

accommodateur), et sous le nom d'ophtalmoplégie *externe*, ou *extrinsèque*, celle qui porte sur les muscles droits ou obliques (musculature extrinsèque de l'œil). Les formes aiguës de ces paralysies nucléaires se voient dans la polioencéphalite aiguë ou dans certaines intoxications et la diphtérie. Ces paralysies nucléaires suivent une marche chronique dans les scléroses cérébrales ou progressives; c'est probablement aussi aux paralysies nucléaires qu'appartiennent les cas d'ophtalmoplégies héréditaires, communes à plusieurs membres d'une même famille, qui ont été rapportées et dont il existe plusieurs exemples dans la science (*Académie de médecine*, séance du 1^{er} décembre 1896; cas du D^r Gourfein). Ces paralysies nucléaires se distinguent, des paralysies pédonculaires principalement par l'adjonction, aux signes de paralysies oculaires, de paralysie des nerfs dont les noyaux d'origine sont voisins de ceux des nerfs moteurs de l'œil; paralysie de l'hypoglosse, du trijumeau, etc. Il existe enfin des paralysies *congénitales* des muscles de l'œil qui siègent le plus souvent sur le moteur oculaire externe. Ces paralysies ont pour caractère de ne pas s'accompagner des contractures de l'antagoniste, ce qui fait que les yeux ne semblent dévier que dans le regard dirigé du côté du muscle paralysé. Dans certains cas, il existe du ptosis et une paralysie du droit supérieur: chez ces sujets, le droit supérieur manque généralement.

Traitement. — Les causes de ces diverses paralysies sont trop variables pour que le traitement pathogénique des paralysies oculaires puisse être exposé complètement par nous; nous empiéterions d'ailleurs sur les autres parties de ce traité où sont décrites les affections tuberculeuses et syphilitiques des organes cérébraux chez l'enfant. Pour remédier localement à la paralysie, il est peu de moyens; les prismes donnent des résultats très minimes. L'opération, telle que nous l'avons décrite à propos du strabisme, sera seule capable de corriger la déviation, d'autant qu'il existe en pareil cas une contracture de l'antagoniste qui est l'agent principal de celle-ci. Il convient toutefois d'attendre que la paralysie soit de date ancienne avant d'opérer.

IV. NYSTAGMUS. — Le nystagmus est un état spasmodique des muscles de l'œil dans lequel le globe est animé de mouvements courts, saccadés, toujours les mêmes. On distingue le nystagmus *oscillatoire* dans lequel l'œil va et vient latéralement, du nystagmus *rotatoire* dans lequel il tourne sur son axe antéro-postérieur. Ces deux mouvements sont souvent combinés. Le nystagmus est causé chez les enfants par une faiblesse congénitale de la vue qui peut tenir à diverses causes: opacités cornéennes suite d'ophtalmies, cataracte polaire, albinisme et vices prononcés de réfraction, rétinite pigmentaire. Le nystagmus ne se développe que quand la faiblesse visuelle existe avant que l'enfant ait appris à fixer; il résulte de ce que l'enfant, n'ayant pas d'images nettes, s'habitue à exécuter ces petits mouvements rythmés qui augmentent un peu la visibilité des objets. Il n'existe pas de moyen de le guérir.

VII

MALADIES DES VOIES LACRYMALES ET DE L'ORBITE

I. DACRYOCYSTITE. — Les maladies des voies lacrymales sont beaucoup plus rares chez les enfants que chez les adultes; par contre, les formes suppurées de la dacryocystite sont presque la règle chez l'enfant, alors que chez l'adulte elles comptent seulement pour 15 pour 100 environ dans le pourcentage des diverses variétés de cette maladie.

Les dacryocystites affectent une allure clinique différente suivant qu'elles se produisent chez le nouveau-né, qui en est encore assez souvent affecté, ou bien chez un sujet appartenant à la seconde ou à la troisième enfance.

