

Amblyopie intense occasionnée par un cas d'astigmatisme mixte double très fort et guérie par l'emploi de verres bi-cylindriques / par Henri Fischer.

Contributors

Fischer, Henri.
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

Paris : L. Boyer, 1901.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/jchjvkth>

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. Conditions of use: it is possible this item is protected by copyright and/or related rights. You are free to use this item in any way that is permitted by the copyright and related rights legislation that applies to your use. For other uses you need to obtain permission from the rights-holder(s).



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

1

(4)

AMBLYOPIE INTENSE

Occasionnée par

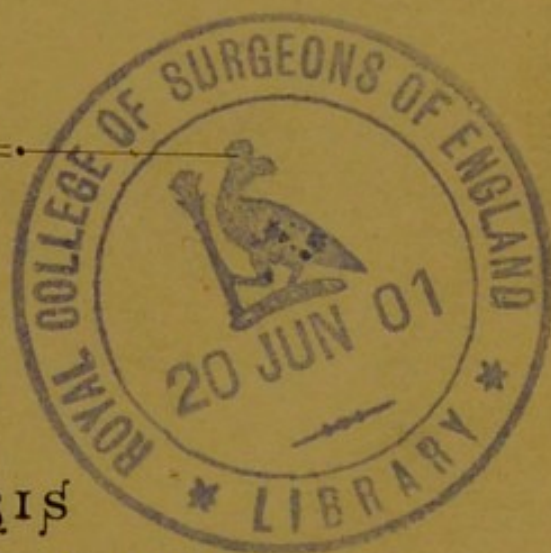
UN CAS D'ASTIGMATISME MIXTE DOUBLE TRÈS FORT

et guérie par

L'EMPLOI DE VERRES BI-CYLINDRIQUES

PAR

le Docteur Henri FISCHER



PARIS

L. BOYER, ÉDITEUR

15, Rue Racine

—
1901

ARBITRARY MATTERS

THE UNIVERSITY OF

THE UNIVERSITY OF

THE UNIVERSITY OF

THE UNIVERSITY OF

THE UNIVERSITY OF

THE UNIVERSITY OF

THE UNIVERSITY OF

THE UNIVERSITY OF

THE UNIVERSITY OF

THE UNIVERSITY OF

DU MÊME AUTEUR - A LA MÊME LIBRAIRIE

Nouvelle opération du pouce bifide, brochure in-8, 1896.

Cancers de l'utérus, brochure in-8, 1896.

Libération latérale et inférieure du méat urinaire dans le traitement de l'incontinence essentielle d'urine chez la femme (opération nouvelle), brochure in-8, 1897.

La dysménorrhée, brochure in-8, 1898.

Néphropexie sans sutures par enclavement cicatriciel du rein (opération nouvelle), in-8, 1899.

Le froid est-il dans les maladies aiguës une cause pathogène aussi importante que les anciens médecins le croyaient ou aussi nulle que certains modernes le pensent, brochure in-8, 120 pages, 1899.

Vade-mecum de thérapeutique chirurgicale des médecins-praticiens, vol. in-8 de 328 pages, 1900.

Splénopexie sans sutures par enclavement cicatriciel extra-péritonéal de la rate (opération nouvelle), brochure in-8, 1900.

Deux observations d'appendicite, brochure in-8, 1901.

SOUS PRESSE

Vade-mecum d'obstétrique et de gynécologie des médecins-praticiens, vol. in-8 de 328 pages.

AMBLYOPIE INTENSE

Occasionnée par

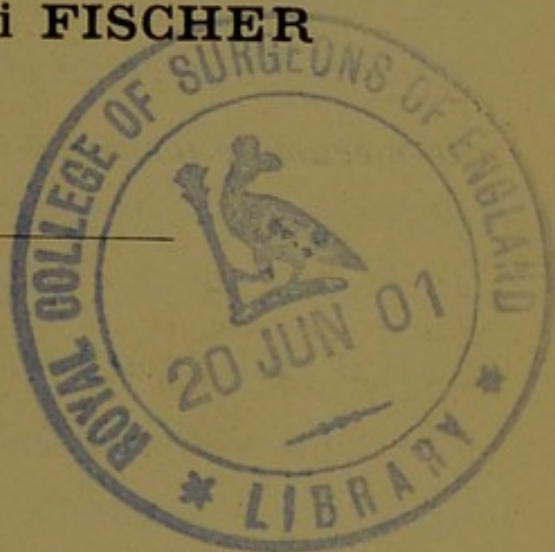
UN CAS D'ASTIGMATISME MIXTE DOUBLE TRÈS FORT

et guérie par

L'EMPLOI DE VERRES BI-CYLINDRIQUES

PAR

le Docteur **Henri FISCHER**



PARIS

L. BOYER, ÉDITEUR

15, Rue Racine

1901

ANATOMY

OF THE

HUMAN BODY

BY

WILLIAM B. COOPER, M.D.

