

da "La Clinique Ophthalmologique"

Vol. XVIII, 10 aprile 1912, pp. 631-637

L'Educazione dell'Occhio nell'Ambliopia Ex Anopsia

Di W. H. BATES, M.D.

(TRADOTTO DALLA SIG.RA A. PIC.)

L'ambliopia ex anopsia, è un termine generalmente adottato per designare una visione difettosa, non prodotta da una lesione organica, e che si incontra spesso nello strabismo. La causa è attribuita al difetto d'impiego di un occhio. Il trattamento non dà solitamente risultati.

Fuchs ha scritto: «La funzione rétinica non si ristabilisce mai normalmente, nemmeno quando la causa del disordine visivo viene eliminata, sia con la cura del disordine ottico, sia, in caso di strabismo, mediante un'operazione».

Tuttavia, di tanto in tanto, uno può leggere delle osservazioni di guarigioni.

L'educazione dell'occhio è sufficiente a determinarle. Agli inizi del trattamento, il paziente impara a capire il significato di una eccentrica fissazione.

Una scala di Snellen viene posta a più di tre metri dal paziente.

Inizialmente, il paziente viene avvertito che la sua visione diminuirà sempre provando a leggere le piccole lettere della scala di Snellen portando lo sguardo a un metro a destra o a un metro a sinistra di questa scala

In seguito, il paziente che si è reso conto che una eccentrica fissazione di un metro diminuisce la sua visione,

apprende che al contrario una eccentrica fissazione di un decimetro la aumenta. Alcuni pazienti intelligenti fanno l'osservazione che la superficie di migliore visione centrale è molto piccola e circoscritta in un cerchio di meno di un centimetro di diametro attorno alle lettere della tabella di Snellen posta a 6 metri di distanza.

Il tempo necessario per educare un occhio normale sui fatti della eccentrica fissazione è di solito inferiore a 15 minuti.

Dopo che l'occhio sano ha compreso la necessità di una centrale fissazione degli oggetti per ottenere il massimo d'acutezza visiva, gli sforzi d'istruzione vengono concentrati sull'occhio colpito da ambliopia.

Il paziente è inizialmente convinto che la causa della visione difettosa dipenda dalla sua eccentrica fissazione; che, per guarire, è necessario che il suo occhio fissi ogni lettera in linea retta. Ma, è un fatto certo che, dopo un'iniziazione di alcuni momenti, quasi tutti i casi sono stati migliorati, alcuni sono passati da una visione di 1/50 a una visione di 1/10 e più, per quanto incredibile ciò possa sembrare!

Si nota che mentre la visione migliorava, la eccentrica fissazione diminuiva.

La difficoltà principale nella cura dell'ambliopia è stata l'ignoranza, nella quale si trovavano i pazienti, della loro eccentrica fissazione sulla scala di Snellen. A volte questa eccentrica fissazione raggiungeva 30 gradi o più, e l'abitudine a questo grado di eccentrica fissazione era tale che credevano di osservare diritto quando in realtà l'asse della loro visione era inclinato completamente da un lato. L'occlusione dell'altro occhio con un vetro opaco non è di grande aiuto per correggere la eccentrica fissazione, né per ristabilire la visione centrale con una cura definitiva.

La parte della retina che acquista la funzione di fissa-

zione della macula è stata chiamata “falsa macula”.

La distanza della falsa macula dalla vera varia come le sue stesse posizioni.

In alcuni casi, la falsa macula è situata dal lato nasale, mentre altre volte si trova in alto o in basso. Venticinque anni di studio dell'ambliopia ex anopsia mi hanno convinto che è per uno sforzo di volontà che si crea questa falsa macula che si sostituisce alla vera. Ciò si realizza inconsciamente. Ho cercato di rendere coscienti al paziente questi sforzi inconsapevoli impropri per la visione. Quando quest'ultimo apprende che produce lui stesso la sua ambliopia con sforzi mal diretti per vedere e che il risultato è la sua visione eccentrica, egli impara il modo di vedere con centrale fissazione ed ottiene una visione normale.

