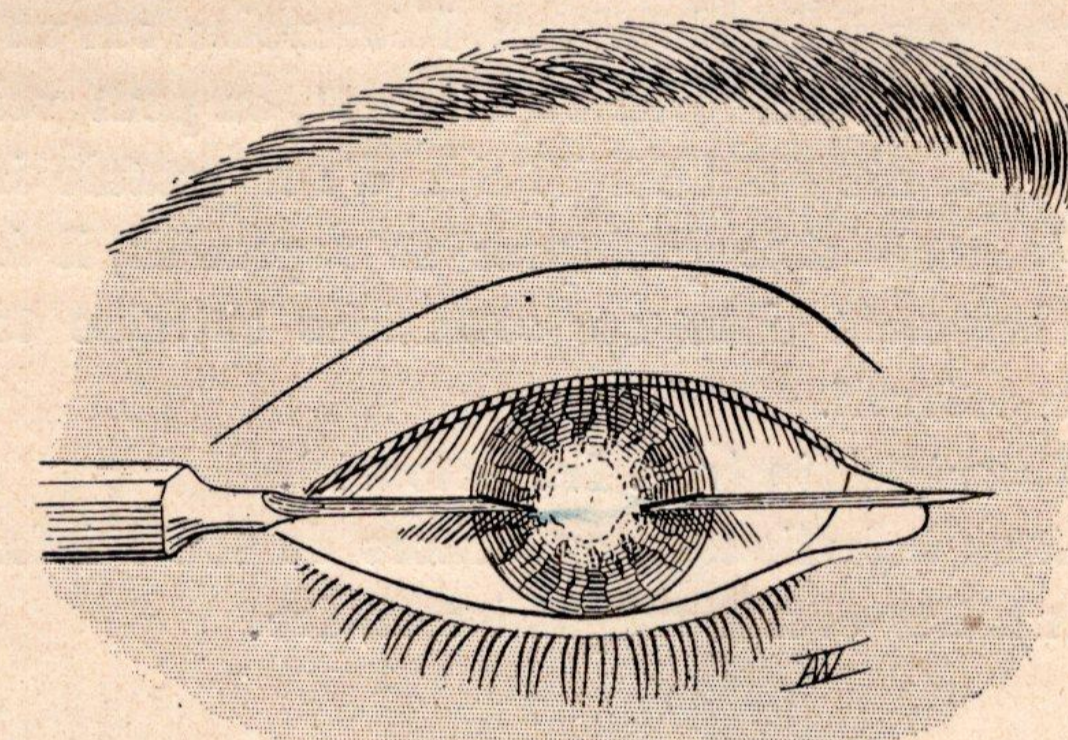


FIG. 31. — Opération de Sœmisch.

Le couteau, tenu le tranchant en avant, pénètre en dehors de l'ulcère, en plein tissu sain, glisse en arrière de lui dans la chambre antérieure et ressort également en plein tissu sain.

L'anesthésie locale suffit, la majeure partie des fibres nerveuses de la cornée étant détruite par le processus ulcéreux.

Le sujet couché et l'écarteur mis en place, l'œil est fixé tout contre le limbe, à l'extrémité interne du diamètre horizontal, à l'opposé du point de ponction. Le couteau, tenu le tranchant en avant, perpendiculairement à la face antérieure de la cornée, pénètre un peu en dehors du bord externe de l'ulcère, à un millim. environ, en plein tissu sain. L'instrument, après avoir franchi la chambre antérieure, ressort à l'opposé du point de ponction, un peu en dedans du bord interne de l'ulcère, à un millim. de lui, également en plein tissu sain (fig. 31). La section est faite de telle sorte que la

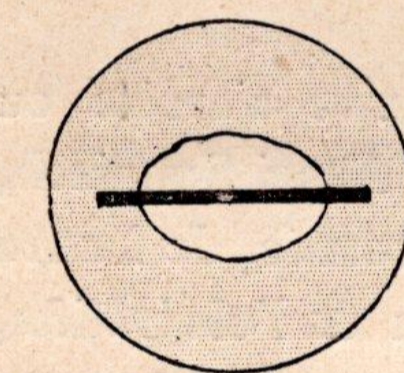


FIG. 32. — Opération de Sœmisch. Schéma montrant l'étendue à donner à l'incision.

ponction et la contre-ponction se trouvent situées dans le tissu sain, en dehors de l'ulcère (fig. 32).

Une fois la contre-ponction faite, la section est achevée très lentement.

<sup>1</sup> De Wecker ne conseille pas l'opération si l'ulcère réclame une section comprenant plus de la moitié du diamètre de la cornée (DE WEECKER, *Chirurgie oculaire*, 1879, p. 170). — Il nous paraît cependant difficile de limiter l'opération aux ulcères peu étendus, bien que serpigneux, car en pareil cas la cautérisation ignée suffit le plus souvent. Elle crée moins de délabrements et donne les meilleurs résultats. C'est donc par elle que l'on devra commencer et l'opération de Sœmisch ne sera tentée que si la cautérisation a échoué (v. plus loin).

## Paracentesis with lancet for the opening of membrane after inflammation and creation of fibrous tissue

De plus, il laisse intacte la tête du pterygion qui constitue pour la cornée un danger permanent, forme un bourrelet disgracieux, et cette méthode qui se propose de déterminer l'atrophie du pterygion par ligature doit être aujourd'hui abandonnée.