A). DACRYOCYSTITE DES NOUVEAU-NÉS. — La dacryocystite des nouveau-nés se manifeste ordinairement vers le 10^e ou le 12^e jour de la naissance ou même un peu plus tard, par un catarrhe purulent qui paraît d'abord causé par une simple conjonctivite. La conjonctive est en effet rouge, mais d'un rouge pâle, tomenteux, et elle semble sécréter en abondance un pus bien lié. Les paupières sont peu gonflées, ce qui ne permet pas de croire à une ophtalmie aiguë, mais plutôt à une forme chronique, sécrétante, de la conjonctivite gonorrhéique. L'absence de rougeur au grand angle de l'œil n'attire pas l'attention sur la région du sac lacrymal, et la configuration un peu aplatie de la racine du nez chez l'enfant nouveau-né ne laisse pas apercevoir la saillie que fait souvent, chez les sujets plus âgés, le sac distendu. C'est alors l'échec du traitement dirigé contre la conjonctivite, la persistance d'une suppuration que ne modifie pas un traitement rationnel, qui dirige l'attention du côté des voies lacrymales. Une pression ascendante exercée sur la région du sac fait sourdre par les points lacrymaux, et parfois en grande abondance, un pus ordinairement assez liquide et bien lié, très jaune. Dès lors le diagnostic est établi.

Il est assez rare que chez l'enfant nouveau-né la dacryocystite prenne une allure phlegmoneuse et se termine par une ouverture spontanée au dehors et la formation d'une fistule. Habituellement c'est un catarrhe abondant du sac sans processus phlegmoneux. Le pus de la dacryocystite des nouveau-nés contient ordinairement du pneumocoque, et c'est là une des modalités de la conjonctivite à pneumocoques qui a été décrite par Parinaud. Il nous est arrivé pourtant une fois d'observer un enfant qui était venu au monde avec une dacryocystite très apparente sous la forme d'une tumeur lacrymale à parois rouges, enflammées. Le sac était très distendu et contenait 5 ou 4 centimètres de pus; dans ce pus, nous avons retrouvé un seul micro-organisme, un microcoque tétragène. Une dacryocystite simple s'est manifestée de l'autre côté, mais seulement quelques jours après la naissance et pendant que le premier œil était en traitement. Une autre fois nous avons examiné un enfant naissant qui présentait une double dacryocystite très apparente et se manifestant par un gonflement, d'un rouge lie de vin, de la région du

sac. Nous n'avons pas revu ce petit malade et l'examen bactériologique n'a pas été fait, mais l'enfant offrait les stigmates de la syphilis.

Le pronostic des dacryocystites de l'enfant nouveau-né, quelle que soit l'abondance du pus et même s'il existe un peu d'inflammation des parois du sac et de la peau, est dans la majorité des cas extrêmement bénin. La maladie guérit radicalement, ordinairement en assez peu de temps, et il ne persiste aucun larmolement à la suite. Dans quelques cas rares cependant, la dacryorrhée persiste malgré un cathétérisme soutenu. Ce pronostic diffère cependant de ce qui s'observera plus tard, car la dacryocystite suppurée de l'enfant plus âgé et de l'adulte se termine rarement par un rétablissement complet de la fonction de l'appareil lacrymal. Il convient de faire exception, naturellement, pour les dacryocystites syphilitiques, qui tirent leur gravité de l'état général alarmant du nouveau-né.

Traitement. — Les dacryocystites du nouveau-né doivent-elles être traitées, comme le seront toujours celles de l'adulte, chirurgicalement? C'est là une question importante à se poser, car l'ouverture des points lacrymaux et le cathétérisme des voies lacrymales est une manœuvre un peu incommode à pratiquer chez le nouveau-né, et d'ailleurs un certain nombre d'auteurs prétendent que ces dacryocystites se guérissent toujours d'elles-mêmes, par la compression du sac et de simples instillations d'un collyre au sulfate de zinc, qui agirait sur la muqueuse enflammée.

On pourra bien, effectivement, essayer pendant quelques jours la compression digitale du sac et les instillations caustiques, qui ne peuvent qu'améliorer le catarrhe et modifier heureusement l'inflammation de la muqueuse, mais nous soutenons que ce moyen, loin d'être infaillible, réussit très rarement. Au contraire, l'incision du point lacrymal et le cathétérisme sont un moyen ordinairement rapide et sûr. O. Becker conseillait, au lieu d'inciser le point lacrymal, de le dilater seulement avec une sonde conique; nous croyons, étant donnée l'abondance ordinaire de la suppuration du sac, qu'une incision partielle du canalicule, comprenant la moitié de l'étendue de ce conduit, vaut mieux. On agrandira d'abord le point lacrymal avec le stylet pointu, on fendra le canalicule avec un couteau de Weber boutonné, puis on passera une sonde de Bowman, n° 1, 2, ou 5 au maximum. Si la guérison tarde à se produire, on adjoindra aux cathétérismes le lavage des voies lacrymales au moyen de la seringue d'Anel. Une fois que le sac lacrymal distendu persistait à donner, malgré les cathétérismes et les lavages, une suppuration abondante, je parvins à tarir celle-ci en enfonçant dans le sac, par l'ouverture pratiquée, une petite perle de crayon de nitrate d'argent mitigé, montée sur l'extrémité d'une sonde. Cette cautérisation énergique de la paroi interne du sac amena une guérison définitive. La longueur de ce traitement varie de une à cinq semaines; mais le plus souvent la guérison survient après un ou deux cathétérismes, rarement du larmolement persiste.