1854

NEW YORK: PUBLISHED BY

JOHN W. PIERCE, 1854

NEW YORK

AMBLYOPIE INTENSE

*Occasionnée par un cas d'astigmatisme mixte double
très fort et guérie par l'emploi de verres
bi-cylindriques.*

L'amblyopie, plus connue des médecins sous le nom d'amaurose, est caractérisée par un affaiblissement intense de la vue pouvant aller jusqu'à la cécité complète et cela sans aucun signe apparent de lésion de l'œil visible à l'ophtalmoscope et avec intégrité absolue des milieux réfringents de cet organe. En un mot l'amblyopie est la perte plus ou moins complète de la fonction visuelle sans lésions visibles de l'œil.

Dans l'étude de la vue on différencie deux visions distinctes à savoir : « la vision centrale et la vision périphérique ».

La vision centrale est celle qui nous permet de lire, de pratiquer des ouvrages fins ; la vision périphérique

est celle qui nous aide à nous conduire, qui nous permet de voir, en dehors du point de fixation, un champ plus ou moins vaste.

L'amaurose a été divisée en trois catégories principales, par de Græfe (1) : la première comprend les cas où la vision centrale seule a baissé, la vision périphérique demeurant normale ; la deuxième présente une diminution plus ou moins grande dans les deux visions centrale et périphérique, la troisième variété est celle dans laquelle, avec une vision centrale très affaiblie, se présentent des lacunes dans le champ visuel (*scolomes*).

Dans certains cas, assez fréquents du reste en pratique, où l'acuité visuelle des deux yeux est très différente (*anisométrie*), il arrive que l'œil le plus faible devient amblyope par défaut d'usage (*amblyopie ex anopsiâ*) : les images ne sont pas d'égale grandeur, par conséquent elles n'impressionnent point des portions homologues de la rétine des deux yeux et occasionnent une diplopie plus ou moins intense, fonction en quelque sorte de cette différence, et d'autant plus grande que les réfractions des yeux seront elles-mêmes plus dissemblables. Cette vision double

1. Voir pour de plus amples renseignements de Græfe, Leçons sur l'Amblyopie et l'Amaurose.

étant très gênante, le *sensorium commune* abolit petit à petit l'image la plus faible, d'accord en cela avec les lois du transformisme, et l'œil dont l'impression est la moins nette perd progressivement la faculté de la percevoir, s'atrophie, à moins que l'homme de l'art n'intervienne à temps, par les verres appropriés au défaut de réfraction.

Il serait à désirer pour les malades et également pour les praticiens que tous les médecins pussent manier l'ophtalmoscope et savoir prescrire les verres nécessités par chaque cas d'amétropie.

Il serait également bon que dans les cliniques ou les hôpitaux, les médecins chargés du service d'oculistique, se donnassent la peine de choisir eux-mêmes les verres dans les cas difficiles, et qu'ils enseignassent à tous leurs élèves sans exception l'art si délicat de formuler des verres aux malades. Lorsque nous employons le terme de malades nous ne voulons point parler exclusivement de ceux qui sont atteints d'une affection quelconque de l'œil ou de ses annexes, mais aussi et surtout de ceux qui sont atteints d'anomalies de la réfraction, catégorie qui forme une classe nombreuse et importante, très intéressante à plus d'un point de vue, car elle est la plus répandue de toutes et forme certainement un bon tiers

de la clientèle des oculistes ! Il y a infiniment de gens qui ont besoin de lunettes quoique n'ayant aucune maladie de l'œil. Il est honteux au ^{xx}^e siècle que bon nombre de ces malades soient obligés, au lieu de consulter leur docteur, de s'adresser à de simples opticiens qui ne possèdent nécessairement par définition aucune des connaissances requises et indispensables pour remplir ces délicates fonctions, n'étant pas médecins et partant ignorants de la pathologie si délicate de l'œil.

En attendant que tous les praticiens connaissent l'optique, on pourrait peut-être, comme mesure intermédiaire et transitoire, assimiler les opticiens aux chirurgiens dentistes et les obliger à suivre les cours de la Faculté de Médecine comme ces derniers pendant 3 ou 4 ans.