Come è possibile insegnare ai pazienti che la causa della loro ambliopia è la loro eccentrica fissazione? Un metodo consiste nel fare loro aumentare volontariamente questa eccentrica fissazione e nel fare loro osservare come ne viene abbassata la loro acuità visiva.

Questo metodo offre risultati così buoni, che mi sia perdonato se lo descrivo ancora con maggiori dettagli. In un caso che presenta un errore della rifrazione con una visione di 1/100, visione eccentrica di 45 gradi e più: il paziente, invitato ad osservare la scala di Snellen posta ad un metro di lato con una fissazione di 50 gradi, fu interrogato in questo modo: «Vedete meglio?». Peggio, replicò il paziente. La eccentrica fissazione fu portata fino a 60, 70, 80 gradi. Man mano che la fissazione diventava più eccentrica, il paziente constatò che la sua visione si abbassava. Fu informato allora che questa sarebbe migliorata se fissava direttamente una lettera della tabella. Cercò di dirigere il suo occhio in linea retta e la visione aumentò da 1/100 fino a 1/20, mentre la eccen-

trica fissazione si abbassò a 10 gradi. Un miglioramento sensibile.

L'esperienza fu ripetuta 6 volte, la visione fu portata allora a 1/10.

Questo paziente ottenne una visione normale dal suo occhio ambliope dopo due settimane di esercizi quotidiani.

Il metodo oggettivo. Quando la eccentrica fissazione è considerevole ed evidente, il paziente viene informato sulla direzione presa dall'occhio ambliope in stato di fissazione e pregato di riportare il suo occhio più vicino possibile alla situazione normale di centrale fissazione, mantenendo l'altro occhio coperto. Acquisisce così una nuova falsa macula, più vicina alla vera macula, e la visione diventa migliore.

Quando l'occhio era girato a sinistra, sotto o sopra l'asse di normale visione, allora il paziente veniva invitato a correggere questa direzione fasulla e la visione aumentava.

Durante questi esercizi, l'occhio ambliope ricorda, con i suoi movimenti incerti per fissarsi in posizione di visione centrale, le esitazioni della canna di un fucile tra le mani di un tiratore che cerca la sua linea di mira. Al medico è richiesto di avere molta pazienza fino a che, con questi esercizi ripetuti, l'occhio ambliope non sia portato ad una visione di 1/5 in centrale fissazione. A questo punto, quando la eccentrica fissazione non è più manifesta a prima vista, occorre sostituire il metodo oggettivo con un altro per correggere completamente l'ambliopia.

Una miopia funzionale, o un astigmatismo miopico composto, vengono prodotti temporaneamente nell'ambliopia tutte le volte che viene richiesto un sforzo per leggere la scala di Snellen posta a 6 metri. I pazienti sono incoscienti dello sforzo richiesto per concentrare la visione su un punto situato davanti alla scala.

Naturalmente la visione viene diminuita dalla produzione di questa miopia funzionale e la vista normale è impossibile. L'azione dell'atropina non impedisce a questa miopia di prodursi.

Quando si applica la retinoscopia mentre il paziente fa un tentativo per leggere la scala di Snellen, si constata la produzione della rifrazione miopica. Per prevenire la miopia funzionale, occorre mostrare al paziente il mezzo per produrla sull'occhio sano facendo compiere uno sforzo a quest'occhio con una fissazione intensa, o chiudendo parzialmente le palpebre o applicandosi nel leggere la scala di Snellen in posizione di eccentrica fissazione.

In seguito occorre impegnarlo a riposarsi e a leggere in posizione normale le piccole lettere. La ripetizione di questa produzione volontaria di miopia funzionale nell'occhio sano, alternato con lo stabilimento della vista normale, produce un miglioramento dell'occhio ambliope, probabilmente insegnandogli a osservare la scala di Snellen nello stesso modo in cui lo fa l'occhio normale, cioè senza lo sforzo di accomodazione.

