

gravité : elles sont, en effet, presque toujours suivies immédiatement de l'opacité de la membrane, qui se perfore ou devient leucomateuse.

Quant aux corps étrangers, ce sont ordinairement des paillettes de fer, d'acier, de silicium, des grains de poudre, etc. Quand ils sont implantés dans la lame élastique de Bowman, ce qui est la règle, on les enlève facilement avec une plume d'oie taillée en pointe, en imprimant une petite secousse à la partie libre du corps étranger. Mais, s'ils sont situés dans l'épaisseur du tissu propre et complètement recouverts, le bistouri devient nécessaire pour détruire par le grattage les couches de la cornée placées au-devant. Il faudra enfin pratiquer une véritable incision si le corps étranger occupe la lame de Descemet, et faire en sorte qu'il ne tombe pas dans la chambre antérieure. Desmarres a conseillé dans ces cas d'introduire de la main gauche par la cornée une aiguille à paracentèse derrière le corps étranger, pour lui donner un point d'appui et s'opposer à sa chute dans la chambre antérieure, après quoi on pratique une incision de la main droite directement sur le corps étranger, qui sort spontanément ou que l'on retire avec une pince.

A côté des plaies accidentelles qui intéressent le tissu cornéen, je dois signaler les plaies pratiquées par le chirurgien dans un but thérapeutique. Le mode d'incision de la cornée domine l'histoire de l'opération de la cataracte. Ce n'est pas ici le lieu d'entrer dans la discussion des divers procédés de l'extraction. Je dirai seulement, eu égard aux plaies de la cornée, que celles-ci se divisent en plaies à lambeau et en plaies linéaires. Les premières passent par un des petits cercles de la sphère que représente le globe de l'œil, tandis que les secondes passent toujours par l'un des grands cercles. Il en résulte que les bords de la plaie sont larges, taillés en biseau dans le premier cas ; ils sont, au contraire, étroits et taillés à pic dans le second : aussi, la réunion est-elle beaucoup plus rapide dans les plaies linéaires, à cause de la coaptation exacte et naturelle des bords, que dans les plaies à lambeau, où il y a chevauchement d'une lèvre sur l'autre. C'est donc aux plaies linéaires de la cornée qu'il convient d'avoir recours dans l'extraction de la cataracte.

Il me reste, afin de compléter l'histoire de la cornée, à parler d'un point très important pour la chirurgie oculaire : du mode d'union de la cornée avec la sclérotique.

Nous avons dit plus haut que la cornée, enchâssée dans l'ouverture antérieure de la sclérotique à la manière d'un verre de montre, est recouverte sur toute sa circonférence par la sclérotique. Le biseau cornéen C (fig. 81), un peu plus large en haut et en bas que sur les côtés, mesure 1 millimètre de hauteur. Il présente un bord antérieur superficiel et un bord postérieur profond. L'iris s'attache à l'union de la sclérotique et de la cornée, mais cette insertion se fait au bord postérieur du biseau cornéen. Il en résulte ce fait important, c'est que la grande circonférence de l'iris ne correspond pas extérieurement à la ligne d'union de la sclérotique et de la cornée, mais qu'elle en est éloignée d'environ 1 millimètre.

En conséquence, *dans l'opération de la cataracte, la ponction et la contre-ponction pourront porter sur la sclérotique sans que l'iris soit intéressé, sans que le couteau abandonne la chambre antérieure.*

L'existence du biseau cornéen permet de comprendre un symptôme impor-