C'est pour éviter cette rétraction que Klein<sup>1</sup> avait proposé de compléter

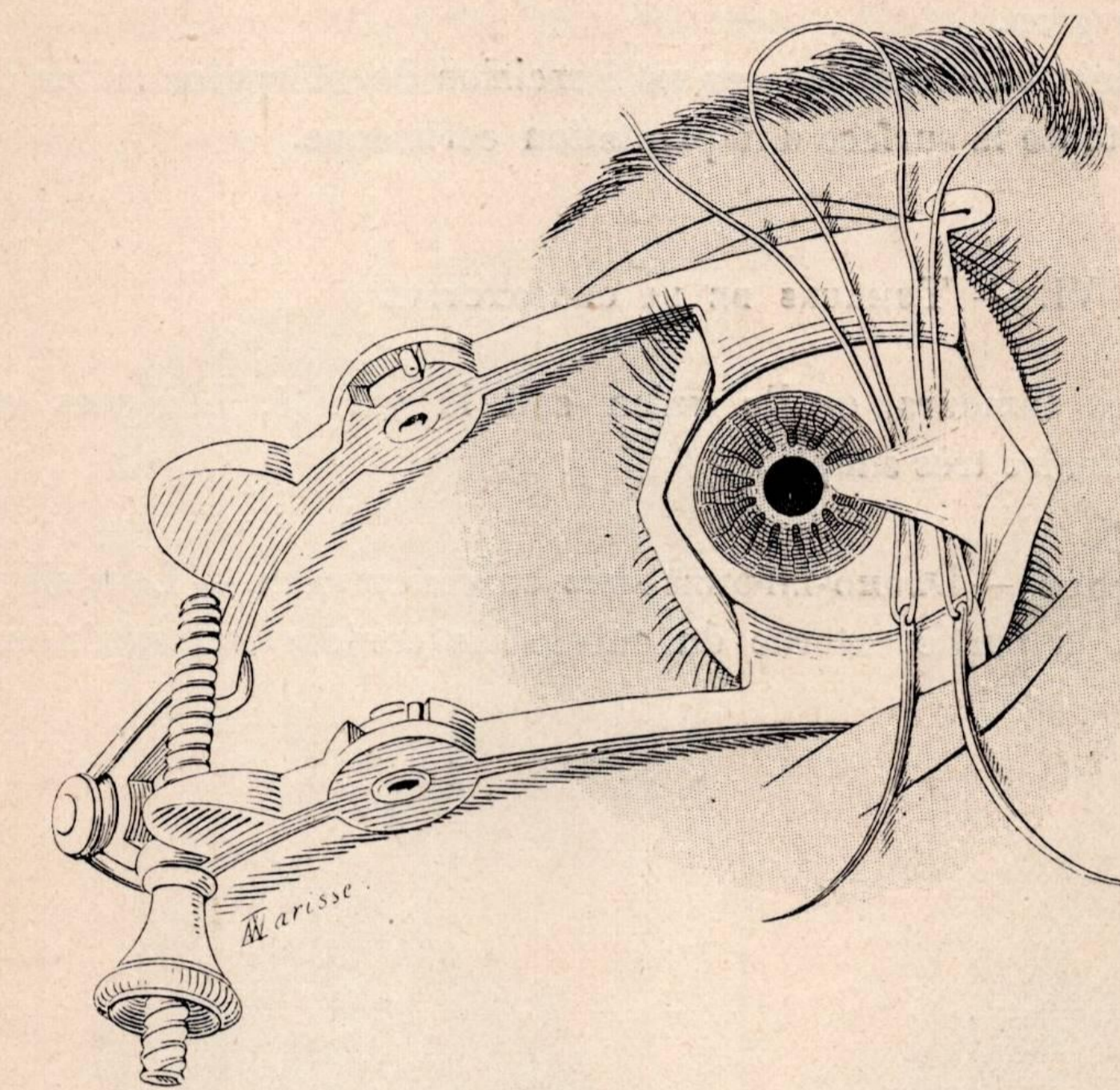


FIG. 199. — Ligature du pterygion.

l'excision par la greffe conjonctivale, procédé très rationnel et repris récemment par Hotz<sup>2</sup>, mais qui a l'inconvénient de compliquer l'opération. On peut arriver au même résultat si on a soin, comme nous l'avons dit, de suturer très exactement la conjonctive contre le limbe scléro-cornéen.

### 2° Indications et choix du procédé.

Le pterygion stationnaire, membraneux, qui ne détermine aucune gêne et n'a aucune tendance à envahir le centre de la cornée ne doit pas être opéré. Lors de pterygion étendu, progressif, s'accompagnant de phénomènes irritatifs et de diminution de motilité du globe, il est nécessaire d'intervenir : l'opération la plus simple est l'excision combinée à la cautérisation.

<sup>1</sup> KLEIN. Zur Operation des Pterygium und zur Transplantation von Schleimhaut. *Allgem. Wiener med. Zeitung*, nos 3 et 4, 1876.

<sup>2</sup> C. HOTZ. Four cases of Thiersch's skin-grafting for pterygium. *Annals of Ophthalmology*, 1897.

## Surgical removal of pterygium

*Procédé de Szymanowski.*

Ce procédé n'est qu'une modification de celui imaginé tout d'abord par Dieffenbach, puis pratiqué par Desmarres. L'opération est réservée à l'ectropion sénile et ne sera pratiquée qu'à la paupière inférieure<sup>1</sup>.

**Manuel opératoire.** — Après avoir excisé la lèvre ciliaire de la paupière inférieure sur une étendue de 5 à 6 millim. à partir du canthus externe (*a b*, fig. 258), on enlève au bistouri un lambeau cutané triangulaire très allongé comprenant la peau et l'orbiculaire et ayant son sommet à 7 ou 8 millim. au-dessus du canthus externe (*a c d*).

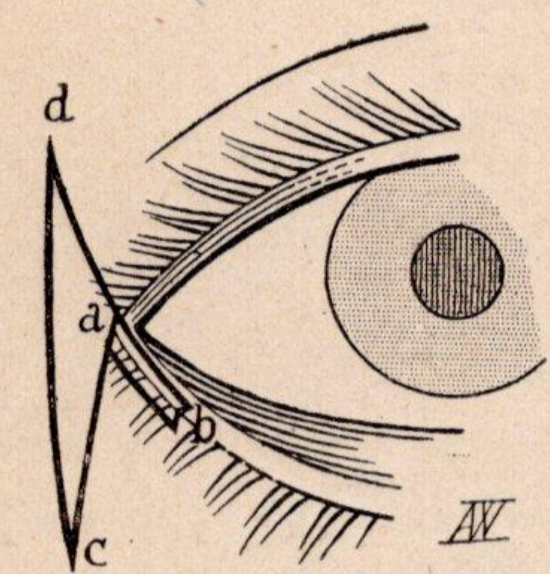


FIG. 258. — Procédé de Szymanowski.