Quando l'occhio ambliope osserva una lettera della scala di Snellen, la vede apparire, quindi scomparire. Ciò si produce in tutti i casi, anche quando la visione è soltanto di 1/50. Molti pazienti spiegano questa impressione con queste parole: «Le lettere vanno e vengono» o «appaiono e scompaiono». I pazienti vengono informati che se vedono le lettere è perché sono sulla buona strada e che la centrale fissazione è quasi raggiunta, che la funzione della vera macula non è persa, che l'occhio accomoda bene, e il paziente apprende rapidamente a usare con giudizio il suo occhio. Egli è invitato a osservare una lettera costantemente senza sforzo, una lettera che inizialmente non è distinta abbastanza chiaramente per essere riconosciuta. Quando la lettera appare chiaramente, il paziente viene

avvisato che sta usando il suo occhio nel modo corretto, ma che, quando la lettera scompare, è perché la osserva male. In seguito il paziente viene avvisato che, se continua ad applicarsi a vedere la lettera, la vedrà sempre meglio, e che in seguito la vedrà in modo permanente. Ho trovato utile dire al paziente il nome della lettera che cerca di vedere poiché ciò facilita il suo giudizio nel controllare gli sforzi. Quando la prima lettera di una riga è stata visualizzata in modo continuo, la seconda lettera della stessa riga viene distinta chiaramente più rapidamente. In seguito si passa alle lettere più piccole della riga inferiore e così via fino a che la vista diventa normale.

Occasionalmente per l'occhio ambliope viene usato lo studio della visione ravvicinata allo stesso modo della visione distante, allo scopo di correggere la eccentrica fissazione ed esercitare la vera macula.

Ho usato la scala di Ed. Jaeger. Alcuni individui hanno trovato più proficuo questo studio della visione ravvicinata rispetto a quello della scala di Snellen a 6 metri.

Dopo essere stati resi capaci di leggere il numero uno di Jaeger, la loro visione a distanza veniva molto migliorata. I movimenti nervosi delle palpebre o del globo oculare che ricordano il nistagmo, o altre manifestazioni muscolari locali, vengono a volte associati all'ambliopia. Appaiono quando sono stati fatti sforzi sterili per vedere e continuano anche quando gli occhi sono chiusi. Si possono sentire questi movimenti con la pressione delle dita quando gli occhi sono chiusi.

La maggior parte dei pazienti è capace, dopo un certo sforzo, di correggere questi movimenti e di farli cessare, quando ne sono stati resi consapevoli.

Benché i metodi sopra descritti per la cura dell'ambliopia siano stati quasi sempre coronati da successo, possono

presentarsi alcuni casi nei quali, dopo un lasso di tempo ragionevole di una settimana o due, il progresso non appare sufficiente. È necessario qualcosa di più. Occorre allora utilizzare un metodo intimidatorio.

Ad esempio: una scolara di 14 anni presentava una visione di 1/50 ed una eccentrica fissazione di 45 gradi su un occhio, avendo l'altro normale. Furono ordinati occhialini con un vetro opaco sull'occhio buono. Dopo due settimane di esercizi quotidiani, erano stati ottenuti pochissimi progressi. La bambina era ribelle e non compiva alcuno sforzo intelligente. Io ebbi un incontro con il padre, un uomo energico, che avevo persuaso fosse necessario, per sua figlia, che lui la persuadesse che le avrebbero consentito l'uso del suo occhio buono allorquando fosse stato curato l'occhio ambliope. Seguì le mie istruzioni.

Per alcuni giorni, la paziente lottò coraggiosamente e il combattimento fu vittorioso e così interessante che posso prendere in considerazione di riferirlo.

La ragazza si rassegnò all'inevitabile e concentrò tutti i suoi sforzi per guarire rapidamente. In meno di una settimana, la visione dell'occhio ambliope guadagnò 50/100 e diventò normale.

