

extrémités s'accomplit dans l'intérieur du crâne, et que la circulation cérébrale est aussi languissante que celle des extrémités : en d'autres termes, qui voit les mains et la face de madame, voit aussi son encéphale. Cette malade a *froid au cerveau*.

« La langueur de la circulation encéphalique produit un état de dystrophie du cerveau et du bulbe qui pourrait bien ultérieurement entraîner le ramollissement de certains points.

« En tous cas, les attaques d'éclampsie sont symptomatiques de cette nutrition plus particulièrement insuffisante de quelques points de la région du bulbe ; et les phénomènes vagues de trachélisme indiqués par la malade sont l'indice de cet état presque habituel de la région bulbaire.

« De même, l'hébétude incomplète, l'amnésie verbale, les rires sans motifs me paraissent symptomatiques des mêmes troubles trophiques de certaines régions du cerveau, et particulièrement de la substance corticale et des lobes antérieurs.

« La ménopause a révélé, en l'exagérant, cet état morbide de la circulation encéphalique.

« Ce qu'il importe de faire me paraît être de stimuler la circulation et de faire agir ce qui reste encore de valide dans la musculature cardio-vasculaire, et d'entraver, s'il est possible, le travail de dégénérescence.

« En conséquence, je propose d'employer à l'intérieur l'éther, sous forme de perles (4 par jour), le café noir (60 grammes d'infusion à la fin de chacun des deux principaux repas), la valériane en infusion (une tasse matin et soir), l'iodure de potassium (à la dose de 1 à 2 grammes, une cuillerée à soupe de solution avec sirop d'écorce d'oranges amères avant chacun des deux principaux repas).

« Une alimentation réparatrice sans excès et un peu de bon bordeaux après le potage.

« A l'extérieur un bain de sel de Pennès deux fois par semaine, de vingt minutes de durée, à 30 degrés centigrades; des frictions stimulantes sur la nuque et la région dorsale (lieu d'origine des nerfs cardiaques et splanchniques), ainsi que sur les membres supérieurs, avec une brosse anglaise imbibée de baume de Fioraventi.

« Si les bains et les frictions produisaient, comme je l'espère, un bon effet, une saison thermale à Bourbonne-les-Bains serait indiquée. »

Quoi qu'il en puisse être de ce traitement, le fait est qu'à la suite la malade alla mieux : l'intelligence était lucide, la parole, facile et les forces satisfaisantes; il n'y avait pas eu de retour des attaques éclamptiques, lorsque, à la suite d'une promenade, une « douleur vive et subite se fit sentir dans l'œil droit, d'où elle s'étendit dans différentes parties de la tête, et fut suivie de frémissement dans la main gauche et d'affaiblissement des deux membres du côté gauche, sans embarras de la parole ni de l'entendement. »

Il est difficile de ne pas voir, dans ce récit de la malade et des assistants, les symptômes d'une petite attaque d'apoplexie, consistant probablement en une très petite hémorragie, peut-être au voisinage d'un des tubercules quadrijumeaux droits (douleur directe dans l'œil droit et paralysie croisée à gauche). Quand je vis la malade deux jours plus tard, à Versailles, il y avait de la faiblesse de la vue à droite et un peu de difficulté dans la marche : évidemment la malade était légèrement hémiplegique à gauche. Ces accidents disparurent au bout de huit à dix jours.

Depuis, la malade alla mieux par rapport aux fonctions intellectuelles et physiques — mais voici que d'autres phénomènes morbides apparurent, pour lesquels on me demanda de nouveau mon avis, et que je crois pouvoir localiser dans le département des pneumogastriques : ces troubles consistaient en une sensation douloureuse, depuis la gorge jusqu'à l'estomac, nausées, vomissements, selles liquides et battements de cœur très violents et très irréguliers; d'autres fois il y a une sorte de constriction à la gorge, gênant la parole et empêchant d'élever la voix.

Deux mois après mon premier examen, de l'œdème s'était montré aux malléoles et j'avais pu entendre un bruit de souffle très circonscrit à la base et au premier temps, tenant à un léger rétrécissement aortique. On m'écrivait en septembre, de Limoges, que l'œdème malléolaire avait augmenté.