Tracé des incisions.

Le lambeau inférieur *c a b* est mobilisé et attiré obliquement en haut et en dehors avec la pince de manière à amener le point *a* en *d*. Cinq ou six points de suture rapprochent les lèvres de la plaie et fixent le lambeau dans cette position. La partie externe de la paupière inférieure est remontée et l'ectropion disparaît.

**Résultat.** — Très satisfaisant. L'opération mérite d'être recommandée; c'est, croyons-nous, la meilleure à employer dans cette variété d'ectropion<sup>2</sup>.

*Procédé de A. Terson.*

La cautérisation de la conjonctive tarsienne éversée avec le nitrate d'argent ou à l'aide du thermo-cautère et l'excision d'une bandelette de la muqueuse suivant toute la largeur de la paupière et parallèlement à son bord libre

<sup>1</sup> SZYMANOWSKI. *Grafe und Saemisch Handbuch*, t. III, p. 466.

<sup>2</sup> Citons pour mémoire l'ancien procédé employé par de Graefe dans les cas prononcés d'ectropion sénile lacrymal de la paupière inférieure. On pratique une première incision intermarginale horizontale immédiatement derrière la base d'implantation des cils qu'il est quelquefois difficile de découvrir. Cette incision est étendue du point lacrymal inférieur à la commissure externe (fig. 259, D E). Puis, des extrémités de cette incision on fait descendre deux nouvelles incisions verticales (D B et E F mesurant 1 centim. et demi à 2 centim. de longueur).

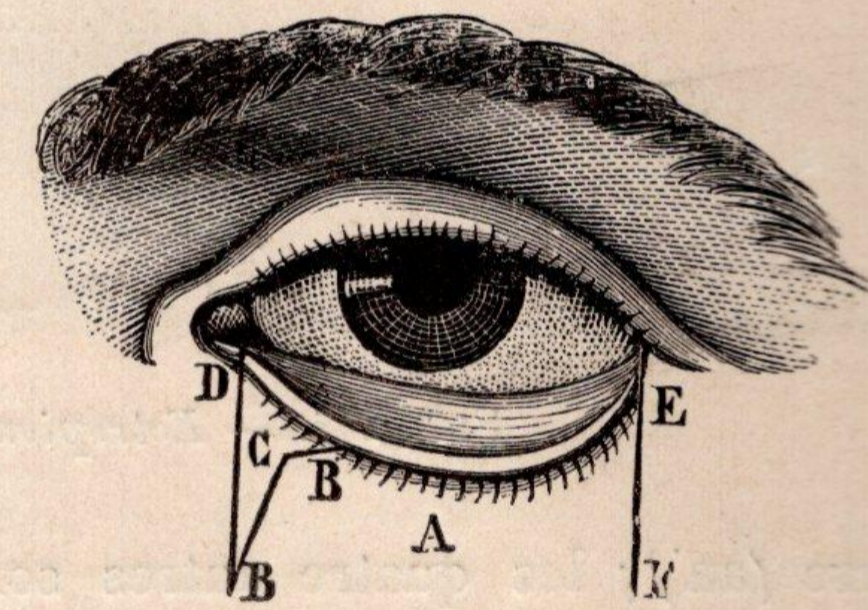


FIG. 259. — Ectropion lacrymal. Procédé de DE GRAEFE.

Le lambeau musculo-cutané quadrangulaire ainsi obtenu est soigneusement disséqué dans toute son étendue, fortement attiré vers le front au moyen de deux pinces et suturé dans cette position. On commence par les sutures du bas et les extrémités du lambeau dépassant maintenant de beaucoup les angles des paupières sont raccourcies par deux sections B B se réunissant à angle obtus en C. Cet angle est fixé dans le point occupé précédemment par l'angle interne du lambeau.

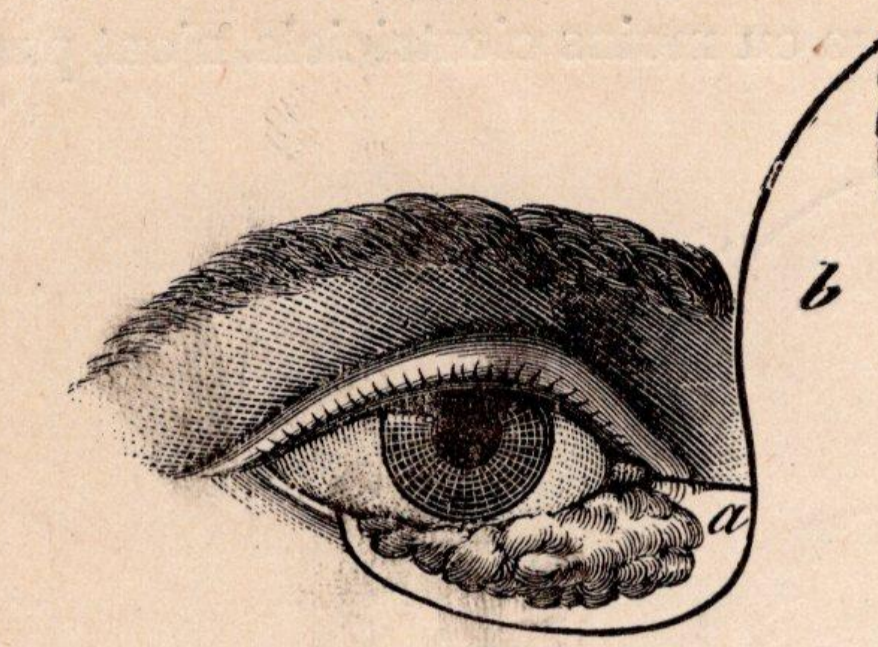


FIG. 286. — Lambeau pris dans la peau du nez et du front.