B). DACRYOCYSTITE DES ENFANTS. — La dacryocystite des enfants âgés de quelques années est toute différente de celle des nouveau-nés. Ici, l'affection est primitive et ne dépend pas d'une infection conjonctivale concomitante :

presque toujours même elle est d'origine osseuse et s'observe chez les scrofuloux. C'est vers l'âge de 7 ou 8 ans que la dacryocystite se voit ordinairement, et encore est-elle rare. Ici, pas de période aiguë au début, et peu ou même pas de catarrhe purulent de la conjonctive; les paupières sont seulement collées aux angles, le matin. Le développement de la racine du nez permet généralement d'apercevoir la voussure que forme le sac distendu en dedans du grand angle de l'œil, et la pression sur la région fait sourdre par les points lacrymaux, non pas du pus en nature, mais une matière gommeuse, épaisse et striée de jaune, comme dans la dacryocystite chronique de l'adulte. Cette dacryocystite chronique est parfois traversée de poussées aiguës au cours desquelles la peau s'enflamme, rougit et se perforé, pour donner lieu à l'établissement d'une fistule. Celle-ci se ferme par une croûte, se rouvre, se referme jusqu'à devenir un orifice permanent, laissant échapper des larmes pures, quand la suppuration du sac est tarie et que la peau a repris son aspect normal.

Le pronostic de la dacryocystite chez l'enfant, loin d'être aussi favorable que celui de la dacryocystite des nouveau-nés, est assez fâcheux en raison du larmolement qui persiste souvent un peu, et des lésions indélébiles de l'angle interne de l'œil lorsqu'une fistule s'est établie. Le pronostic est encore plus défavorable s'il existe des lésions osseuses.

Traitement. — Le traitement consistera dans le débridement large des canalicules, le cathétérisme et les lavages suivant la méthode de Bowman et d'Anel. Lorsque la suppuration se prolonge ou qu'il s'est établi une fistule, il sera nécessaire d'agir directement sur le sac, soit par un curettage de celui-ci après ouverture par la voie de la peau, soit par sa destruction ignée au moyen du thermo-cautère, soit par une ablation radicale du sac, opérée par dissection après qu'on aura pratiqué une incision curviligne au niveau du grand angle de l'œil. En même temps, il est de toute nécessité d'agir sur l'état général de l'enfant, surtout si le passage de la sonde a révélé des lésions osseuses; celles-ci sont même parfois telles que la sonde se heurte à un obstacle infranchissable et solide. On administrera de l'iodure de potassium ou des préparations iodurées diverses.

II. ANOMALIES CONGÉNITALES DES VOIES LACRYMALES ET DE L'ORBITE. — Les anomalies des voies lacrymales consistent surtout dans l'absence des points ou des canalicules lacrymaux, parfois dans une multiplication de ces points et canaux qui sont doubles, soit à la paupière inférieure ou supérieure, soit aux deux à la fois.

Les anomalies de l'orbite qui intéressent le plus l'ophtalmologiste sont celles qui portent sur le contenu de la cavité orbitaire : le globe de l'œil et le tissu cellulo-vasculo-nerveux dont il est environné.

Les anomalies du globe de l'œil peuvent consister dans une dilatation générale de toute la coque oculaire, et l'œil présente la conformation désignée sous le nom de *mégaloptyalmie*, ou plus généralement de *buphtalmie*. Cet état congénital offre les mêmes caractères que la buphtalmie acquise, consécutive à des leucomes adhérents ou étendus de la cornée.

