

répond affirmativement et nous dit que ces attaques ne sont pas très longues mais qu'elles se répètent plutôt la nuit.

La première présomption fut que le malade était atteint d'attaques légères d'asthme ou d'une dyspnée urémique. Il n'offre pas de signes évidents de brightisme. A l'auscultation la respiration est un peu rude, prolongée comme emphysémateuse, pas de bruits anormaux au cœur.

Je prescrivis l'iodure de potassium à prendre trois fois par jour, avec le régime lacté et végétarien dans la crainte d'un état d'insuffisance rénale, à laquelle le malade arthritique rhumatisant, et plus ou moins entaché de l'alcoolisme, me paraissait particulièrement prédisposé. J'ajoute une prescription de sirop calmant et expectorant pour le soir.

Le malade revient au bout de 4 ou 5 semaines, me disant qu'il avait éprouvé un peu de mieux au début du traitement, mais que maintenant les accès de dyspnée étaient beaucoup plus pénibles; il éprouvait un resserrement à la gorge avec un malaise particulier en arrière du sternum qui s'étendait jusque dans les bras, durant les accès; l'oppression est aussi plus marquée sous l'influence des exercices. La voix rauque semblait prendre le ton bitonal. Ce signe attira mon attention plutôt du côté de l'aorte et du médiastin. La percussion révèle une matité aortique un peu plus étendue, et la pression au deuxième espace intercostal gauche, près du sternum indique une sensibilité spéciale. A l'auscultation on distingue un souffle très léger, au premier temps et au foyer aortique.

Ces signes étaient suffisants, dans leur ensemble pour faire admettre une aortite et laisser soupçonner une dilatation anévrysmale, dans la région qui confine au nerf récurrent laryngé: je conseillai à mon client de se soumettre à un examen laryngoscopique pour reconnaître, l'état de son larynx. L'examen fut fait par mon savant ami M. le Dr. L. Fiset qui constata une immobilité et paralysie de la corde vocale gauche.

Cette constatation confirmait donc le soupçon d'un tumeur anévrysmale de la crosse de l'aorte dans la région du nerf récurrent laryngé, et cela malgré l'absence des autres signes physiques qui témoignent de l'existence des anévrysmes en général. Je donne avertissement du danger au patient, et je continue l'administration de l'iodure avec régime lacté, en recommandant un repos presque absolu.

Trois semaines après les accès de dyspnée revêtent les caractères d'une véritable suffocation. Je vois le malade durant l'un de ces accès: la face est pâle, violacée, le nez pincé, les extrémités froides, la respiration labo-