

peut aussi se faire à travers la veine faciale par thrombo-phlébite directe, mais alors la vision est conservée jusqu'au moment de la mort.

On a également signalé l'iritis, l'irido-choroïdite, la choroïdite par infection de voisinage.

II. AFFECTIONS DU PHARYNX. Il s'agit surtout du retentissement des affections du pharynx nasal, qui amènent les mêmes troubles réflexes que celles des fosses nasales : larmolement, hyperhémie de la conjonctive.

On a décrit une conjonctivite folliculaire qui serait de nature adénoïdienne et disparaîtrait par l'ablation des végétations adénoïdes ; le fait est très rare et nous n'avons eu l'occasion d'en observer qu'un seul cas chez une fillette de 13 ans, qui fut ainsi guérie d'une conjonctivite durant depuis plusieurs années.

On a signalé la névrite optique après des angines.

## CHAPITRE XVI

### DE LA SIMULATION DES MALADIES DES YEUX. DES MOYENS EMPLOYÉS POUR LA RECONNAITRE

Le nombre des grands simulateurs des affections oculaires a certainement diminué à notre époque, non seulement en raison de la réduction de la durée du service militaire, mais aussi parce que la notion de la facilité avec laquelle les simulations peuvent être presque toujours déjouées a pénétré dans les masses. C'est tout au plus, en effet, si à la clinique ophtalmologique du Val-de-Grâce nous avons l'occasion d'observer par an une dizaine de cas de simulation d'amaurose unilatérale soit sur des jeunes soldats, soit sur des réservistes ou des territoriaux appelés pour une période d'instruction, soit, surtout, sur des militaires en activité de service qui arguent le plus souvent d'un traumatisme de la région orbitaire comme cause. Devant les conseils de révision, la proportion de ces cas est également peu élevée. M. le médecin major Huguet,

dans ses recherches sur les maladies simulées, observées de 1859 à 1896 sur les conscrits, les appelés et les soldats envoyés à la 2<sup>e</sup> compagnie de pionniers de discipline, a relevé seulement 40 cas de simulation de maladies de la vision, dont 31 d'amblyopie ou d'amaurose unilatérale et un seul cas d'amaurose bilatérale, sur 496 cas de simulations diverses. Dans le cours d'une carrière déjà longue, nous n'avons observé qu'un seul cas de simulation d'amaurose bilatérale.

En revanche, le nombre des petits simulateurs, c'est-à-dire de ceux qui entretiennent ou provoquent des blépharites, des conjonctivites, des kératites, de ceux qui allèguent une diminution notable de l'acuité visuelle, est tout aussi grand, sinon plus, que par le passé. Il est juste cependant de remarquer que les allégations de myopie plus forte qu'elle ne l'est en réalité sont devenues rares ; nous n'avons rencontré ce genre de simulation que chez des sujets instruits, surtout parmi ceux ayant perdu leur droit à la dispense.

La sagacité et la patience du médecin militaire sont donc mises encore trop souvent à l'épreuve et nombreuses se présentent à lui les occasions dans lesquelles il a à apprécier si les allégations d'un sujet sont exactes, si l'affection dépend de la cause invoquée, ou bien si elle est simulée, exagérée, provoquée ou entretenue.

Quel que soit le cas soumis à son examen, quelle que soit la situation du sujet, le médecin devra toujours se comporter comme s'il s'agissait d'une affection véritable et n'arriver au diagnostic de simulation que par exclusion, comme pour tout autre cas pathologique. Il demandera à la physiologie et à la pathologie de l'appareil visuel les éléments de son diagnostic spécial, et c'est par un examen méthodique de cet appareil, tel qu'il a été décrit dans les chapitres précédents, qu'il arrivera au soupçon ou à la conviction d'une simulation ; il y sera aidé par le désaccord frappant entre les symptômes allégués et l'état de l'organe de la vision, par une évolution insolite ou une pathogénie inacceptable de l'affection, par des réponses contradictoires, etc. C'est alors seulement qu'il aura recours pour assurer son diagnostic, et aussi pour convaincre matériellement le sujet d'imposture, aux moyens de surprise qu'il nous reste à exposer.