Le 15 et le 23 août, puis le 11 septembre, nouveaux symptômes consistant en malaise général avec frisson, lourdeur de tête,

difficulté de trouver ses mots, et envies de pleurer, « car la malade, m'écrivit mon ami le docteur Boudet, malgré son affaiblissement intellectuel, se rend bien compte de la gravité de son état. »

A la suite de chacune de ces attaques, la faiblesse avait augmenté, et tout ce que désirait le médecin, c'était la persistance du *statu quo*.

On avait cessé l'iodure de potassium; mais on avait continué l'usage de la valériane à l'intérieur, ainsi que du vin de quinquina au malaga (trois cuillerées par jour seulement, mais la malade n'avait jamais bu que de l'eau); on continuait également les bains de sel de Pennès, à la suite desquels la malade se trouvait toujours soulagée, et enfin les frictions stimulantes.

Je dois ajouter ici que le frère de cette dame avait un an auparavant succombé, à quarante-huit ans, aux accidents ultimes d'une affection du cœur.

Maintenant, supposez qu'on ne sût pas que la malade dont je vous parle avait une affection généralisée du système circulatoire, comment comprendrait-on cette succession de symptômes cérébraux dissemblables? On en serait réduit à la considérer comme ayant quatre ou cinq maladies successives (de l'épilepsie, de l'apoplexie, de l'aphasie, un ramollissement inflammatoire partiel, des spasmes nerveux, etc.). Tandis qu'au contraire, sachant que sa canalisation artérielle encéphalique était défectueuse et que le sang y était d'ailleurs mal lancé par un cœur devenu lui-même malhabile, on saisit l'agent morbide sur le fait, pour ainsi dire, dans chacun de ses actes divers: accumulation passive du sang auprès du bulbe, attaque d'éclampsie; rupture d'un petit vaisseau, apoplexie par hémorragie; arrêt plus ou moins complet de la circulation par coagulation dans une artériole, symptômes de ramollissement limité; ischémie des origines des pneumogastriques, névrose plus ou moins bien accusée de ces nerfs. Ainsi, toujours et partout dans cet encéphale, vous voyez qu'il s'agit de perturbations fonctionnelles par troubles de la circulation locale.

Je pourrais multiplier les exemples de ces faits d'épilepsie de la vieillesse — je veux dire d'éclampsie. — Je pourrais vous citer

entre autres le cas d'une dame qui eut pour la première fois de formidables attaques épileptiformes à *quatre-vingt-deux* ans; et qui, après « être devenue épileptique à un si grand âge, » comme disait son médecin ordinaire, succomba à une attaque d'apoplexie. C'est, en effet, assez souvent de la sorte, et vous en comprenez maintenant la raison, que finissent ces faux épileptiques: le diagnostic vrai de l'accident et la connaissance de sa cause prochaine impliquent donc le pronostic; c'est ce qui motive et justifie les détails sur lesquels j'insiste. Il n'est pas un médecin d'asiles de vieillards, pas une des religieuses qui les soignent, qui ne sache que « ces épileptiques-là » finissent ainsi, quand ils ne meurent pas par un ramollissement progressif du cerveau ou dans la démence sénile, ainsi que j'ai pu maintes fois le constater à l'asile de La Rochefoucauld.

Je préfère maintenant, messieurs, vous parler d'accidents assez singuliers en apparence, directement liés à la dégénérescence athéromato-calcaire des artères, et dont vous allez comprendre l'importance: il s'agit d'*hémorrhagies*.

Tout récemment, j'étais appelé dans une petite ville des environs de Paris pour donner mon avis « sur un accident des plus graves » arrivé à une dame de soixante-dix ans. L'avant-veille, la malade avait senti comme une déchirure dans son œil droit, puis une douleur s'en était suivie, avec vertiges, nausées, vomissements; un peu après il y avait eu de la céphalalgie avec lourdeur de tête; mais le tout sans perte de connaissance comme sans altération du mouvement ni de la sensibilité. Cependant, peu à peu l'œil droit s'était gonflé outre mesure, et avait fini par faire une énorme saillie hors de l'orbite. Grand effroi de la dame et de la famille. Le médecin n'était pas plus rassuré: il croyait à un phlegmon de l'œil, bien qu'il n'y en eût aucun signe, et pensait devoir appeler un spécialiste pour ponctionner l'œil ou le débrider. En attendant, il n'était pas resté oisif: il avait mis des sangsues derrière les oreilles, purgé la pauvre dame de façon à la faire aller une vingtaine de fois à la garde-robe, prescrit une diète rigoureuse, appliqué sinapismes sur sinapismes, et il se promettait bien de couronner l'œuvre par un vésicatoire; de façon que, lorsque je