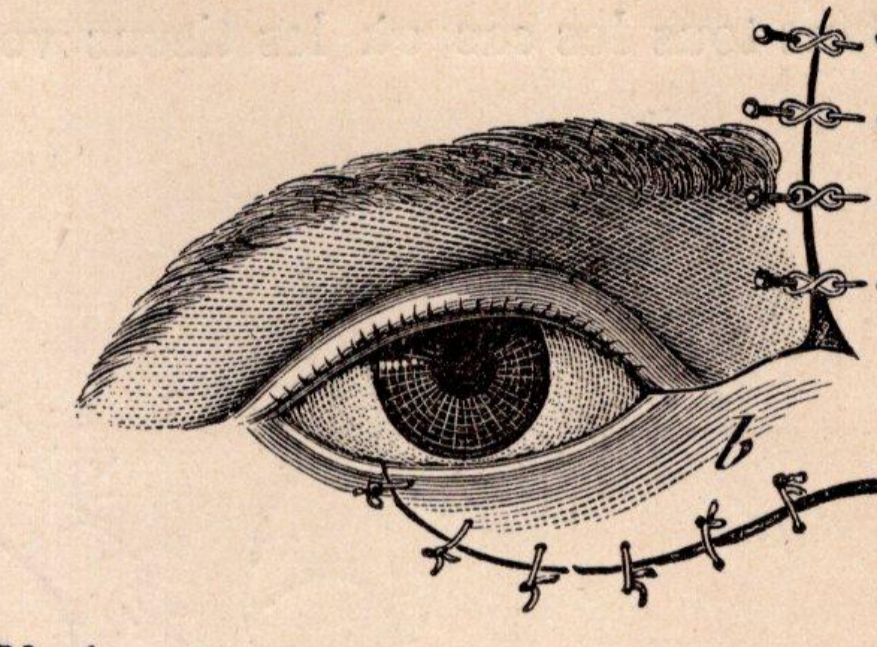


FIG. 287. — Résultat.

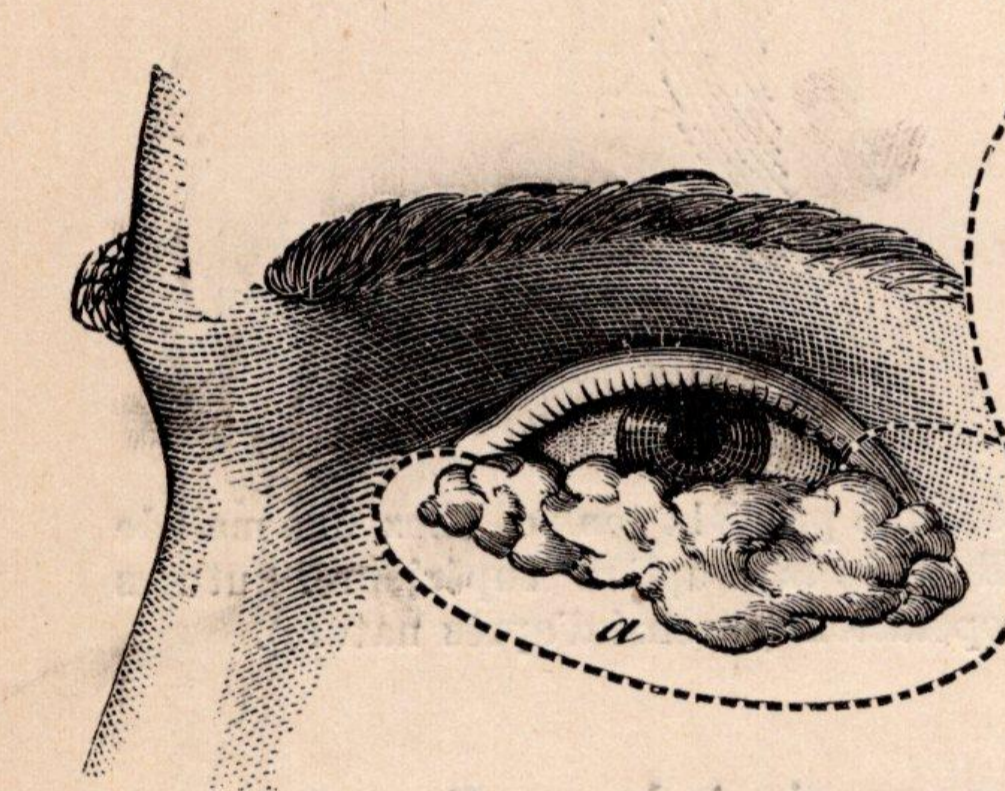


FIG. 288. — Lambeau pris à la tempe.

