

ce qui domine, ce sont des symptômes de compression, nombreux et persistants. Ici, la compression n'intéresse que la bronche et le nerf récurrent gauche. Mais par contre, la tumeur a usé le bord droit du sternum, l'extrémité de la 2e et de la 3e côte, et vient déjà faire une saillie considérable sous la peau. La raison de tout ceci, vous la comprenez: c'est que la dilatation anévrysmale porte d'abord et surtout sur la partie la plus antérieure, la plus externe de la crosse de l'aorte, la branche ascendante, ce qui nous donne des signes physiques très accessibles à la vue, une lésion considérable de la cage thoracique, et, en revanche, presque pas de symptômes médiastinaux. Ceux qui existent, respiration bronchique à gauche et voix bitonale, sont vraisemblablement causés par une dilatation secondaire située vers la partie postérieure transverse de la crosse.

L'histoire antérieure de la maladie, le développement de cette lésion volumineuse méritent de nous arrêter un moment.

Le malade nous raconte que le premier avertissement qu'il ait reçu de sa maladie a été une vive douleur éclatant, pendant un effort musculaire, derrière le sternum. Quelle est la signification de ce symptôme signal? A quoi faut-il le rattacher? Il ne s'agit pas d'un traumatisme, il n'y a pas eu de coup porté à la poitrine. Est-ce l'anévrysme qui s'est installé brusquement par déchirure de la tunique moyenne de l'aorte? ou par rupture de l'endartère suivie d'un anévrysme disséquant? Nous pouvons affirmer que non: il faut un effort musculaire bien violent pour rompre l'aorte, et l'anévrysme disséquant n'est pas de ceux qui perforeront les cages thoraciques. La crise douloureuse qui a saisi ce malade pendant son travail n'a été que l'aboutissant d'un état pathologique longtemps préparé, ainsi qu'en témoignent les habitudes, les occupations, et les antécédents pathologiques de ce malade: elle a été, de toute évidence, une crise d'angine de poitrine signalant l'aggravation de l'aortite chronique qui dormait jusque là, et qui devait, les mois suivants, développer l'anévrysme. Nous avons ici un exemple frappant du rôle que jouent, dans la préparation d'une maladie, les mœurs, les habitudes, les occupations du sujet, créant de longue haleine une lésion qui se révèle brusquement grave.

Voici un homme qui a été évidemment très vigoureux, très résistant. C'est un manoeuvre qui n'a jamais reculé devant les travaux les plus exténuants le charroyage, le terrassement, le huchage. Il se faisait un point de gloire de sa force, de sa résistance, et ne les ménageait point. Mais, s'il était bon ouvrier, il a voulu également être bon compagnon: c'est là surtout où il a subi l'influence du milieu, où il a manqué de sagesse. Il a commencé jeune à boire. A 23 ans, il a contracté une affection vénérienne ayant toute l'apparence d'un chancre syphilitique, chancre aux allures bénignes accompagné d'un

bubon persistant qui n'a jamais suppuré. Son alcoolisme, avec l'entraînement, est devenu intense; il a pris l'alcool à des doses insensées, et cela, même au travail. Qu'en est-il résulté pour lui? Une augmentation de la pression artérielle, une irritation constante des vaisseaux, une intoxication permanente qui ont diminué la nutrition cellulaire et facilité, je n'en ai aucun doute, dans une large mesure, l'apparition d'une manifestation tertiaire fréquente dans la syphilis: l'aortite chronique. Vous comprenez facilement que, pour qu'un anévrysme se produise, il faut une altération préalable de l'aorte; or, les auteurs sont d'accord aujourd'hui pour affirmer que, dans 70 p. c. des anévrysmes, c'est la syphilis qui est la cause. Dans le cas qui nous occupe, la syphilis et l'alcoolisme se sont donné la main pour préparer longuement, par altération des vaso-vasorum, la lésion de la paroi aortique qui, d'abord latente, a fini, sous les efforts musculaires, par donner une crise aiguë qui s'est manifestée sous forme d'angine de poitrine.

L'aortite une fois constituée, comme elle était de nature spécifique, il ne faut pas s'étonner qu'elle ait altéré l'élasticité de la paroi artérielle au point de permettre la dilatation de cette paroi. Il y avait, pour cela, chez le malade, deux bonnes raisons: l'une anatomique, la moindre résistance d'une paroi artérielle déjà malade et exposée directement au choc du sang; l'autre physiologique, le choc du sang intensifié par la haute tension artérielle due à l'alcoolisme.

L'anévrysme, une fois établi, a suivi un développement assez rapide. Son expansion vers l'extérieur ne lui permet pas d'exercer une compression très étendue dans le médiastin. Cependant la dyspnée, la dysphonie, le souffle bronchique gauche, le signe d'Olliver nous font voir que la dilatation est plus étendue qu'elle ne paraît, s'est faite en plusieurs endroits, que le nerf récurrent et la bronche gauche sont comprimés. L'irradiation des douleurs dans le bras droit est-elle due à la compression des nerfs rachidiens ou du plexus brachial? Je ne vois pas bien comment la compression pourra s'exercer de ce côté chez notre malade. Je crois plutôt à une inflammation du plexus brachial déterminé par l'irritation des nerfs qui vont à l'aorte malade et dans les tissus avoisinants. Quant à l'usure du sternum et des côtes, ce n'est pas, comme on croyait autrefois, un simple effet mécanique, par friction. Sans doute la pression de l'anévrysme est la cause détruisante, mais une cause irritative, amenant par un processus inflammatoire connu une ostéite raréfiante.

Cette irritation inflammatoire peut très bien atteindre tous les tissus en contact avec l'anévrysme. Vous remarquez qu'ici la peau tendue sur la tumeur est légèrement congestionnée et œdématisée. Que cette inflammation légère s'accroisse jusqu'à la