vis la dame, elle était vraiment devenue malade, mais ce n'était pas de son accident qu'elle l'était.

En réalité, il n'y avait pas à tant batailler, il n'y avait rien à faire qu'à attendre la résorption du caillot, car c'était d'un exorbitis par hémorrhagie intra-orbitaire qu'il s'agissait. Je dis du mieux que je pus que la médication antérieure avait été suffisante, que le vésicatoire en était devenu inutile, et qu'il suffirait, pour continuer l'amélioration, d'appliquer sur l'œil des compresses d'eau fraîche. C'est ce qu'on fit, en revenant peu à peu à l'alimentation; mais, malgré mon assurance qu'on pouvait donner davantage, on ne voulut d'abord alimenter la pauvre femme qu'avec du bouillon coupé, un œuf à la coque ou une pomme cuite. Car il faut bien que vous sachiez qu'en présence d'un accident qui l'effraye, le populaire veut une médication tumultueuse et se fait le complice volontaire, quand il n'en est pas l'instigateur direct, de tous les méfaits médicaux. Aussi n'acceptait-on mes compresses d'eau fraîche que parce qu'on avait fait antérieurement un traitement de nature à calmer les appréhensions. En pareil cas, comme vous ne pouvez changer la sottise ni la lâcheté humaines, faites à peu près ce que j'ai fait; seulement, au lieu que vos compresses soient imbibées d'eau fraîche, qu'elles le soient avec de l'eau additionnée d'extrait de ratanhia; faites appliquer quelques sinapismes et prescrivez solennellement un lavement purgatif; tout cela est innocent, et fera ce bien au malade qu'on n'ira pas, derrière vous, chercher un autre médecin, peut-être plus téméraire, et certainement alors malfaisant.

Pour en revenir à la malade et à son cas, vous allez voir si, envisagé dans tous ses détails, le fait était sans intérêt. Il était évident qu'il y avait eu là déchirure d'une des artères ciliaires longues, artères flexueuses, comme vous savez, pour se prêter aux mouvements du globe de l'œil (flexueuses, c'est-à-dire soumises à la loi des courbures); il était non moins évident que le sang s'était accumulé dans l'orbite, ne pouvant s'échapper au dehors; qu'il avait refoulé la capsule de Ténon, produit le chémosis et l'exorbitis; et, comme l'œil était repoussé en dehors, il était encore évident que c'était l'artère ciliaire longue interne qui s'était rompue. Voilà pour le diagnostic de l'accident.

Mais pourquoi cette artère s'était-elle rompue? et nous arrivons au diagnostic de la cause de l'accident: parce que cette artère était altérée dans ses parois et que l'altération était athéromato-calcaire: en effet, le pouls radial était dur, et l'artère manifestement flexueuse; l'aorte était dilatée, car elle avait 6 centimètres de diamètre au lieu de 3 et demi à 4 au maximum; son endartère était altéré, car on percevait sur toute l'étendue du vaisseau ascendant un premier bruit sec et soufflant. Ainsi la lésion de l'artère ciliaire n'était qu'un cas particulier d'une dégénérescence généralisée du système artériel; ainsi l'hémorrhagie intra-orbitaire n'était qu'un cas également particulier d'une disposition générale à la rupture du système artériel; de sorte que, si le pronostic de l'accident actuel était bénin, il n'en pouvait être ainsi du pronostic de l'avenir de cette dame, et qu'il fallait avertir sa famille, comme nous le fîmes, qu'un jour peut-être une *hémorrhagie de même nature* s'accomplirait, non plus dans la cavité de l'orbite, mais *dans celle du crâne*, et que la malade serait alors frappée d'une *attaque d'apoplexie* qui pourrait être fatale. Mais vous comprenez bien que si j'avais examiné la radiale, percuté et ausculté l'aorte, et découvert ce que je viens de vous dire, c'est parce que je pensais que la rupture était due à une lésion athéromato-calcaire d'un des vaisseaux intra-orbitaires et que je voulais, par la certitude de l'existence d'une lésion semblable dans la radiale et dans l'aorte, vérifier mon hypothèse et donner à mon diagnostic comme à mon pronostic une assurance qui, sans cette investigation, leur eût absolument fait défaut (1).