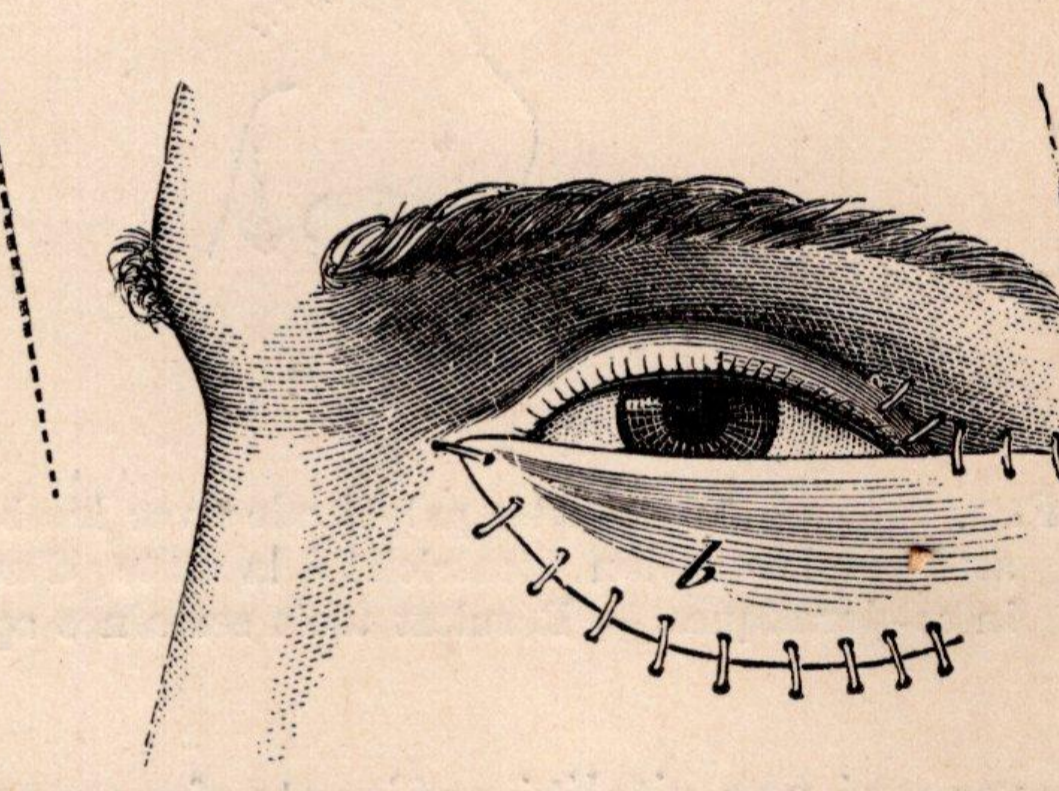


FIG. 289. — Résultat.

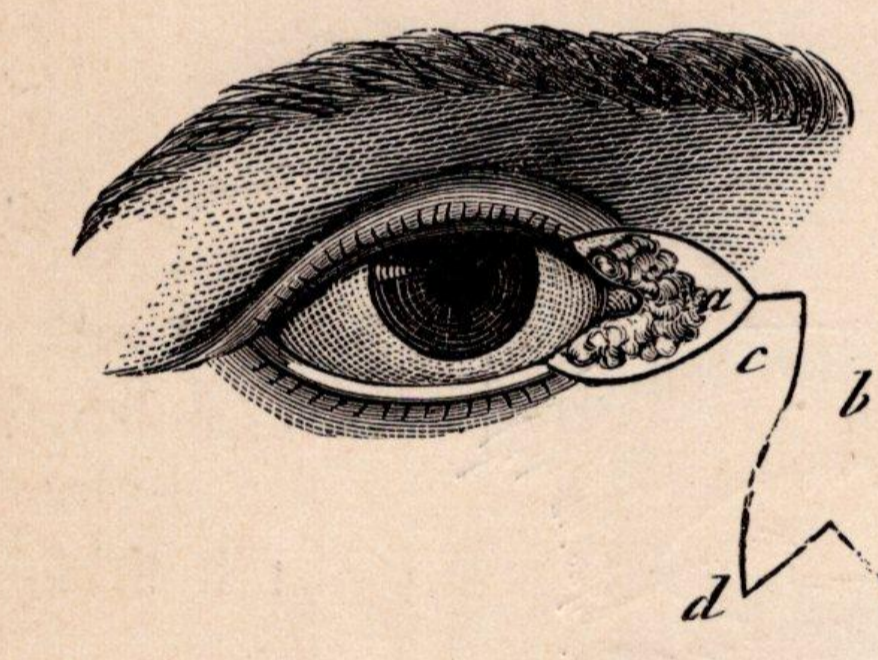


FIG. 290. — Réparation de l'angle interne.

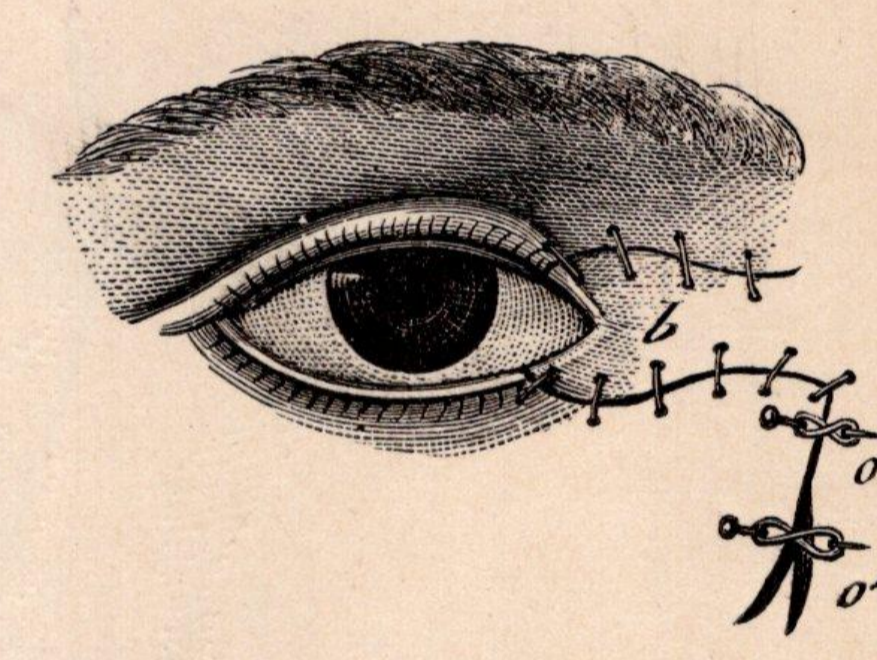


FIG. 291. — Résultat.