Une anomalie inverse et plus fréquente est la *microptyalmie*, dans

laquelle l'œil est réduit à un très petit volume, tout en n'ayant perdu, en apparence, aucun de ses traits principaux. La cornée est réduite d'étendue, mais elle est claire et parfois assez régulière comme forme; l'iris est en place, mais la pupille offre une réaction faible ou souvent plutôt nulle. Le cristallin est ordinairement déformé et opacifié, les membranes profondes offrent des altérations graves, et, d'ailleurs, un œil de ce genre est inapte à toute vision. Souvent la microphthalmie s'accompagne de la présence, aux côtés de l'œil réduit, d'un *kyste séreux intra-orbitaire* en connexion avec lui. La genèse de ce kyste et sa communication apparente ou réelle avec l'œil microphthalmie a donné lieu à de longs débats scientifiques. Beaucoup d'auteurs admettent que ces kystes se forment aux dépens de l'œil, ce qui en amène l'atrophie, et ils pensent que ces kystes sont constitués par un diverticulum des parois du globe et même de ses membranes profondes dégénérées, ou du vitré. Panas a observé un de ces cas où le kyste, nettement indépendant de l'œil, d'ailleurs sain, était doublé d'un épithélium cylindrique stratifié; il en conclut que ces kystes sont des inclusions fœtales de l'ectoderme.

On décrit sous le nom d'*anophtalmie* des cas où le globe de l'œil semble manquer d'une manière complète. Les paupières, difficiles à écarter, à moitié soudées l'une à l'autre, laissent pénétrer à grand'peine le doigt ou un instrument explorateur, et l'orbite semble vide. Cependant les auteurs s'accordent à considérer ces cas, en général, comme des faits de *cryptophtalmie* plutôt que d'*anophtalmie* vraie, car la dissection anatomique des parties montre ordinairement des vestiges microscopiques de l'œil, noyés dans le tissu cellulaire. L'*anophtalmie* double est plus fréquente que l'*anophtalmie* unilatérale.

La *cyclopie* s'observe chez les monstres mort-nés, tandis que l'*anophtalmie* peut se voir chez des enfants vivants et d'ailleurs normalement constitués. Cette malformation consiste en ce qu'il existe un œil unique qui siège au milieu de la face dans une cavité losangique qui représente une orbite unique, réunion des deux orbites. De même l'œil unique du cyclope représente la fusion des deux yeux, et si l'on y trouve en général une coque oculaire commune, l'iris est ordinairement percé de deux ouvertures et il s'y rencontre deux cristallins. Dans la plupart des cas, l'œil cyclope est surmonté d'une sorte de trompe, ou *proboscide*, qui représente le nez transporté au-dessus de l'œil.

Les *anomalies des tissus de l'orbite*, vaisseaux, nerfs ou tissu cellulaire, consistent en des *kystes congénitaux dermoïdes ou séreux* qui coïncident souvent avec la microphthalmie. Ces kystes ont pour siège de prédilection la partie inféro-interne de la cavité orbitaire. On rencontre aussi, dans l'orbite, des *angiomes* profonds et cette singulière néoplasie connue sous le nom de *névrome plexiforme* et qui consiste dans une tumeur molle diffuse, constituée anatomiquement par du tissu cellulaire hyperplasié, mélangé de fibres nerveuses disséminées et réduites à l'état de fibres de Remak. Les névromes plexiformes siègent le plus ordinairement dans la région antérieure de l'orbite et envahissent en dehors le tissu sous-cutané de la paupière et du sourcil.

III. PHLEGMASIES ET TUMEURS ORBITAIRES. — Les inflammations de l'orbite sont rares chez l'enfant; cependant, on en observe encore de temps à autre à la suite d'une plaie avec corps étranger de la région des paupières ou du sourcil, ou même d'une opération, telle que celle du strabisme, ayant porté sur la capsule ténonienne et étant suivie d'infection. Le *phlegmon orbitaire* se reconnaît au gonflement rapide des paupières et de la région sourcilière, à la douleur vive, à l'immobilité de l'œil en protrusion complète et à la couleur phlegmoneuse des tissus. De même que le phlegmon aigu, on peut observer la *thrombo-phlébite orbitaire*, s'accompagnant des mêmes signes extérieurs à peu près, avec cette différence que la peau offre une coloration moins rouge, que l'affection est généralement double et caractérisée par une phlébite infectieuse ascendante des veines de l'orbite jusqu'au tronc de la veine ophtalmique et au sinus. Elle se produit dans le cas d'érysipèle ou de furoncle de la face, dans les plaies septiques des lèvres, du nez ou des gencives.