(1) Tout ceci était imprimé dans la 1^{re} et dans la 2^e édition de ma *Clinique* (1873 et 1877); eh bien! je ne veux ici ni poser pour le « prophète après coup » ni faire le « faux modeste »; mais il m'est impossible de ne pas être un véridique historien: le 10 mai 1878 (six ans après ce pronostic motivé de l'avenir du cerveau de cette dame), j'étais appelé à sa résidence de Saint-Mandé, par le docteur Foucher, pour constater une attaque d'apoplexie foudroyante, consécutive à une hémorrhagie cérébrale. La malade, hémiplegique du côté droit, et absolument privée de connaissance, succomba trois jours après, sans l'avoir recouvrée. L'hémorrhagie intra-cérébrale, de même origine que l'hémorrhagie intra-orbitaire, avait été bien autrement redoutable: affaire de siège et d'organe lésé. — Je mentionne le fait pour qu'on le retienne. Celui que je rapporte à la suite dans le cours de la leçon, et qui a été observé par Desmarres et par moi, est presque analogue; et tous deux méritent d'être médités (août 1879).

Qu'une attaque d'apoplexie soit, en effet, un accident à prévoir et à prédire au cas d'hémorrhagie circum ou intra-oculaire, voici un fait qui le démontre et qui fait honneur à la sagacité d'un oculiste de talent, M. Desmarres père. Un jour un magistrat s'aperçut avec terreur, après avoir éprouvé un très léger étourdissement, qu'il voyait de l'œil droit tous les objets comme à travers un nuage rouge. Il courut aussitôt chez l'oculiste, qui essaya de le rassurer sur la nature de son accident actuel, et lui dit que ce n'était qu'une légère hémorrhagie de l'un des ramuscules de l'artère centrale de la rétine. Mais, comme le malade se disait « philosophe » (c'était, en effet, un esprit très éclairé), et qu'il voulait savoir le fond et le fin des choses, il supplia l'oculiste de ne lui rien celer. « C'est une apoplexie dans l'œil, lui dit alors celui-ci. — Mais encore ? — Elle est limitée aujourd'hui, mais elle pourrait bien se reproduire un jour, et plus intense et plus redoutable, si un vaisseau plus volumineux se rompait et que ce vaisseau fût intra-cérébral au lieu d'être intra-oculaire. » Le magistrat, soi-disant philosophe et esprit fort, n'en demanda pas davantage et revint chez lui en proie à l'agitation la plus vive que j'aie jamais vue : il n'avait pas peur de la mort, oh ! non, à de pareils sentiments son âme était inaccessible ! mais il aurait désiré quitter la vie autrement. Malheureusement il n'avait pas le choix et, trois ans après son accident intra-oculaire, le pauvre homme, qui, dans les premiers mois, et malgré mes encouragements, était devenu presque fou de peur, succomba en quelques heures à une apoplexie cérébrale foudroyante. Ce qui prouve au moins deux choses, à savoir, la justesse du pronostic de l'avenir en pareil cas et la nécessité de n'en rien dire au malade, surtout s'il est « philosophe ».

S'il est vrai, messieurs, en anatomie générale, qu'on doive envisager l'œil comme un prolongement extérieur du cerveau, cela n'est pas moins vrai en bonne médecine clinique, aussi ai-je coutume d'explorer attentivement le globe de l'œil et de faire ce que j'appelle la séméiotique de l'œil externe. J'entends par l'œil externe tout ce qui est immédiatement accessible à la vue sans le secours d'aucun instrument, c'est-à-dire la cornée transparente, la sclérotique, l'iris et le cristallin.