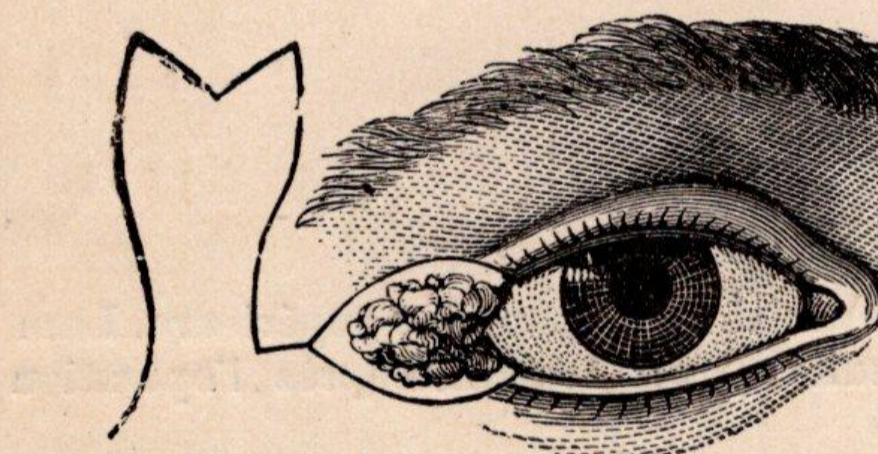


FIG. 292. — Réparation de l'angle externe.

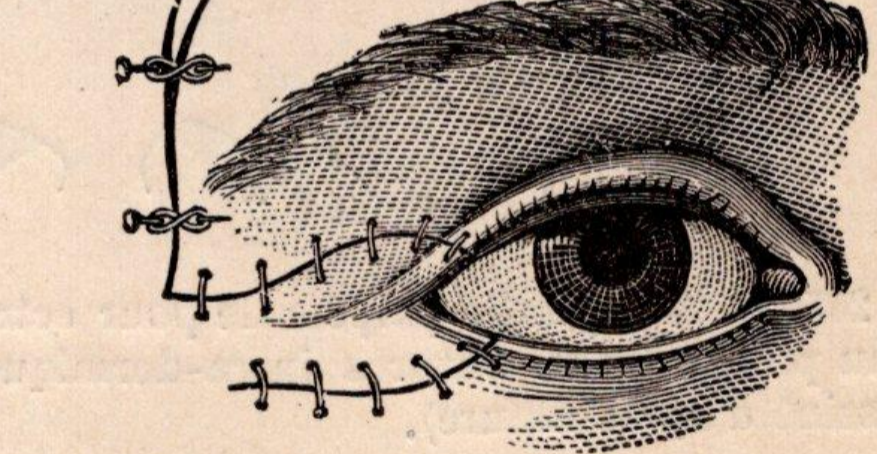


FIG. 293. — Résultat.

Procedures of surgical repair of ectropium of the lower lids and the corner by Szymanowski from the manual 'Graefe und Saemisch Handbuch'

Eyelid surgical techniques and the final outcome using flaps from different areas of the periorbital area

This work is a complete textbook and compendium of Ophthalmic Surgery of its time, that contributed to the scientific training of many ophthalmologists at the turn of the 19th century. The wealth of knowledge it provides to students and young doctors is inexhaustible and impressive and it was a great opportunity to showcase it at the 40th Congress of the Hellenic Society of Intraocular and Refractive Surgery

TROISIÈME TEMPS. — Section du nerf optique et ablation du globe. — Le globe ainsi libéré est saisi entre les mors d'une forte pince ou, mieux, avec une pince égrène en arrière de la ligne d'insertion du tendon du droit externe et fortement luxé en haut et en dedans. Puis, avec une paire de forts ciseaux mousses tenus de la main droite et introduits fermés, on pénètre du côté externe et on glisse le long du globe oculaire, tout contre la paroi externe,

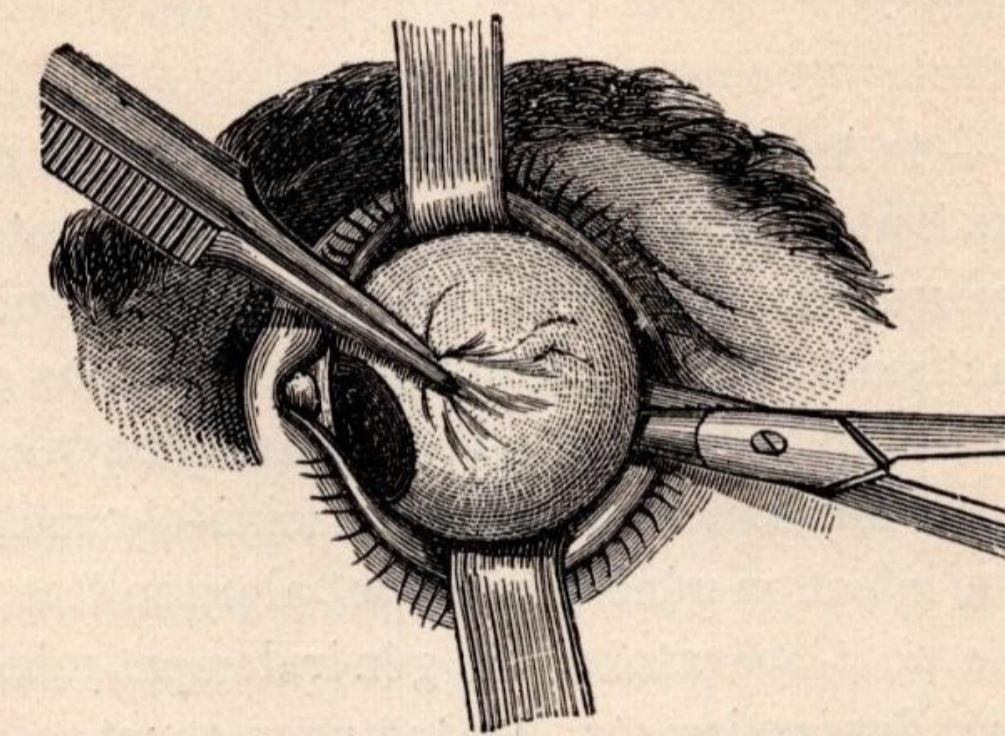


FIG. 152. — Énucléation du globe oculaire. Troisième temps.

jusqu'à ce qu'on ait senti le nerf optique qui se présente comme un cordonnet dur; les ciseaux sont entr'ouverts et le nerf sectionné au ras du globe (fig. 152)<sup>1</sup>.