« On ne saurait trop recommander de ne jamais trancher les questions de simulation avant d'avoir acquis une certitude, de ne jamais porter un jugement prématuré. » (Médecin inspecteur général Boisseau, *Des maladies simulées*, Paris, 1870.) En ce qui concerne spécialement les opérations des conseils de révision, l'Instruction du 31 janvier 1902 donne, page 7, l'indication suivante : « le médecin sera très circonspect avant d'exposer le sujet, par une accusation de cette nature, à des poursuites judiciaires et aux sévérités de la loi (art. 69 et 70 de la loi du 15 juillet 1889 sur le recrutement de l'armée). »

Lorsqu'il le jugera nécessaire, le médecin devra s'éclairer par des enquêtes faites soit au corps, soit, par la gendarmerie, dans le lieu d'origine du sujet ou à son dernier domicile.

Nous adopterons la division suivante : *premier groupe, maladies provoquées; second groupe, maladies simulées.*

PREMIER GROUPE. — MALADIES PROVOQUÉES, ENTRETENUES  
OU AGGRAVÉES

Il s'agit le plus souvent de blépharites, de conjonctivites et de kératites, exceptionnellement de cataractes. Elles sont généralement unilatérales.

I. BLÉPHARITE CILIAIRE. — Elle est parfois produite par l'arrachement des cils et la cautérisation du bord libre des paupières, mais presque toujours les glandes de Meibomius ne présentent aucune trace d'inflammation, et la guérison s'obtient rapidement par l'occlusion de l'œil et la surveillance du sujet. Les blépharites vraies sont assez souvent entretenues par des irritations répétées, ou bien sont négligées à dessein par les malades avant la période du conseil de révision.

II. CONJONCTIVITES. — Les conjonctivites provoquées se localisent, en général, sur la conjonctive palpébrale et sur le cul-de-sac de la paupière inférieure. Cependant nous avons eu l'occasion d'en constater les signes sur la conjonctive des deux paupières et sur la conjonctive bulbaire. Les corps irritants le plus fréquemment employés sont le tabac en poudre ou en cendres, les pous-

sières de chaux raclées sur les murs, l'eau de savon, l'urine, le sel marin, le suc de citron, et tout autre corps irritant, parfois même le suc d'euphorbe, l'essence de térébenthine, la chaux vive, moyens dont l'emploi est parfois accompagné de frottages exercés avec la pulpe du doigt sur la muqueuse des paupières éversées; dans ce dernier cas, il se produit, ainsi que nous l'avons observé, de véritables exsudats grisâtres superficiels. Certains sujets ayant à leur disposition un fragment de nitrate d'argent ou de sulfate de cuivre, se déterminent de véritables cautérisations de la muqueuse.

S'il s'agit de corps pulvérulents, on en retrouve souvent les débris dans le cul-de-sac inférieur; les exsudats superficiels, limités à la conjonctive palpébrale, sans réaction violente ou sans participation de la conjonctive bulbaire, devront attirer l'attention du médecin. Pour les cas où aucune trace du corps irritant n'est retrouvée, de même que pour les *conjonctivites entretenues*, on se basera sur la résistance de l'affection à un traitement rationnel, sur des aggravations brusques survenant sans cause appréciable; l'application d'un pansement occlusif au collodion ou à la colle d'amidon pure, amènera en peu de temps la guérison de ces conjonctivites (nous en avons vu disparaître en 24 à 48 heures), mais il faut aussi faire exercer une surveillance sur le sujet, particulièrement avant la visite du matin, et examiner en détail ses vêtements et sa literie, etc. pour rechercher le corps du délit.

L'apparition brusque et simultanée d'un grand nombre de conjonctivites, en dehors de toute cause épidémique, devra éveiller les soupçons (épidémie de Chelmsford par l'emploi du sublimé corrosif); une surveillance rigoureuse, parfois l'examen bactériologique des sécrétions conjonctivales permettront d'arriver à une prompt solution. Certains sujets sont même allés jusqu'à s'inoculer du pus blennorragique emprunté à un camarade.

III. KÉRATITE. — Elle est parfois provoquée par des cautérisations de la cornée au nitrate d'argent pratiquées plutôt dans le but d'obtenir la formation de taies. La cautérisation étant généralement superficielle, la petite escarre grisâtre s'enlève facilement par un simple frottement et la guérison est rapide; si elle est plus large, plus profonde, il peut en résulter une opacité qui

diminue d'étendue avec le temps. Il en est cependant résulté quelquefois des lésions graves qui ont abouti à la perte de la vision. La kératite peut être entretenue par les substances irritantes. Dans les cas suspects, on agira comme pour la conjonctivite.