Je vous ai trop souvent parlé de la valeur du cercle sénile de la cornée pour y insister à nouveau en ce moment ; mais l'état de la sclérotique a bien sa valeur : vous serez fréquemment consultés par des vieillards pour des *hémorrhagies sous-conjonctivales* de la portion sclérotidienne du globe de l'œil, allant parfois jusqu'à produire un *chémosis* qui forme à la cornée un bourrelet sanglant. Ils en sont quelquefois fort effrayés et n'ont pas si grand tort ; car cela signifie dégénérescence graisseuse des petits vaisseaux sous-conjonctivaux. Ces hémorrhagies sous-conjonctivales se produisent le plus fréquemment sur la partie découverte du globe de l'œil, et je les ai observées le plus souvent à l'angle externe. C'est surtout pendant le sommeil qu'elles se produisent ; au moins est-ce le matin que les individus s'en aperçoivent. Elles surviennent aussi à la suite de travaux fatigants, de veilles prolongées ou de quintes de toux chez des sujets jeunes encore ; elles n'ont pas alors la grave signification pronostique qu'elles acquièrent dans la vieillesse. Quant aux hémorrhagies spontanées qui se produisent dans l'intérieur de l'œil, elles ont plus d'importance encore que celles dont je vous parle, attendu qu'elles résultent de la rupture d'une division de la carotide interne, c'est-à-dire de l'artère qui dessert la circulation cérébrale ; tandis que les hémorrhagies sous-conjonctivales sont fournies par des divisions de la carotide externe. Cependant défiez-vous, même dans ce dernier cas ; cherchez attentivement si le pouls radial n'est pas dur et l'artère flexueuse ; s'il n'y a pas de souffles, de bruits secs ou de battements dans l'aorte, et si celle-ci n'est pas dilatée ; cherchez encore si ces mêmes souffles ne se font pas entendre à la base du cœur au premier et même au second temps, et souvent ainsi vous serez conduits à découvrir une dégénérescence vasculaire et cardiaque que rien jusqu'alors n'avait fait soupçonner.

D'autres fois, au lieu d'hémorrhagies vous pourrez constater de petits *dépôts de pigment* le long des divisions les plus fines des vaisseaux qui rampent dans la portion découverte du globe de l'œil. Ces vaisseaux sont eux-mêmes tortueux, dilatés, variqueux. La teinte générale de la conjonctive scléroticale à ce niveau est jaunâtre, brunâtre et non pas blanche. Il y a là évidemment une hyperémie habituelle et passive. Il en résulte l'épaississement,

l'hypertrophie générale du tissu, comme chez le malade du n° 6, et fréquemment, comme c'est le cas du malade du n° 10, la production de petites tumeurs d'un blanc jaunâtre du volume d'un grain de mil ou de chènevis, toujours situées sur le trajet d'un vaisseau, et sillonnées elles-mêmes par de fines divisions de celui-ci. C'est ce qu'on appelle une *pinguecula* ou tumeur graisseuse, due, en réalité, d'après les recherches du professeur Ch. Robin, à une hypertrophie du tissu conjonctif condensé et de l'épithélium pavimenteux (1). Eh bien, chez ces deux malades, je vous ai fait voir que le pouls est dur, l'aorte un peu soufflante et qu'ainsi les vaisseaux sont athéromateux. Ne négligez donc jamais, pas plus que je ne le fais, l'exploration de la partie la plus superficielle du globe de l'œil.

Maintenant, il me paraît que ces dilatations vasculaires, ces hyperémies passives, ces ruptures et ces hypertrophies consécutives se développent sur la partie découverte ou libre du globe de l'œil, parce que c'est celle où les vaisseaux ne sont pas habituellement soutenus par les paupières. Dans les parties recouvertes, au contraire, on comprend quel puissant soutien fournissent aux parois vasculaires ces voiles membraneux qui se moulent exactement sur le globe de l'œil auquel elles forment comme une coque fibro-cartilagineuse mobile. Tant que les yeux et les vaisseaux sont jeunes, il est indifférent aux vaisseaux de la conjonctive oculaire d'être soutenus ou de ne l'être pas; mais plus tard, quand l'élasticité commence à leur faire défaut, ce support auxiliaire leur manquant, ils se dilatent eux-mêmes, se rompent dans les parties découvertes du globe oculaire, et il s'ensuit la série de lésions que je viens d'esquisser.