L'œil est attiré au-devant des paupières, libéré de ses adhérences avec les deux muscles obliques ou avec d'autres brides aponévrotiques, lesquelles sont coupées tout contre la paroi, et l'énucléation est terminée.

Un tampon bien exprimé introduit aussitôt dans la cavité arrête l'hémorragie, d'ordinaire peu abondante; puis, une ou deux sutures verticales au

<sup>1</sup> Lors d'énucléation pratiquée pour une tumeur intra-oculaire, pour un gliome de la rétine par exemple, la section du nerf optique sera faite le plus loin possible du globe, la propagation du néoplasme se faisant d'ordinaire par les gaines. Pour cela le globe est fortement attiré en avant et soulevé au besoin avec une cuiller de Wetz (fig. 153) ou de Trélat avant de pratiquer la section. L'œil énucléé est examiné aussitôt et pour peu que sa surface de section présente cet aspect grisâtre, gélatiniforme, rappelant, un peu celui du frais de grenouille et caractéristique de l'envahissement des fibres nerveuses par les cellules gliomateuses, la portion orbitaire du nerf demeurée en place doit être extirpée en totalité.

La recherche en est difficile au milieu des parties molles de l'orbite où il est impossible de la voir. Avec l'index gauche profondément de la main droite est introduite à son tour, glisse le long du doigt indicateur et va saisir le nerf. Après s'être assuré que la prise est solide, on attire l'instrument fortement en haut tandis qu'avec les ciseaux courbes on sectionne le nerf très loin, le plus près possible du trou orbitaire. Ce procédé nous a toujours donné les meilleurs résultats et cette reprise du nerf, très difficile est indispensable si l'on veut avoir quelques chances d'éviter la récurrence du gliome. On peut même se demander s'il ne vaut pas mieux en pareil cas recourir d'emblée à l'exentération de l'orbite, malgré la difformité qu'elle entraîne.

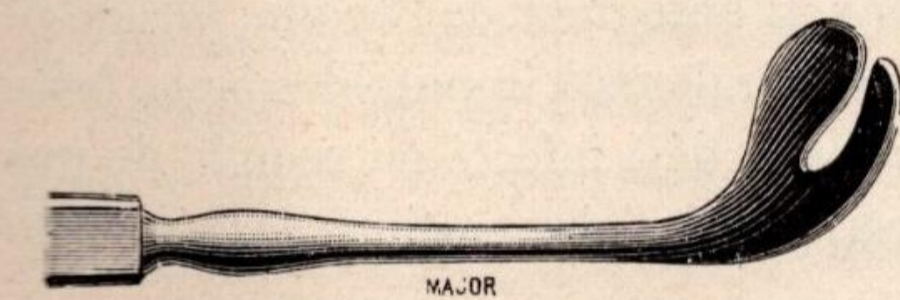


FIG. 153. — Cuiller de Wetz.

main droite la paupière inférieure qu'il ectropionne légèrement et l'œil s'engage dans le cul-de-sac inférieur.

Pour l'œil gauche, la technique est identique, avec cette différence que la pièce est saisie de la main gauche et la paupière soulevée de la main droite.