Per prevenire una ricaduta, il padre le fece fare esercizi di visione in lontananza con l'aiuto della scala di Snellen, tutti i giorni, per molti mesi. Dopo sei anni, la sua vista è ancora perfettamente normale. Sono persuaso che il progresso rapido della sua vista e la continuità della sua guarigione è stata merito dell'autorità costante esercitata dal padre.

Seconda osservazione. — Un ragazzo di 16 anni, stessa storia di progressi insufficienti, migliorò dopo un incontro con la madre in seguito al quale ottenne presto una visione normale.

In altri casi l'uso ripetuto di antisettici anodini sull'oc-

chio ambliope ha chiaramente stimolato o accelerato la cura ottenuta mediante la procedura di educazione..

Ricadute. — Occorre avvertire i pazienti curati contro i rischi di una ricaduta sempre possibile per molti mesi, anche un anno dopo la cura. I casi guariti in maniera incompleta sono più soggetti alla recidiva di quelli che hanno recuperato la visione normale. Ho visto pazienti che avevano raggiunto una visione di 9/10 ritornare con l'intenzione di continuare il trattamento a domicilio e ricadere al loro stato primitivo originale, in alcune settimane, benché l'occhio buono fosse rimasto coperto e la sua condizione paralizzata per mezzo dell'atropina.

Il fatto che un occhio costantemente impegnato possa acquisire ambliopia deve essere messo in rilievo, poiché mette in piena evidenza che l'ambliopia non è causata dal "non impiego", come il termine "ex anopsia" implicherebbe, ma al contrario con un impiego difettoso, cosa che è provata inoltre dalle cure ottenute con un'educazione razionale.

Il trattamento specifico di tutti i casi che presentarono ricadute fu di ricorrere immediatamente a un'attenzione ragionata e la vista si è ristabilita di solito in pochi giorni.

Sovente l'occhio normale diventa ambliope mentre l'occhio originariamente ambliope guarisce.

Un bambino di 10 anni veniva a trovarmi ogni quindici giorni circa. Sua madre, che era stata maestra di scuola prima del matrimonio, guarì l'ambliopia dell'occhio destro sotto la mia direzione; ci si accorse allora che l'occhio sinistro era diventato ambliope; quest'ultimo fu trattato a sua volta con lo stesso metodo fino a guarigione completa, a quel punto il primo occhio ebbe una ricaduta. Occorse un anno d'educazione dei due occhi prima che entrambi ritornassero normali allo stesso tempo. Tre anni

auteurs me donne une certitude que là aussi la cause fut la même, mais la maladie se développa sans que les intestins y présentèrent pert.

Ainsi, n'ajoute pas le droit d'affirmer que la maladie de Quincke, une angio-nevrose, peut se produire parfois sous une forme oculaire et que dans certains de ces cas elle n'est pas inoffensive, car parmi 5 cas décrits, dans deux résulta une atrophie du nerf optique.

1. GROSS. — Ein Fall von akutem Obdem des retrobulbären Gewebes, cité d'après le *Gräfe Saemisch*.

2. FUCHS. — Eber Episcleptilis periodica fugax. *Arch. für Ophthalmologie*, XLII, 4, s. 229.

3. MORIAS. — Un cas remarquable d'exophtalmos. *Annales d'Oculistique*, XCV.

4. TAILLAIS. — De l'exophtalmie transitoire ou intermittente. *Annales d'Oculistique*, CXIX.

III

L'éducation de l'œil dans l'amblyopie ex anopsia,

Par H. BATES, M. D. (New-York).

(Traduit par Mme A. Pic.)

L'amblyopie *ex anopsia*, c'est là un terme communément employé pour désigner une vision defectueuse, non produite par une lésion organique, et que l'on rencontre fréquemment dans le strabisme. La cause est attribuée au défaut d'usage d'un œil. Le traitement ne donne ordinairement pas de résultat.

