

de la cornée est le résultat d'un trouble nerveux qui a déterminé une lésion de nutrition.

La cornée est très résistante ; sa résistance normale est calculée pour réagir contre la pression intra-oculaire des milieux de l'œil. Mais, soit que cette membrane ait perdu de sa résistance à la suite d'un traumatisme, soit qu'elle présente une épaisseur moindre qu'à l'état normal, elle est susceptible de se laisser distendre et de former une tumeur plus ou moins volumineuse entre les paupières, tumeur à laquelle on donne le nom de *staphylome* de la cornée.

Lorsque le staphylome succède à un traumatisme, il est presque toujours, sinon toujours, *opaque* ; s'il est consécutif à un amincissement de la cornée, il est *transparent* ou *pellucide*.

Ce n'est pas ici le lieu d'indiquer les nombreux procédés opératoires qui ont été imaginés pour traiter le staphylome. Celui qui me paraît le meilleur est en même temps le plus simple. Il consiste à saisir le staphylome avec un ténaculum et à retrancher avec les ciseaux courbes tout ce qui fait saillie. Je préfère ce procédé à celui de Critchett, dans lequel on passe préalablement les fils destinés à suturer ensuite les lèvres de la plaie.

Le traitement du staphylome pellucide offre un plus grand intérêt, puisque la vision peut être rétablie, tandis que, dans le cas précédent, elle est toujours perdue d'avance. Par des destructions successives du cône cornéen à son centre, de Graefe a réussi à rendre à la cornée sa courbure normale, mais la meilleure indication a été saisie et exécutée par Bowman, qui a eu l'idée de transformer la pupille en une fente sténopéique de la manière suivante : une petite incision est pratiquée sur le bord sclérotical à l'extrémité supérieure du diamètre vertical de la cornée, par exemple, et le bord correspondant de la pupille est attiré dans cette plaie où elle adhère ; quelques jours après, une opération semblable est faite en bas, en sorte que la pupille se trouve transformée en une fente verticale étroite.

M. Abadie a modifié le procédé. Après avoir enlevé avec le trépan une petite rondelle de la cornée au centre du cône, il introduit par cette plaie des ciseaux construits *ad hoc* et pratique une iridotomie verticale dans le segment inférieur de l'iris. M. Abadie a obtenu ainsi des résultats favorables, mais ainsi que je l'ai dit devant la Société de chirurgie, il est à craindre que les lèvres de la plaie irienne se rapprochent, et aussi que la lame des ciseaux qui passe derrière l'iris contusionne le cristallin et détermine la production d'une cataracte traumatique.

La situation superficielle de la cornée rend compte de la fréquence de ses blessures, qui sont produites surtout par des corps étrangers et des brûlures.

D'une manière générale, les blessures de la cornée sont d'une innocuité à peu près complète, ainsi que le démontrent journellement les incisions et les ponctions faites par le chirurgien dans cette membrane, mais elles sont aggravées souvent par la contusion ou la déchirure de l'iris, du cristallin, l'issue du corps vitré, etc.

Il faut cependant faire une exception pour les brûlures, qui offrent une extrême