IV. CATARACTE. — La cataracte a été parfois provoquée par piquûre du cristallin à l'aide d'une aiguille (9 cas de Gavin). Dans ces cas, l'iris est presque toujours traversé; on trouve la trace du passage du corps vulnérant sur la cornée et sur la capsule cristallinienne. Une enquête sera nécessaire pour les hommes appelés; si le sujet est sous les drapeaux les conditions alléguées pour expliquer l'accident mettront sur la voie de la véritable cause.

V. MYOPIE. — Le port de verres concaves très forts était assez employé jadis pour entraîner une myopie spasmodique ou aggraver une myopie existante. C'était l'époque des examens subjectifs. Actuellement, une semblable simulation est rapidement dévoilée par l'exploration avec l'ophtalmoscope à réfraction, moins facilement par la skiascopie si on n'atropinise pas le sujet.

VI. MYDRIASE PROVOQUÉE. — Elle est presque toujours associée avec la simulation d'une amaurose ou d'une amblyopie unilatérale. Nous l'avons observée cependant bilatérale chez un réserviste instruit qui cherchait à obtenir un sursis pour une période d'exercice et en faisait un état nerveux. Le soupçon doit en venir lorsqu'on ne constate aucune lésion de l'œil, aucun trouble du système nerveux cérébro-spinal, susceptible de l'expliquer (syphilis en particulier). Dans le cas de bilatéralité, on pensera en outre à la possibilité d'une mydriase réflexe par helminthiase, carie dentaire.

Si la pupille est moyennement dilatée, peu sensible aux projections lumineuses directes et au contraire sensible à l'excitation de la rétine de l'autre œil, si surtout l'œil est dévié, on peut écarter l'idée de simulation, tout au moins de mydriase provoquée. Dans les mydriases provoquées, récentes, par les mydriatiques puissants (atropine et extrait de belladone, duboisine, scopolamine), la dilatation pupillaire est presque totale et la pupille est immobile à la réaction directe, à la réaction synergique et à

l'accommodation (v. pages 34 et suivantes). Si l'atropine a été instillée quelques jours avant l'examen, la dilatation est moins complète, mais l'immobilité réflexe persiste ou tout au moins les mouvements de l'iris sont presque insignifiants. La mydriase par action de la cocaïne est passagère et modérément accentuée, avec persistance de la réaction à l'accommodation; peu après l'application, la cornée est insensible. Lorsque la mydriase provoquée est unilatérale, l'éclairage de l'œil mydriatique détermine la contraction synergique de la pupille de l'œil sain.

Dans la mydriase hystérique, fort rare chez l'homme, toutes les réactions pupillaires existent comme à l'état normal.

On a conseillé, pour reconnaître la simulation, l'instillation d'un collyre à l'ésérine ou à la pilocarpine qui seraient sans action myotique dans la mydriase provoquée; les résultats obtenus ne sont pas constants. Dans le sommeil, la pupille se rétrécit même chez les amaurotiques, tandis qu'elle reste dilatée après atropinisation.

S'il y a mydriase unilatérale, sans allégation d'amblyopie ou d'amaurose, on peut déjouer la fraude en faisant lire le sujet avec un verre de + 8 dioptries sur l'œil sain et de + 4 D. sur l'œil malade; si le sujet lit à 0,25 cent. (ne pas rapprocher davantage), c'est qu'il est simulateur.

Au conseil de révision, on peut, en principe, déclarer apte au service tout sujet qui ne présente pas d'autres symptômes qu'une mydriase unilatérale, avec rigidité ou immobilité absolue de la pupille, l'autre pupille ayant conservé toutes ses réactions normales y compris la synergique.

Si l'homme est au service, il sera mis en observation à l'infirmerie ou plutôt à l'hôpital et l'on devra l'isoler pendant quelques jours, lui retirer tous ses effets et lui faire prendre un bain lors de l'entrée. On a, en effet, observé des sujets qui dissimulaient le mydriatique en extrait sous l'ongle du gros orteil.

#### DEUXIÈME GROUPE. — MALADIES SIMULÉES

Les affections de l'appareil visuel le plus souvent simulées sont l'amblyopie et l'amaurose uni ou bilatérales; l'héméralopie, le

blépharospasme et la blépharoptose viennent ensuite dans l'ordre de fréquence; la diplopie, l'hémianopsie, la dyschromatopsie ne le sont qu'exceptionnellement; très rares sont les tentatives de simulation du strabisme ou même du nystagmus.