Fuchs a écrit : « La fonction rétinienne ne se rétablit jamais normalement, même lorsque la cause du trouble visuel est supprimée, soit par la guérison du trouble optique, soit en cas de strabisme, par une opération. »

Cependant de temps en temps on peut lire des observations de guérisons.

L'éducation de l'œil fut suffisante pour les déterminer. Dans

più tardi, ebbi l'occasione di rivedere questo bambino, la guarigione si era mantenuta perfettamente.

L'educazione dell'occhio nell'ambliopia non esige l'uso dell'amblioscopio di Worth, né dello stereoscopio raccomandato da Javal. Credo che il mio metodo sia originale. Durante questi ultimi dieci anni ho curato più di 20 persone colpite da ambliopia. La più giovane aveva 6 anni, la più anziana 45. La scala di Snellen è stata il mio migliore assistente.

Traduzione e reperimenti bibliografici a cura di
Ezio Mascarin

les débuts du traitement le malade apprend à comprendre, la signification d'une fixation excentrique.

Une échelle de Snellen est placée à plus de trois mètres du patient.

Le malade est d'abord averti que sa vision est toujours diminuée lorsqu'il essaye de lire les petites lettres de l'échelle de Snellen en portant sa vision à un mètre à droite ou à un centimètre à gauche de cette échelle.

Ensuite le patient qui s'est rendu compte qu'une fixation excentrique d'un mètre diminue sa vision, apprend qu'au contraire une fixation excentrique d'un décimètre l'augmente. Quelques malades intelligents font la remarque que l'aire de meilleure vision centrale est très petite et circonscrite dans un cercle de moins d'un centimètre de diamètre autour des lettres de l'échelle de Snellen placée à 6 mètres de distance.

Le temps nécessaire pour instruire un œil normal des faits de la fixation excentrique est habituellement de moins de 15 minutes.

Après que l'œil sain a compris la nécessité d'une fixation centrale des objets pour obtenir le maximum d'acuité visuelle, les efforts d'éducation sont concentrés sur l'œil atteint d'amblyopie.

Le patient est d'abord prévenu que la cause de la vision déficiente tient à sa fixation excentrique; que, pour guérir, il est nécessaire que son œil fixe chaque lettre en ligne droite. Or, c'est un fait certain qu'après une initiation de quelques instants, presque tous les cas ont été améliorés, quelques-uns ont passé d'une vision de 1/50 à une vision de 1/10 et plus, si incroyable que cela puisse paraître !

Il est à noter que tandis que la vision s'améliorait, la fixation excentrique diminuait.

La difficulté principale de la cure de l'amblyopie a été l'ignorance dans laquelle se trouvaient les malades de leur fixation excentrique de l'échelle de Snellen. Quelquefois cette fixation excentrique atteignait 30 degrés ou plus, et l'habitude de ce point de fixation excentrique était telle qu'ils croyaient regarder droit lorsqu'en réalité l'axe de leur vision était dirigé entièrement d'un côté. L'oblitération de l'autre œil avec un

verre opaque n'est pas d'un grand profit, pour corriger la fixation excentrique, ni pour rétablir la vision centrale par une cure définitive.

La partie de la rétine qui acquiert la fonction de fixation de la macula a été appelée « fausse macula ».

La distance de la fausse macula avec la vraie varie comme les localisations elles-mêmes.

Dans quelques cas, la fausse macula est située du côté temporal, dans d'autres du côté nasal, tandis que d'autres fois elle se trouve en haut ou en bas. Une étude de l'amblyopie par anopsie de 25 années m'a convaincu que c'est par un effort de la volonté que l'on crée cette fausse macula et qu'elle est substituée à la vraie. Cela se fait inconsciemment. J'ai cherché à rendre conscients pour le malade ces efforts inconscients impropres à la vision. Lorsque celui-ci apprend qu'il produit lui-même son amblyopie par ses efforts mal dirigés pour voir, et qu'elle est le résultat de sa vision excentrique, il apprend la manière de voir par fixation centrale et il obtient une vision normale.