Ne savons-nous point que de nombreux cas de conjonctivites pour lesquels on épuise tout l'arsenal thérapeutique spécial, sans résultat d'ailleurs, n'ont souvent pour unique cause qu'un défaut de réfraction méconnu. Combien de fois n'avons-nous pas été consultés nous-même pour de ces cas en apparence rebelles qui ont cédé en quelque temps, après le port des verres appropriés au défaut de réfraction du malade. Il est de connaissance médicale vulgaire que certains malades

atteints de formes chroniques de glaucome, affection entre toutes qui fournit le plus grand appoint à la cécité, ne se plaignent au début que de leurs verres, qu'ils changent très fréquemment les prenant toujours plus forts, épuisant presque même toute la série avant de venir consulter un homme de l'art.

Point n'est besoin d'insister sur ces cas hélas! trop fréquents ; il découle de soi que si ces malades consultaient un médecin compétent, on leur ferait suivre de suite le traitement approprié, on leur prescrirait des instillations d'ésérine ou de pilocarpine, on leur ferait soit une sclérotomie, soit une iridectomie selon les indications ; les résultats seraient d'autant meilleurs pour les malades et plus brillants pour le praticien que la médication rationnelle aurait été instituée plus tôt. On ne rencontrerait point des cas semblables à l'observation qui va suivre, et où les malades ont été considérés comme presque absolument aveugles, alors qu'il suffisait de leur chercher des verres avec patience pour leur faire recouvrer la vue et leur permettre de jouir de la vie, de gagner leur pain, en un mot de n'être plus à charge à personne.

OBSERVATION

En septembre 1900, une dame à laquelle nous avions pratiqué quelques années auparavant une double iridectomie pour glaucome, alors que l'on considérait sa vue comme fort compromise et au-delà des ressources de l'art, et que nous eûmes la bonne fortune de guérir, nous demanda si elle ne pourrait pas nous adresser un homme qui avait perdu la vue depuis de longues années, et qui avait consulté en vain un peu partout, cliniques privées, hôpitaux, et grands spécialistes !

Pour ne point décourager notre cliente, nous lui dîmes qu'elle pouvait toujours nous présenter son malade, qui habitait loin de Paris, mais que sans le voir il nous était absolument impossible de nous prononcer ; nous convînmes que, puisque les frais de chemins de fer, grâce à l'Exposition, étaient réduits à leur minimum, mieux valait en profiter de suite que de remettre la consultation à plus tard.

A la vérité nous n'osions pas conseiller un si long

voyage à cet homme, sa guérison nous semblait pour le moins problématique puisqu'il avait en vain consulté des lumières autorisées et incontestées de la science ophthalmologique.

Dans les premiers jours d'octobre 1900, cette dame amena à notre consultation un homme de 30 ans, robuste, voyant juste assez pour se conduire dans son pays qu'il connaissait bien et où il passe peu de voitures, mais absolument incapable de se diriger dans notre cabinet de consultations sans se heurter contre les meubles et buter contre tous les obstacles. Notre première impression en le voyant fut que ce malade devait très probablement être atteint d'atrophie à peu près complète des nerfs optiques ; une première chose nous frappa cependant, c'est que cet homme n'avait pas le regard dirigé vers le ciel des malades de l'affection ci-dessus, mais qu'au contraire, il clignotait constamment les paupières pour essayer de voir, tournant la tête dans les positions les plus diverses ; il semblait avoir aussi un blépharospasme très intense.

Il nous dit qu'en se contorsionnant beaucoup et en inclinant latéralement la tête il arrivait à percevoir les silhouettes des objets, pourvu qu'ils fussent très gros, très rapprochés et assez éclairés, sans toutefois être exposés à une lumière trop intense.

Dans son enfance il avait appris à lire les gros caractères au moyen d'une loupe, en rapprochant beaucoup le livre de ses yeux ; mais sa vue n'avait fait que

décroître avec les années surtout après un accident qu'il aurait eu à 9 ans. Il s'amusait avec d'autres enfants de son âge à faire partir de petits canons de cuivre et était occupé à faire de petites traînées de poudre, jusqu'aux canons, qu'il allumait ensuite pour les faire détoner, lorsqu'un de ses petits camarades, pour lui faire une farce, mit le feu à la traînée de poudre sans l'avertir. Il en résulta une petite explosion qui lui brûla les cils, les sourcils, et lui détermina nécessairement une forte inflammation des yeux ; à son dire il serait resté deux ou trois jours avec une photophobie tellement intense qu'il aurait été obligé de garder les yeux fermés pendant tout ce laps de temps. Quoiqu'il en soit de cette étiologie problématique nous ne trouvons à l'examen de l'œil rien qui vienne confirmer ce récit. Pas la moindre taie sur les yeux, pas trace de brûlures ; les pupilles se dilatent et se contractent régulièrement.