Ces deux affections sont graves et seront traitées par des incisions larges et une désinfection soignée en profondeur.

Les *abcès chroniques* de l'orbite s'observent aussi chez l'enfant, mais dans la seconde et la troisième enfance seulement. Ce sont des abcès osseux de nature tuberculeuse et qui donnent lieu à de l'exophtalmie latérale dont la direction indique le siège de la poche purulente. S'il existe des signes concomitants d'une lésion osseuse et surtout si l'on découvre une fistule au voisinage, on sera conduit à songer à la possibilité d'un abcès froid orbitaire. Faute de ces données, il sera ordinairement difficile de poser un diagnostic sans le secours de la ponction exploratrice, qui viendra lever tous les doutes. C'est d'ailleurs le procédé de diagnostic obligé dans tout cas d'exophtalmie, lorsque celle-ci ne s'accompagne pas des battements ou du souffle qui témoignent avec certitude d'une affection de nature vasculaire.

Les *anévrismes de l'orbite*, qui causent l'*exophtalmie pulsatile*, se voient en effet parfois chez l'enfant, encore que le fait soit également rare. Sattler a relevé trois cas d'anévrismes artério-veineux de la carotide, d'origine traumatique, chez des sujets de 5 à 15 ans, et d'autres auteurs en ont observé depuis. L'existence du souffle, d'un frémissement à la palpation, de battements, ne laisse prise à aucun doute et ne permet pas de recourir à la ponction exploratrice.

Certaines tumeurs vasculaires enkystées, des *angiomes kystiques* ou des *kystes sanguins traumatiques* se conduisent par contre comme des tumeurs inertes, donnant lieu à de l'exophtalmie, mais sans présenter aucun souffle ni battement. La ponction exploratrice vient alors éclairer le diagnostic.

Comme traitement, la ponction simple, s'il s'agit d'un kyste traumatique simple consécutif à une fêlure osseuse des parois de l'orbite; s'il existe un angiome kystique multiloculaire, nous conseillons l'application de l'électrolyse, qui nous a donné un beau succès dans un cas d'angiome qui avait résisté à des ouvertures larges et multiples et à des drainages consécutifs.

Le traitement de l'anévrisme artério-veineux de la carotide devra être envisagé au chapitre approprié de la chirurgie générale; il semble que la ligature de la carotide primitive soit seule capable de donner un résultat à peu près complet.

Les *tumeurs solides* de l'orbite les plus communes chez l'enfant sont la *sarcome* et l'*ostéome*. Toutes deux donnent lieu à de l'exophtalmie, et leur différence tient à leur consistance et à leur évolution; très lente dans l'ostéome, celle-ci est assez rapide généralement dans le sarcome. On observe ces tumeurs dès le premier âge, et nous avons opéré de sarcome orbitaire deux enfants âgés de 4 et 6 mois.

Dès le moment où l'exophtalmie a témoigné de l'existence d'un néoplasme intra-orbitaire et que la ponction exploratrice n'a pas fourni de liquide, il s'impose qu'il s'agit d'une tumeur solide. La conduite à tenir est unique: s'il n'existe pas de raisons spéciales d'abandonner l'enfant à son mal, il faut pratiquer l'extirpation de la tumeur et, pour cela, pratiquer l'*exentération* totale de la cavité orbitaire. Cette opération peut se faire sans danger, même chez les enfants très jeunes; mais il faut bien reconnaître que, malgré son indication formelle, elle est loin d'être efficace et de mettre à l'abri des récidives, lorsqu'il s'agit de sarcome surtout.

VIII

ANOMALIES DE LA RÉFRACTION

L'œil normal est dit *emmétrope* et sa construction optique est telle que le faisceau parallèle des rayons lumineux qui pénètre par sa pupille vient se réunir exactement, et en un même point, sur la rétine. Les anomalies de ce type normal sont au nombre de trois: l'*Hypermétropie*, la *Myopie*, l'*Astigmatisme* ou *Astigmie* (G. Martin).