La simulation de l'amaurose et de l'amblyopie bilatérales demande beaucoup de sagacité de la part de l'expert, car elle est soutenue parfois avec ténacité par un sujet ayant une grande force de persévérance ou d'entêtement. Lorsque, par un examen clinique approfondi, le médecin a acquis la certitude de la simulation, s'il s'agit d'un appelé au conseil de révision, il fera prononcer son incorporation; si le sujet est sous les drapeaux, il le mettra en surveillance à l'hôpital, et il devra se garder de lui faire part de sa certitude, mais il le laissera dans la conviction que l'on croit à sa maladie, que le traitement qui va être employé est infaillible, de manière à l'amener progressivement à renoncer de lui-même à sa supercherie. Si la persuasion ne réussit pas, il faut alors brusquer les événements, et montrer au simulateur les risques de punition qu'il encourt s'il ne veut pas reconnaître sa fraude. Lorsqu'on échoue encore, ce qui nous est arrivé dans un cas de simulation d'amaurose bilatérale, il ne reste plus qu'à renvoyer le simulateur à son corps de troupe, en adressant un rapport détaillé, basé sur les faits cliniques qui établissent indubitablement la preuve de la simulation.

Il existe un très grand nombre de procédés et d'appareils dus à l'ingéniosité des médecins et des ophtalmologues pour déjouer ces simulations, en particulier celle de l'amblyopie et de l'amaurose unilatérales (nous signalerons en particulier la monographie très complète de K. Wick, Oberstabsarzt : *Ueber Simulation von Blindheit und Schwachsichtigkeit*, 1891). Comme nous ne pouvons les décrire tous, nous avons fait un choix qui a porté sur un assez grand nombre des procédés et des appareils les plus simples et les plus efficaces. Il est en effet nécessaire que le médecin expert soit bien armé vis-à-vis de certains simulateurs intelligents, qui ont pu se rompre à la pratique des moyens et des appareils les plus connus.

#### § 1. — Simulation de l'amaurose bilatérale.

La simulation de la cécité totale, absolue, est exceptionnelle, car elle exige de la part de l'intéressé une tension d'esprit et aussi une abnégation telles qu'il ne peut la soutenir longtemps. Aussi, dans un cas qu'il nous a été donné d'observer, notre sujet a profité de la première douche en pluie administrée deux jours après l'entrée à l'hôpital, pour passer de la cécité absolue à l'amblyopie forte qui lui permettait de s'alimenter seul et de se livrer à quelques occupations.

Après examen négatif de l'œil et du système nerveux, on se basera sur les recherches suivantes.

I. CAUSE INVOQUÉE. — Le sujet déclare généralement que la perte de la vision a été subite ou très rapide. Or une perte subite bilatérale de la vision ne va pas sans altérations oculaires manifestes, apparaissant tout au moins après trois à quatre semaines, ou sans symptômes cérébraux graves. Il ne pourra y avoir de doute que sur la possibilité d'une cécité hystérique, si le sujet invoque un traumatisme par exemple; on recherchera donc les signes de la névrose, mais il faut qu'ils soient nettement accentués.

II. ATTITUDE DU SUJET. — Le véritable amaurotique par atrophie papillaire a une démarche que ne peut imiter le simulateur : il avance hésitant, les bras en avant, la tête légèrement renversée en arrière, les yeux bien ouverts comme cherchant la lumière, le regard vague ne sachant se fixer sur rien; si l'affection date de quelques semaines, les yeux se mettent en position de divergence.

Le simulateur, au contraire, évite de fixer ou de chercher à fixer et affecte de heurter brutalement les objets; il tient presque toujours le regard dirigé vers le sol, avec les paupières demi-fermées, parfois même leur imprimant un clignotement excessif.

III. RÉACTIONS PUPILLAIRES. — A moins d'emploi d'un mydriatique ayant amené une mydriase bilatérale avec immobilité absolue des pupilles, celles-ci, chez un simulateur, ont une dilatation et une forme normales et répondent à toutes les excitations lumineuses avec autant d'intensité que chez un sujet normal;

on éliminera l'hystérie et les affections cérébrales bilatérales pouvant siéger au delà des corps genouillés externes.

Le rétrécissement de la pupille à la convergence et à l'accommodation existe également ; sa recherche n'est pas toujours facile car le sujet refuse obstinément de fixer. On pourra le faire apparaître par l'approche d'un rhéophore électrique que le sujet fixera sûrement après une première secousse (voir plus loin).