L'*inflammation de l'iris* en dehors de toute syphilis est loin d'être rare chez les vieillards, et elle est toujours alors d'assez méchant augure; ainsi, entre autres, un vieillard de La Rochefoucauld, que j'avais traité quatre mois auparavant d'une iritis qui semblait consécutive à une rupture hémorragique de l'iris, succomba en quelques minutes à une apoplexie foudroyante, sans autre symptôme prémonitoire qu'un léger vertige, avec sentiment de malaise de quelques minutes de durée.

(1) Voir X. Galezowski, *Traité des maladies des yeux*, p. 210.

L'examen du *crystallin* n'a pas moins d'importance, mais il est déjà plus difficile que celui des parties superficielles de l'œil. Quand l'opacité du cristallin ou *cataracte* n'est pas congénitale ou traumatique, elle résulte toujours d'un trouble de la nutrition. Eh bien, quand celle-ci n'est pas défectueuse par le fait de l'altération du sang comme dans le diabète, elle l'est par le fait des vaisseaux (1). Examinez donc attentivement, chez l'individu cataracté qui n'est pas glycosurique, l'état de son système cardiovasculaire, et vous arriverez ainsi à reconnaître indirectement, même chez des sujets que leur âge encore peu avancé paraissait mettre à l'abri de semblables lésions, une altération très manifeste de ce système. Vous comprenez maintenant pourquoi la cataracte spontanée est une lésion qui frappe simultanément ou successivement les deux cristallins; pourquoi c'est une maladie de vieillard; comme aussi pourquoi, la sénilité vasculaire venant alors avant l'âge, c'est une maladie de goutteux ou, plus généralement, d'arthritique. Ainsi, chez un cataracté, ne vous bornez pas à l'examen de l'œil et à la constatation de l'opacité du cristallin, mais recherchez-en la cause probable dans une lésion générale du système vasculaire, dont la lésion des artères nourricières du cristallin n'est qu'une manifestation locale; encore une fois, n'isolez pas dans votre diagnostic ce qui n'est pas isolé dans l'organisme, la sénilité du cristallin de la sénilité du système vasculaire, et vous arriverez ainsi non plus seulement à bien connaître le cristallin de votre malade, mais aussi son cœur et ses vaisseaux, à découvrir parfois une grave altération de l'aorte que rien jusque-là n'avait fait soupçonner, et presque toujours à prévoir ce qu'il en sera de son avenir cérébral.

Je ne m'arrêterai pas à vous parler de l'état des paupières, bien qu'elles trahissent parfois à un haut degré la sénilité vasculaire et par suite celle de l'individu; ainsi l'*hyperémie chronique*, la *blépharite ciliaire*, la *chute des cils*, la *lèpre* par *blépharite glandulaire chronique*, l'*ectropion* par relâchement de la paupière inférieure; l'*hyperémie chronique de la conjonctive*, l'*inflammation consécutive*, finalement l'*oblitération du point lacrymal infé-*

(1) Voir, t. II, ma théorie de la cataracte dans la leçon LXXXII sur la *Gangrène diabétique*.

rieur et le larmolement : toutes choses dues à l'altération des parois vasculaires, à la langueur circulatoire locale et aux troubles de la nutrition ainsi que du fonctionnement.

