

On peut supporter plusieurs heures ces verres de contact et améliorer ainsi considérablement la vision (Sulzer). On a enfin pratiqué des iridectomies ou des iridotomies étroites vers les points les moins déformés ou irréguliers.

CHAPITRE IV

ANISOMÉTROPIE

§ 146. L'anisométrie, — α , ἴσος, égal, μέτρον, mesure — est constituée par la réfraction inégale des deux yeux. Ses variétés sont nombreuses. Un œil est emmétrope et l'autre myope, hypermétrope, astigme, ou bien l'amétropie d'un côté est d'une autre espèce, d'un degré différent du côté opposé.

L'anisométrie est congénitale ou acquise : congénitale, elle coïncide avec des anomalies diverses ou une dissymétrie faciale ou crânienne manifeste ; acquise, elle résulte de plaies, de lésions inflammatoires pendant la vie intra-utérine, l'enfance ou l'adolescence. Les kératites strumeuses nous paraissent devoir être souvent incriminées. L'aphakie traumatique ou opératoire monoculaire constitue une anisométrie considérable et fréquente.

Conditions physiques. — Elles sont, pour chaque œil, celles de l'amétropie correspondante. Les images sont inégales, mais parfois superposées. La vision, dans une certaine mesure, peut être binoculaire, mais elle paraît d'ordinaire monoculaire.

Conditions cliniques. — La vision est diminuée. Si l'acuité est également faible dans les deux yeux, la vision est réalisée tantôt par un œil et tantôt par l'autre, un œil myope voyant de près et un œil emmétrope ou hypermétrope, de loin ; si l'acuité est plus diminuée d'un côté, la vision se pro-

duira seulement du côté opposé et l'œil inactif se dévia en dedans ou en dehors

Vision monoculaire simple, vision monoculaire alternante, vision binoculaire : telles sont les conditions habituelles. En tout cas, le champ visuel reste à peu près normal.

Il est difficile d'obtenir la vision binoculaire dans l'anisométrie à cause de l'inégalité de l'acuité, des dimensions différentes des images produites par l'amétropie ou les verres correcteurs et des relations assez étroites de la convergence avec l'accommodation. Certains sujets d'ailleurs ne s'en plaignent pas et ce n'est que fortuitement, en couvrant accidentellement le meilleur œil, qu'ils ont constaté leur anisométrie ; mais d'autres en sont incommodés.

Traitement. — Le traitement rationnel serait la correction individuelle de chaque œil. Théoriquement, l'égalisation emmétropique des deux yeux est parfaite ; pratiquement, elle n'est nullement satisfaisante. Dans les degrés élevés d'anisométrie, la plupart des patients refusent les verres correcteurs ou ne les acceptent que pour le meilleur œil. Il en est d'ordinaire ainsi pour l'aphakie consécutive à l'extraction de la cataracte. Dans les degrés moindres, la correction binoculaire est tolérée. Une correction partielle de l'œil le plus amétrope est parfois avantageuse. Il faut toujours, en l'espèce, s'en rapporter à l'appréciation et à la convenance des patients. Certains de nos anisométriques préfèrent la correction totale, quelques-uns la correction partielle, la plupart la non-correction. Nous nous contentons alors des mêmes verres correcteurs pour les deux yeux ou de la seule correction du meilleur œil pour voir soit de loin, soit de près.