IV. ÉPREUVES DE SURPRISE. — 1° Chercher à provoquer l'*occlusion instinctive des paupières* soit en passant brusquement la main devant les yeux, soit en avançant rapidement contre les yeux un objet quelconque, soit en projetant subitement une lumière électrique vive.

2° *Commotion électrique*. — Chercher à provoquer cette occlusion en même temps que l'émotion du sujet, émotion qui se traduira par une sorte de contracture généralisée, par l'accélération du pouls, par une tendance au recul de la tête, en employant le *courant d'un appareil faradique* dont un des pôles sera placé dans l'une des mains du sujet, l'autre étant approché lentement au contact de l'extrémité du nez du sujet. Une commotion très courte et d'intensité modérée est suffisante ; à la seconde reprise, le sujet manifestera sûrement par les signes précédents qu'il voit le rhéophore s'approcher et qu'il en redoute le contact (Roth).

3° *Épreuves du sens musculaire*. — L'une d'elles consiste à faire porter l'index du sujet, à hauteur des yeux, dans diverses directions, en invitant le sujet à le suivre ; le véritable aveugle suivra ou cherchera à suivre son doigt, quoique lentement, le simulateur, à moins d'être au courant de l'épreuve, ne remuera pas les yeux ou les dirigera du côté opposé (Schmidt-Rimpler).

Dans une autre épreuve, on dit au sujet de choquer ses deux index l'un avec l'autre, ce que peut faire à tout coup un individu ayant les yeux fermés ou un aveugle ayant conservé son sens musculaire. Le simulateur croira devoir échouer tout au moins de temps à autre et fera l'épreuve maladroitement (Burchardt).

4° *Épreuve de Welz*. — On invite le sujet à s'efforcer de fixer un objet très rapproché qu'il tiendra lui-même, et on place alors brusquement devant l'un des yeux un prisme de 10 à 12°

à base externe ou interne ; si la vision binoculaire existe réellement, il se produit immédiatement une déviation de l'œil couvert par le prisme. Cette épreuve échoue souvent car le simulateur méfiant ne fait aucun effort de fixation.

V. MOYENS DIVERS. — On suggère au simulateur, en causant devant lui, certains symptômes comme accompagnant généralement son affection ou devant apparaître à bref délai ; il manifestera ces signes quelques jours après. Notre simulateur affectait un clignotement absolument invraisemblable, qui cessa après 48 heures, parce que nous avions dit devant lui que ce signe n'existait jamais dans les cas semblables au sien.

VI. SURVEILLANCE DE L'INTÉRESSÉ. — Elle devra être rigoureuse, et, si l'on peut, on y joindra l'isolement et on tâchera alors d'obliger le suspect à s'alimenter, en le mettant en demeure de prendre lui-même ses aliments placés en un endroit quelconque de la chambre.

S'il fume, on surveillera la façon dont il allume une cigarette : l'aveugle vrai y parvient difficilement, maladroitement en tout cas, le simulateur, par distraction, le fera correctement.

On pourra le conduire à la douche en pluie par exemple, le laisser se déshabiller et disposer lui-même ses vêtements sur une chaise ; pendant qu'il sera sous la douche, on fera tomber à terre, comme par mégarde, une partie quelconque de ses vêtements, et on examinera comment il s'y prend pour s'habiller.

On surveillera la manière dont il prend ses aliments, dont il se conduit, etc.

On a recommandé le repos forcé au lit avec application d'un pansement occlusif binoculaire au collodion ou à la colle d'amidon, pendant quinze jours à trois semaines, en faisant alimenter le sujet par un aide, comme un petit enfant. Ce moyen a échoué absolument chez notre sujet.

Chacun variera ces petits moyens suivant son ingéniosité et l'inspiration du moment.

#### § 2. — Simulation de l'amblyopie bilatérale.

Elle est fréquente et difficile à déjouer quand elle n'est pas portée à un degré excessif et surtout quand il existe soit un léger

trouble des milieux, soit une lésion du fond de l'œil, soit une amétropie. Il s'agit dans ces derniers cas d'exagération, ce qui rend le diagnostic plus délicat. Nous avons observé le plus souvent cette simulation chez des habitants de la campagne, surtout chez des bergers et des laboureurs.