Comment est-il possible d'enseigner aux patients que la cause de leur amblyopie est leur fixation excentrique ? Une méthode consiste à leur faire augmenter volontairement cette fixation excentrique et à leur faire remarquer qu'ils abaissent leur acuité visuelle.

Cette méthode offre de si bons résultats, qu'il me soit permis de donner de la décrire encore avec plus de détails. Dans un cas ne présentant pas d'erreur de la refraction avec une vision de 1/100, vision excentr. de 45 degrés et plus; le malade, appelé à regarder l'échelle de Snellen placée à un mètre de côté avec une fixation de 50 degrés, fut interrogé de la sorte : « Voyez-vous mieux ? Plus mal répliqua le malade. » La fixation excentrique fut portée jusqu'à 60, 70, 80 degr. et à mesure que la fixation devenait plus excentrique, le malade constata que sa vision baissait. Il fut averti alors que celle-ci s'améliorerait s'il fixait directement une lettre de l'échelle. Il chercha à diriger son œil en ligne droite et la vision s'accrut de 1/100 jusqu'à 1/20, tandis que la fixation excentrique s'abaisa à 10 degrés. Amélioration sensible.

L'expérience fut répétée 5 fois, la vision fut portée alors à 1/10.

Ce malade obtint une vision normale de son œil amblyopique après deux semaines d'exercices journaliers.

La méthode objective. Lorsque la fixation excentrique est considérable et évidente, le malade est informé de la direction prise par l'œil amblyopique en état de fixation et prié de ramener son œil le plus près possible de la situation normale de fixation centrale, l'autre œil étant couvert. Il acquiesce ainsi une nouvelle fausse macula, plus proche de la vraie macula, et la vision devenait meilleure.

Lorsque l'œil était tourné à gauche, au-dessous ou au-dessus de l'axe de normale vision et que l'on priait le malade de corriger cette fausse direction, la vision augmentait.

Pendant ces exercices, l'œil amblyopique rappelle, par ses mouvements incertains pour se fixer en position de vision centrale, les hésitations du canon d'un fusil entre les mains d'un tireur inexpérimenté cherchant sa ligne de mire. Le médecin est appelé à avoir beaucoup de patience jusqu'à ce que, par ces exercices répétés, l'œil amblyopique ait pu être amené à une position corrigée, qui lui permette d'arriver à une vision de 1/5 en fixation centrale. A ce moment, lorsque la fixation excentrique n'est plus manifeste à première vue, il y a lieu de remplacer la méthode objective par une autre pour corriger complètement l'amblyopie.

Une myopie fonctionnelle, ou un astigmatisme myopique composé, se produisent temporairement dans l'amblyopie toutes les fois qu'un effort est demandé pour lire l'échelle de Snellen placée à 6 mètres. Les malades sont inconscients de l'effort qui concentre la vision sur un point situé en avant de l'échelle.

Naturellement la vision est diminuée par la production de cette myopie fonctionnelle et la vue normale est impossible. L'action de l'atropine n'empêche pas cette myopie de se produire.

Lorsque l'on applique la rétroskopie pendant que le malade fait un effort pour lire l'échelle de Snellen, on constate la production de la réfraction myopique. Pour prévenir la myopie

fonctionnelle, il faut montrer au malade le moyen de le produire sur l'œil sain en faisant un effort avec cet œil par une fixation intense, ou en fermant partiellement les paupières ou en s'appliquant à lire l'échelle de Snellen en position de fixation excentrique.

Ensuite il faut l'engager à se reposer et à lire les petites lettres dans la position normale. La répétition de cette production volontaire de myopie fonctionnelle dans l'œil sain, alternant avec le rétablissement de la vue normale, produit une amélioration de l'œil amblyopique probablement en lui apprenant à garder l'échelle de Snellen de la même façon que le fait l'œil normal, c'est-à-dire sans effort d'accommodation.