A l'examen ophtalmoscopique nous ne pouvons éclairer que partiellement le fond de l'œil, bien que tous les milieux fussent transparents et qu'il n'y eût pas la moindre trace de cataracte. Lorsque nous éclairons un point du fond de l'œil, celui que nous avions rendu lumineux précédemment devenait obscur et vice versa. La papille paraissait normale bien que fortement déformée, les vaisseaux n'offraient aucune diminution de calibre, pas de traces d'hémorrhagies anciennes ou récentes.

Nous étions donc manifestement en présence d'un cas d'astigmatisme très élevé. Nous fîmes alors la kératoscopie avec le disque de Placido, qui confirma notre diagnostic, sans toutefois nous donner d'indications précises sur les axes, tant la déformation des images était grande. Alors empiriquement nous fîmes passer successivement devant chaque œil, l'autre étant caché par un disque noir, des cylindres très forts, en les présentant sous des axes différents : les numéros les moins forts de la série ne firent aucune impression appréciable.

Nous remarquâmes cependant qu'à partir du 10 dioptries convexes cylindriques présentés à l'axe vertical, la vue était légèrement améliorée ; les objets devenaient moins diffus. Nous allâmes progressivement ainsi jusqu'à 20 dioptries où le résultat commença à devenir encourageant. Nous fûmes toutefois obligés de suspendre notre examen à plusieurs reprises à cause de la fatigue oculaire intense et très pénible que les verres occasionnaient à notre malade. Ayant trouvé empiriquement le cylindre convexe le plus fort ainsi que l'axe qui amélioreraient le plus la vision, nous présentâmes par devant ces verres une série de cylindres concaves à l'axe perpendiculaire au premier, c'est-à-dire horizontal.

En effet lorsqu'on a trouvé un axe, si le patient est astigmaté d'un deuxième méridien, ce dernier se trouvera 99 fois sur 100 être perpendiculaire au premier. Dans les cas rares où les axes ne seraient pas

perpendiculaires, il suffirait de trouver la deuxième direction empiriquement en faisant varier l'inclinaison des cylindres que l'on présente, soit à la main, soit mieux encore avec la lunette d'essai elle-même qui est munie d'une vis de réglage à cet usage.

Lorsque nous fûmes arrivés à 10 dioptries, nous obtinmes un maximum de vision que rien ne pouvait améliorer.

Notre malade, enchanté du résultat qui pour lui semblait tenir du prodige, quoique très ébloui par les verres, fut renvoyé au surlendemain pour un nouvel examen.

Le surlendemain nous lui mîmes d'emblée les verres que nous avions déterminés la semaine précédente, mais qu'il ne put supporter que quelques minutes à peine.

Les objets qu'il distinguait lui paraissaient déformés, le plancher lui semblait être un pont de navire roulant par forte mer.

Au bout de quelques minutes nous fûmes obligés d'enlever les deux lunettes d'essai superposées que nous avions employées pour arriver à produire de tels numéros, car elles causaient des vertiges, de la céphalée violente et des envies de vomir. Il était donc de toute évidence que l'on ne pouvait pas prescrire de tels verres que le malade ne pourrait d'emblée les supporter. Nous fîmes en conséquence d'abord construire une paire de lunettes montée de verres semblables pour les deux yeux et dont voici la formule : « 10 dioptries convexes cylindriques

axe vertical combiné à 5 dioptries concaves cylindriques axe horizontal. Nous engageâmes notre malade à les porter quelques instants, puis à les ôter, à les remettre un peu plus longtemps ensuite, et ainsi de suite : en un mot à tâcher d'accommoder ses yeux à ces verres.

En effet au bout de quelques jours il put arriver à les porter constamment, non certes sans avoir passé par toutes sortes de péripéties : douleurs frontales violentes, vomissements, marche titubante etc. La vision était sensiblement meilleure, mais loin d'être parfaite ; le malade, lorsqu'il tournait le dos au jour, distinguait très aisément les gros meubles de notre salon de consultations, apercevait la dorure des cadres des tableaux suspendus dans notre cabinet sans voir les toiles ; toutefois il ne pouvait pas traverser les rues, soit par peur, soit par manque d'habitude et aussi parce que le sol sur lequel il marchait lui paraissait peu solide et déformé en dos d'âne. Nous lui prescrivîmes successivement des lunettes montées de verres d'une force progressivement croissante, auxquelles il s'habitua petit à petit mais sans trop de fatigue cependant. En décembre 1900 nous pûmes lui faire porter les verres qui, scientifiquement, correspondaient à sa vue et que l'expérimentation avait indiqués d'une façon absolue; nous en avons donné la formule plus haut nous la répéterons donc maintenant en style ophthalmologique :

$$\begin{matrix} O & D \\ O & G \end{matrix} \left\{ \begin{array}{l} + 20 \text{ D cyl } 90^\circ \text{ et } - 10 \text{ D. cyl } 180^\circ. \end{array} \right.$$