J'aime mieux insister sur un accident causé par la dégénérescence athéromateuse des vaisseaux, et qui, lorsqu'il survient et surtout qu'il est intense, a la plus haute importance séméiotique et pronostique : je veux parler de l'*épistaxis* des vieillards. Cette hémorrhagie, vous le savez, est aussi fréquente dans la jeunesse qu'elle est rare dans la vieillesse ; eh bien, c'est cette rareté même qui doit vous mettre en garde lorsque vous l'observez chez un vieillard. Dans ce cas, si elle n'est pas symptomatique d'une lésion du foie (et, par suite, d'une altération du sang), ou d'un polype, le plus ordinairement alors cancéreux, elle est la conséquence et l'indice d'une dégénérescence des vaisseaux de la pituitaire. Or, comme cette lésion n'est nullement isolée, vous arriverez ainsi rapidement à la notion de l'état général du système vasculaire tout entier, et parfois ce sera pour vous l'occasion des diagnostics les plus intéressants ; à preuve le fait suivant :

Un jour, dans le service que je dirigeais à l'hôpital Saint-Louis, je trouvai à ma visite du matin un vieillard, chiffonnier et ivrogne, qui était entré pour une épistaxis si abondante, qu'elle avait nécessité le tamponnement. Deux ans auparavant, ce vieillard avait éprouvé le même accident qui avait exigé la même opération. Cette circonstance permettait d'éliminer de suite le cancer de la pituitaire, lequel, en deux ans, aurait déterminé des ravages qui n'avaient pas eu lieu ; aussi ne doutais-je pas que la lésion génératrice ne fût une altération vasculaire : explorant aussitôt et sans mot dire la radiale, je la trouvai dure, noueuse et serpentine ; le diagnostic était fait. Mais ce n'est pas tout, j'auscultai l'aorte pour le compléter et j'annonçai alors aux assistants, quelque peu étonnés, ainsi qu'à l'interne, fort instruit d'ailleurs, mais qui ne s'était pas préoccupé de l'état des vaisseaux, que ce vieillard, que cet ivrogne avait un anévrysme de l'aorte ; et, en effet, ce vaisseau avait 8 centimètres de diamètre (3 de plus qu'à l'état normal) ; il était le siège de forts battements et l'on percevait sur tout son trajet un souffle rude et intense. Seulement, comme la lésion artérielle n'avait déter-

miné ni tumeur, ni douleur, le malade ne s'en doutait guère, et les médecins pas davantage. Ce diagnostic, dont la rapidité avait surpris les élèves, n'avait cependant rien que de fort naturel et de simple ; c'était par une induction très logique que j'y étais arrivé. Il ne se peut pas, me disais-je, qu'une pareille épistaxis et aussi abondante, chez un individu dont les vaisseaux doivent être doublement altérés par la vieillesse et l'ivrognerie, ne soit due à cette altération même ; cherchons donc dans la radiale d'abord, dans l'aorte ensuite, la vérification de mon hypothèse ; et c'est ainsi que je trouvai non pas seulement la rudesse des bruits ou le souffle de la dégénérescence athéromato-calcaire, mais bel et bien les signes indicateurs d'un anévrysme. Le pronostic se déduit trop naturellement ici du diagnostic pour que j'aie à m'y appesantir.

Vous comprenez bien que je ne veux pas dire que vous trouverez toujours en pareil cas un anévrysme de l'aorte, mais croyez que vous percevrez généralement alors les indices d'une lésion interne de ce vaisseau.

L'épistaxis du vieillard n'étant pas et ne pouvant pas être un accident fortuit, mais la conséquence d'une altération générale du système vasculaire, vous autorisera à porter le pronostic le plus sérieux quant à l'avenir cérébral de votre malade. Craignez pour lui les congestions par langueur circulatoire ou hyperémie passive, ce qu'on appelle vulgairement et d'une façon si pittoresque « le coup de sang » : craignez surtout l'apoplexie par hémorrhagie. J'avais pu prédire ainsi à deux ans de distance des accidents de cette nature au fils d'un vieillard de soixante-douze ans, qui avait le pouls irrégulier par dégénérescence granuleuse du myocarde, l'artère dure par athérome artériel, l'ectropion par les raisons que je vous ai dites tout à l'heure, et qui venait d'avoir une très abondante épistaxis : à soixante-treize ans, il avait de fréquentes attaques de congestion cérébrale qui le privaient parfois, pendant plusieurs heures de suite, de toute connaissance. A leur suite, la mémoire baissa considérablement, et l'intelligence, autrefois des plus remarquables, fit de même. De temps à autre, ce pauvre vieillard, se souvenant de lui-même, se cherchait, dououreusement étonné, et ne se trouvait plus. A soixante-