Quand l'œil amblyopique regarde une lettre de l'échelle de Snellen, il la voit apparaître, puis disparaître. Cela se produit dans tous les cas, même lorsque la vision est seulement de 1/50. Plusieurs malades traduisent cette impression par ces mots : « Les lettres vont et viennent » ou : « elles apparaissent et disparaissent ». Les malades sont avertis que s'ils voient les lettres c'est que leur œil est dirigé dans la bonne ligne et que la fixation centrale est presque atteinte, que la fonction de la vraie macula n'est pas abolie, que l'œil accommode bien, et rapidement le malade apprend à se servir judicieusement de son œil.

Le malade est invité à regarder une lettre constamment sans effort, une lettre qui d'abord n'était pas distinguée assez nettement pour pouvoir être reconnue. Lorsque la lettre apparaît clairement, il est averti qu'il se sert de son œil de la bonne manière, mais que quand la lettre disparaît, c'est qu'il regarde mal. Ensuite le malade est prévenu que s'il continue à s'appliquer à voir la lettre, il la verra de mieux en mieux, et qu'ensuite il la verra d'une façon permanente. J'ai trouvé utile d'énoncer au patient le nom de la lettre qu'il cherche à voir, car cela facilite son jugement pour diriger les efforts. Lorsque la première lettre d'une ligne a été vue d'une façon continue, la seconde lettre de la même ligne est plus rapidement distinguée nettement. Ensuite on passe aux lettres plus petites de la ligne inférieure et ainsi de suite jusqu'à ce que la vue devienne normale.

Occasionnellement une étude de la vision rapprochée est employée pour l'œil amblyopique de la même manière que pour la vi-

sion éloignée, dans le but de corriger la fixation excentrique et d'exercer la vraie macula.

J'ai employé l'échelle de Ed. Jaeger. Quelques individus trouvent plus de profit à cette étude de la vision rapprochée qu'à celle de l'échelle de Snellen à 6 mètres.

Après avoir été rendus capables de lire le numéro un de Jaeger, leur vision à distance fut très améliorée.

Des mouvements nerveux des paupières ou du globe de l'œil rappelant le nystagmus, ou d'autres manifestations musculaires locales sont parfois associées à l'amblyopie. Ils apparaissent lorsque des efforts stériles sont faits pour voir et contiennent même lorsque les yeux sont fermés. On peut sentir ces mouvements se manifester sous la pression des doigts lorsque les yeux sont fermés.

La plupart des malades sont capables après un certain effort de corriger ces mouvements et de les faire cesser, lorsqu'ils y ont été rendus attentifs.

Bien que les méthodes ci-dessus décrites pour la cure de l'amblyopie aient presque toujours été couronnées de succès, quelques cas peuvent se présenter dans lesquels le progrès n'apparaît pas suffisant après un laps de temps raisonnable, une semaine ou deux. Quelque chose de plus est nécessaire. Il faut alors user d'un procédé d'intimidation.

Par exemple : une écolière de 14 ans présentait une vision de 1/50 et une fixation excentrique de 45 degrés, sur un œil, l'autre étant normal. Des lunettes furent ordonnées avec un verre opaque sur le bon œil. Après deux semaines d'exercices journaliers, très peu de progrès avait été obtenu. L'enfant était rebelle et ne faisait aucun effort intelligent. J'eus un entretien avec le père, homme énergique, auquel je persuadai qu'il était nécessaire, pour guérir sa fille, de lui persuader qu'on ne lui rendrait l'usage de son bon œil que lorsque l'œil amblyope serait guéri. Il suivit mes instructions.

Pendant quelques jours, le malade lutta vaillamment et le combat fut victorieux, et si intéressant que je ne puis me retenir de le relater.

La fillette se résigna à l'inévitable et fit tous ses efforts pour

guérir rapidement. En moins d'une semaine, la vision de l'œil amblyope gagna 50/100 et devint normale.