Actuellement, mai 1901, l'acuité visuelle égale $1/4$ (échelle de de Wecker) mesurée avec les signes, et si notre malade a appris à lire dans son enfance, il a probablement, pendant ses années de pseudo-cécité, tout oublié, car il ne différencie point les lettres les unes des autres quelle que soit leur grandeur, bien qu'il puisse distinguer des objets infiniment plus petits que les lettres.

Actuellement notre malade peut se conduire tout seul n'importe où, a une vision assez bonne; il va s'adonner aux rudes labeurs des champs, car c'est à peu près le seul travail auquel il puisse se livrer, n'ayant nécessairement pu faire aucun apprentissage.

Le champ visuel est normal, pas de scotomes ni de daltonisme, notre malade sait réassortir les échevaux de laines de couleur que nous lui présentons bien qu'il n'en connaisse point les noms.

CONCLUSIONS

Nous avons choisi cette observation, pour la publier, entre plusieurs autres du même genre que nous possédons, parce qu'elle est la plus typique; elle démontre que dans tous les cas d'amblyopie vraie, c'est-à-dire sans lésion apparente du fond de l'œil ou de ses milieux réfringents on doit essayer sans se lasser *toute la série possible des verres*, et cela sans se rebuter et sans idée *a priori* que tel ou tel verre doit être ou ne pas être celui qui convient et l'on devra sans se lasser répéter cet examen plusieurs fois à quelques jours d'intervalle. Lorsque l'on aura trouvé la formule qui améliore la vision même dans les plus petites limites, on habituera les yeux au port de ces verres par des exercices gradués de vision à distance, et, de lecture ou de vision rapprochée si le malade est illettré. On commencera par de gros caractères ou de gros objets que l'on diminuera progressivement.

On abaissera aussi graduellement le numéro des verres ; les séances seront d'abord de très courte durée et très espacées, on augmentera peu à peu leur durée et l'on réduira également les intervalles.

Le médecin ne devra jamais désespérer et faire exécuter une partie des exercices en sa présence. Au bout de quelques mois il sera souvent récompensé de ses diligents efforts par une notable amélioration de la vue de ses malades.

Notre observation est aussi intéressante par le haut degré d'astigmatisme de notre malade] ; jamais il n'a été prescrit de tels verres.... Ceux qui s'en rapprochent le plus sont ou sphéro-cylindriques, ou simplement cylindriques, mais pas bi-cylindriques et encore de degrés bien moindres en tant que cylindres. Donders a publié un cas où il avait employé un verre plan cylindrique de 8 dioptries. Différents auteurs ont prescrit des verres cylindriques de 10, 12, 15 dioptries. Le Docteur Jackson après une opération de cataracte a fait porter à son malade un cylindre de 26 dioptries et Schneide-man de Philadelphie un cylindre de 20 dioptries.

Dans les cas non opératoires on a cité comme maximum de cylindres 20 dioptries, tandis que dans notre

observation nos verres sont bicylindriques et nous arrivons à 30 dioptries comme différence entre les deux méridiens de chaque œil : $+20 - (-10) = 30$. En effet la différence algébrique entre les deux méridiens est bien 30, car si de $+20$ on retranche -10 , on a bien 30 puisque pour soustraire une quantité algébrique d'une autre il faut et il suffit d'écrire ces deux quantités à la suite les unes des autres en changeant le signe de la quantité à soustraire et en faisant ensuite leur somme, soit ici : $+20 - (-10) = 20 (+10) = 30$.

On sait d'ailleurs, en optique, que les rayons qui traversent une lentille cylindrique selon son axe ne subissent aucune réfraction ou tout au moins qu'ils sont assimilés aux rayons lumineux qui traversent un verre plan, tandis que ceux qui passent à travers la lentille, perpendiculairement à l'axe, sont réfractés comme ils le seraient par un verre concave ou convexe du même rayon que celui de la courbure de la surface cylindrique.