Deux cas se présentent : ou bien le sujet allègue une amblyopie élevée, lui permettant à peine de se conduire, ou bien il allègue une amblyopie simplement suffisante pour le soustraire aux obligations du service militaire.

Il faut reconnaître la simulation et déterminer le degré de l'acuité visuelle.

Dans le cas où le sujet dit y voir à peine pour se conduire, on opérera comme il a été dit pour la cécité absolue, après avoir recherché s'il n'existe ni affection générale (diabète, albuminurie), ni intoxication (plomb, alcool, tabac, sulfure de carbone, etc.). Si la congénitalité est alléguée, on devra recourir à une enquête.

L'hystérie (y compris l'hystéro-traumatisme) détermine aussi de l'amblyopie bilatérale, mais celle-ci est généralement oscillante, plus accentuée sur un œil ; on recherchera des stigmates positifs de la névrose.

Si le sujet, ce qui est le cas le plus fréquent, accuse un certain degré d'acuité, on emploiera les procédés suivants :

1° On fait écrire au sujet son nom et on l'interrompt au milieu du mot par une question quelconque, puis on lui dit de continuer à écrire ; s'il replace la plume au point où il l'avait enlevée, c'est qu'il a une acuité d'au moins 1/10. Peu après, on tire un trait d'une netteté correspondante à l'écriture du sujet et on lui dit de le prolonger, s'il répond qu'il n'y voit pas assez pour le faire, c'est un simulateur (Roth).

2° Si le sujet dit ne pas reconnaître le doigt à hauteur du nez, on lui applique le procédé de l'électrode faradique (pag. 270).

3° Si l'on peut prendre le *champ visuel* sur un tableau, ne serait-ce qu'avec une bougie, le simulateur se croira obligé de donner un champ visuel, d'autant plus étroit qu'il s'éloignera davantage du tableau et il l'indiquera arrondi. La seconde fois, on opérera à une distance double de la première et avec un index de dimensions doubles si on n'emploie pas la bougie (Roth).

4° *Détermination de l'acuité visuelle à distance à différentes reprises* et en variant l'éloignement et les échelles et en s'aidant de moyens de surprise. Si l'acuité est de 1/3 à 5 mètres, elle doit avoir le même degré à 2 et à 3 mètres. On montrera au sujet des optotypes de même grandeur, mais de forme différente, en présentant les lettres, les signes ou les séries isolément pour éviter toute comparaison ; de même avec des objets divers et d'égales dimensions, crayons, porte-plumes, etc. On évitera également que le sujet suspect puisse évaluer la distance exacte à laquelle est placée l'échelle murale, en prenant l'acuité de chaque œil isolément, l'autre étant couvert, à travers un tube d'environ 0m,50 de long et de 5 centimètres de diamètre qui s'engage à travers un large écran destiné à masquer la vue des points de repère que le sujet pourrait prendre sur les objets voisins de l'échelle. Si le sujet donne, dans ces recherches, des acuités variables alors qu'elles devraient être égales, c'est qu'il simule.

Un sujet qui compte les doigts à proximité doit reconnaître les mouvements de la main sur fond noir, à quelques mètres, et la flamme d'une bougie à 5 mètres. D'après Groenow, tout individu qui ne peut reconnaître à 5 ou 6 mètres la lueur d'une bougie et qui peut se promener seul est un simulateur.

*Procédé de Barthélemy.* — Une grande glace est fixée sur un des murs de la salle d'examen et en face, sur le mur opposé, à la distance maximum de 4 à 5 mètres, se trouve une échelle d'optotypes composée de préférence avec des signes, fourchettes diverses, ou des lettres A, H, T, O, I (on peut à la rigueur employer une échelle de caractères ordinaires). Le sujet est d'abord tourné vers l'échelle et l'on note son acuité ; puis le faisant tourner vers la glace, on l'invite à lire les caractères qui s'y réfléchissent. Le simulateur se croit obligé de lire les mêmes caractères que dans sa première lecture sans se douter qu'il accuse ainsi une acuité visuelle beaucoup plus grande. On peut même le faire lire directement d'emblée dans la glace.

*Procédé de la jumelle.* — On recherche d'abord l'acuité à 3 ou à 5 mètres. On fait ensuite lire avec une jumelle de spectacle et adaptée pour un emmétrope ; le simulateur ne lira que jusqu'au même point que lors de la première recherche alors que son acuité devrait avoir doublé (Roth).