Pour prévenir un retour offensif, le père lui fit faire des exercices de vision à distance avec le concours de l'échelle de Snellen, tous les jours, pendant plusieurs mois. Après six ans, sa vision est toujours parfaitement normale. Je suis persuadé que le rapide progrès de sa vue et la permanence de sa guérison a été due à l'autorité constante exercée par le père.

Deuxième observation. — Un garçon de 16 ans, même histoire de progrès insuffisants, fut amélioré après un entretien avec sa mère et obtint bientôt après une vision normale.

Dans d'autres cas l'emploi répété d'antispasmodiques anodins dans l'œil amblyope a nettement stimulé ou hâté la guérison obtenue par le procédé de l'éducation.

Rechutes. — Il faut rendre attentifs les malades guéris contre une rechute toujours possible pendant plusieurs mois, même une année après la guérison. Les cas incomplètement guéris sont plus sujets à la récurrence que ceux qui ont récupéré la vision normale. J'ai vu des malades qui avaient atteint une vision de 9/10 retourner chez eux avec l'intention de continuer le traitement à domicile, et retomber à leur état primitif, en quelques semaines, bien que le bon œil soit resté couvert et son accommodation paralysée au moyen de l'atropine.

Ce fait qu'un œil constamment en usage peut acquérir de l'amblyopie doit être mis en lumière, car il met en pleine évidence que l'amblyopie n'est pas causée par le « non emploi » comme le terme « par anopsie » l'impliquerait, mais bien au contraire par un *emploi défectueux*, ce qui est prouvé en outre par les guérisons obtenues par une éducation rationnelle.

Le traitement spécifique de tous les cas qui présenteront des rechutes fut de recourir immédiatement à une attention raisonnée et la vue se rétablit habituellement en peu de jours.

Souvent l'œil normal devient amblyope pendant que l'œil primitivement amblyope se guérit.

Une enfant âgée de 10 ans venait me voir environ tous les quinze jours. Sa mère, qui avait été maîtresse d'école avant son mariage, guérit l'amblyopie de l'œil droit sous ma direction, on s'aperçut alors que l'œil gauche était devenu amblyope; celui-ci

fut traité à son tour par la même méthode jusqu'à complète guérison, à ce moment le premier œil eut une rechute. Il fallut un an d'éducation des deux yeux avant que tous deux ne fussent devenus normaux en même temps. Trois ans plus tard, j'eus l'occasion de revoir cette enfant, la guérison s'était parfaitement maintenue.

L'éducation de l'œil dans l'amblyopie n'exige pas l'emploi de l'amblyoscope de Worth, ni du stéthoscope recommandé par Javal. Je crois que ma méthode est originale. Pendant ces dix dernières années j'ai guéri plus de 20 personnes atteintes d'amblyopie. La plus jeune avait 6 ans, la plus âgée 45 ans. L'échelle de Snellen a été mon meilleur auxiliaire.

IV

La dilatation du sac conjonctival dans la prothèse

Par le Dr BARRAQUER (Barcelone).

L'inflammation et la rétraction dans le cas de prothèse n'est pas rare et le traitement par les moyens ordinaires n'est certainement pas des plus actifs.

Si l'on veut éviter la conjonctivite, il faut s'en préoccuper dès qu'on opère l'œil en s'adressant aux procédés conservateurs : s'il reste à la périphérie de la cornée une petite zone non déformée ou très peu déformée, il faut pratiquer l'excision du staphylome avec l'enlèvement du cristallin; mais si elle est déformée dans toute son étendue, l'opération de Critchett et celle de Wecker ou bourse sont de très bons procédés. Étant donné un cas dans lequel il faut faire l'enucléation, je conseille mon procédé de greffe graisseuse dans la capsule de Tenon ou l'enucléation et greffe adipeuse dans le sac scléral avec suture. Cette opération, que je fais depuis 1901 sur l'homme, a été expérimentée après sur le lapin par Marin (1). Après une opération, si le sujet désinfecte tous les jours la pièce, s'il la remplace souvent, c'est rare d'observer le développement des

(1) *La Clinique Ophthalmologique*, avril 1912.