Méthodes de diagnostic. — Le diagnostic de ces états divers de la réfraction statique n'est pas toujours très facile chez les enfants, car ceux-ci ne savent guère, jusqu'à un âge déjà avancé, reconnaître et expliquer un trouble dans leur vue. Il faut que le trouble visuel soit très accusé — et le cas est rare — pour que les parents reconnaissent le défaut de l'organe avant le moment où les enfants commencent des études un peu sérieuses, c'est-à-dire avant l'âge de 7 ou 8 ans. A ce moment seulement, ou même plus tard, vers 9 ou 10 ans, les enfants se plaignent d'incertitude dans leur vue, ou plutôt leurs maîtres savent renseigner les parents à ce sujet. Amenés à l'oculiste, ces enfants, jusqu'à l'âge de 9 ou 10 ans et même quelquefois plus, savent rarement répondre correctement au sujet de la valeur des verres qu'on leur essaie pour corriger leur défaut de réfraction. Il faudra donc s'attendre, jusqu'à la fin de la seconde enfance au moins, à être obligé de faire le diagnostic de l'amétropie et d'en établir la correction par les verres, au moyen de l'*examen objectif* seulement et sans consulter l'enfant. Nous possédons heureusement pour ces examens une méthode très simple dans sa mise en pratique: c'est celle qui consiste à observer le jeu de l'ombre et de la lumière

dans la pupille; elle est due à Cuignet, médecin militaire français, et porte communément le nom de *skiascopie*. Voici en quoi elle consiste: on se place dans une chambre obscure avec une lampe posée un peu en arrière de la tête de l'enfant à examiner et l'on s'arme d'un miroir ophthalmoscopique *plan* en se tenant éloigné de 1^m,50 environ. On projette un faisceau de lumière avec le miroir sur l'œil à examiner et l'on fait mouvoir alternativement le miroir de gauche à droite et de droite à gauche sur le manche comme pivot. Dans ces mouvements répétés, la pupille apparaît à l'observateur qui regarde par le trou du miroir, tour à tour éclairée et obscure, et l'ombre qui remplace la lumière arrive tantôt de droite, tantôt de gauche. Et alors voici la clef du diagnostic: *Lorsque l'ombre marche dans le même sens que les mouvements du miroir, c'est l'hypermétropie; lorsque l'ombre marche en sens inverse des mouvements du miroir, c'est la myopie.*

Dans l'œil emmétrope, l'ombre et la lumière arrivent simultanément de la droite et de la gauche, ou en tout cas la pupille s'éclaire ou s'obscurcit d'une façon presque simultanée sur toute sa surface, et non pas graduellement et par un côté comme dans les cas précédents.

Pour calculer ensuite le degré de l'amétropie, on placera devant l'œil hypermétrope des verres convexes et devant l'œil myope des verres concaves de plus en plus forts, et l'on répétera la manœuvre du miroir. Quand la marche de l'ombre changera de sens, ou mieux quand l'ombre, arrivant des deux côtés à la fois, témoignera que l'œil donne la réaction emmétropique, c'est que la correction sera parfaite et que l'œil aura été ramené au type normal par les verres. Le numéro du verre trouvé ainsi indiquera le degré de l'hypermétropie ou de la myopie.

1. **HYPERMÉTROPIE.** — Dans l'hypermétropie, la réfraction est inférieure à la normale et les rayons lumineux ne peuvent se réunir sur la rétine. Si l'accommodation n'entraîne en jeu pour augmenter la puissance réfractive et corriger tout ou partie de l'hypermétropie, les hypermétropes n'auraient jamais une vision nette des objets. Seulement, comme la puissance accommodative est très forte chez l'enfant, bien plus forte même qu'il n'est nécessaire pour la vision de près, qu'il existe en somme chez lui un surcroît de pouvoir accommodatif inutilisé dans les circonstances ordinaires, cet excès d'accommodation sert chez les hypermétropes à corriger leur défaut de réfraction. C'est ce qui fait que souvent l'hypermétropie passe inaperçue même pendant longtemps, jusqu'au moment des études, où la fatigue ciliaire due à l'excès de travail accommodatif occasionne des troubles dits *asthénopiques* qui se caractérisent par des douleurs de tête, un sentiment de poids autour des yeux, au front, et des brouillards visuels survenant après quelques instants d'application. D'autres fois, l'hypermétropie ne se révèle que par le fait de l'apparition d'un strabisme convergent, intermittent ou alternant, qui témoigne d'une augmentation de la convergence causée par le travail excessif de l'accommodation.

Diagnostic. — Guidé par le récit des troubles asthénopiques ou par la constatation d'une tendance au strabisme, le médecin reconnaîtra l'hypermétropie au moyen de la skiascopie, suivant la règle posée plus haut: l'ombre