Pour retirer la pièce, le malade regarde en haut tandis qu'on abaisse forte-

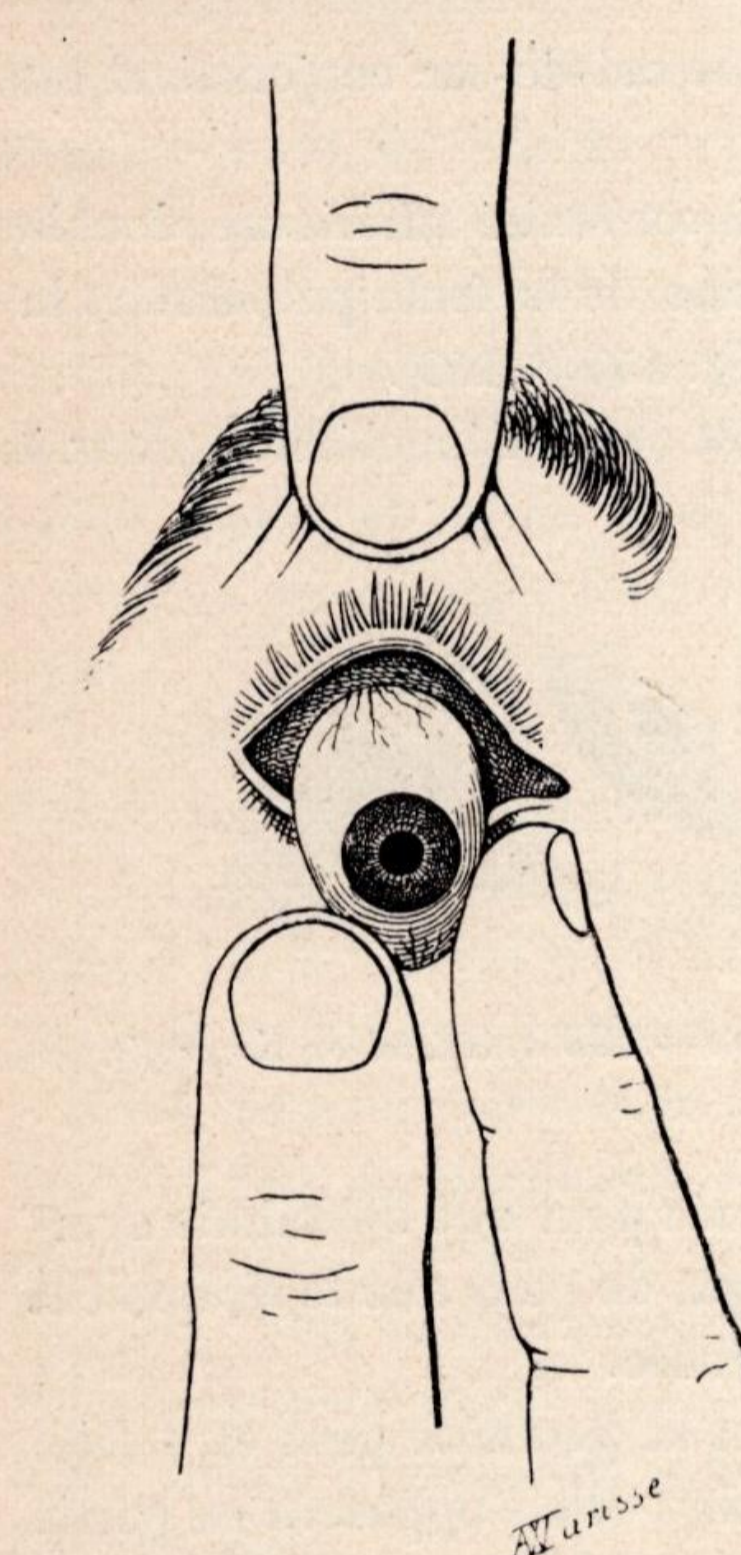


FIG. 157. — Introduction de la pièce prothétique. Œil droit. Premier temps.

La main gauche soulève la paupière supérieure tandis que la pièce, maintenue verticalement entre le pouce et l'index droits, est introduite la grosse extrémité dirigée en haut.

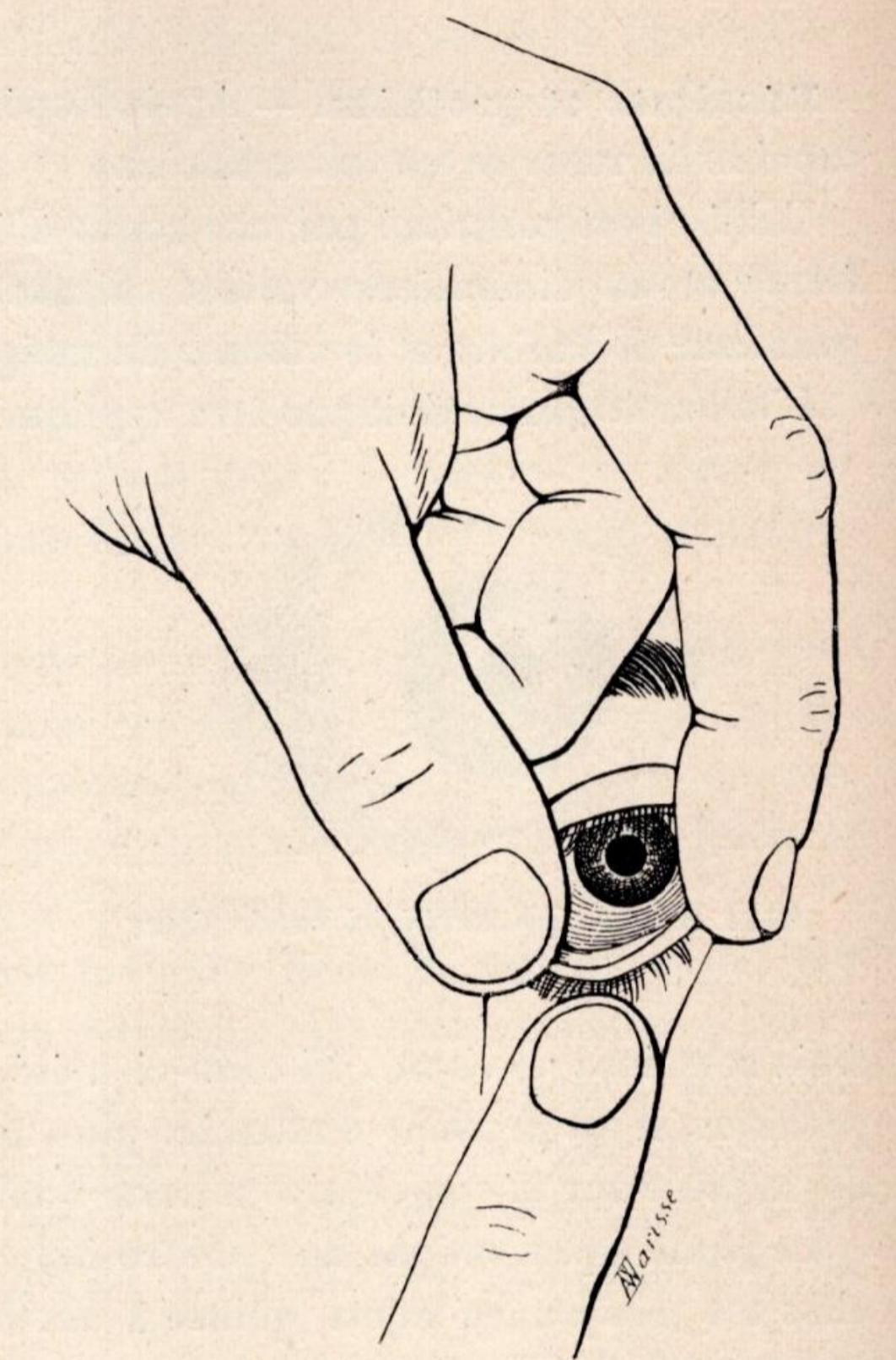


FIG. 158. — Introduction de la pièce. Œil droit. Deuxième temps.

L'œil artificiel est maintenu par le chirurgien avec le pouce et l'index gauches tandis qu'un doigt de la main droite abaisse la paupière inférieure.

ment la paupière inférieure, de manière à l'ectropionner; l'œil tombe de lui-même. Dans le cas contraire, il est facilement enlevé avec la tête d'une épingle ou, mieux, avec un crochet que l'on fait glisser de dedans en dehors sous le rebord inférieur.

INCONVÉNIENTS DE LA PROTHÈSE. — La pièce dans les premiers temps ne sera portée que quelques heures et ne doit pas être trop volumineuse, car elle peut être le point de départ d'une irritation sympathique.

Ocular extraction technique and prosthesis placement

For more info contact:  
dioskouridis@yahoo.com