

Clinique Médicale de l'Hôpital Notre-Dame

ANÉVRYSME DE L'AORTE.

Par le prof. E. P. Benoît.

I.—Leçon au lit du malade : diagnostic et traitement

Le malade que nous allons examiner a ceci d'intéressant : c'est qu'il nous présente une lésion très nette, très marquée, dont le développement a atteint une intensité qu'on n'observe pas tous les jours ; c'est aussi que tout le passé du malade semble avoir évolué fatalement vers cette lésion, et que ce cas démontre l'extrême importance des antécédents personnels dans la détermination de certaines maladies des vaisseaux.

OBSERVATION.

A. L., âgé de 60 ans, journalier, entre à l'hôpital Notre-Dame le 3 mars 1909, pour une tumeur de la région sternale accompagnée de douleurs vives s'irradiant dans le bras droit.

HISTOIRE DE FAMILLE.—Le père est mort à 82 ans, la mère à 79, tous les deux après une courte maladie ! Trois frères et deux sœurs vivants et en bonne santé.

HISTOIRE PERSONNELLE.—A l'âge de 23 ans, le malade a eu une maladie vénérienne caractérisée par une plaie toute petite sur le gland accompagnée dans l'aîne d'un bubon qui n'a pas suppuré.

Le chancre, cautérisé, a duré huit jours, et le bubon six mois. Il ne paraît pas y avoir eu de manifestation secondaire. Aucune autre maladie sérieuse, et pas de blennorrhagie. Le patient est un homme vigoureux; il a beaucoup travaillé à des travaux durs: charroyeur de charbon, débardeur sur le canal, bucheron. Il a commencé jeune à faire usage d'alcool, et, progressivement, à augmenter les doses. Il a pris jusqu'à trente verres par jours; il lui est arrivé, par bravade, d'ingurgiter en un seul coup une chopine de whiskey. Il est devenu plus sobre depuis trois ans.

HISTOIRE DE LA MALADIE.—Le début appréciable remonte à l'automne de 1907. Étant au travail, au moment de faire un effort, le malade est pris d'une douleur rétrosternale très vive accompagnée d'une grande pâleur et de sensation d'étouffement. Un traitement de trois semaines demeure sans effet. Le patient resté incapable de travailler,

à cause de la douleur persistante dans la poitrine et au bras. A l'automne de 1908, une petite bosse apparaît, vers le 2^e espace intercostal droit, près du sternum, déterminant par secousses des douleurs plus vives. La bosse, d'abord grosse comme une fève, augmente progressivement.

EXAMEN DU MALADE.—La tumeur de la paroi antérieure du thorax s'étend depuis l'articulation de la clavicule avec le sternum jusqu'à la quatrième côte, le long du bord droit du sternum, mesurant en longueur 10 centimètres et dans sa plus grande largeur 7 centimètres (Figures 1 et 2). La surface présente deux élévations : l'inférieure, plus considérable, comprenant les deux tiers de la tumeur ; la supérieure, plus petite et moins élevée. La peau sur la surface est légèrement œdématiée et un peu rouge. La tumeur est pulsatile; les pulsations sont très évidentes, et excentriques: elles soulèvent les doigts en les écartant. Les pulsations sont plus intenses sur la petite tumeur. On ne perçoit pas de thrill, mais en auscultant près du thorax la partie externe et profonde de la tumeur, on entend très bien un double soufflet. La 2^e et la 3^e côte se laissent déprimer légèrement par la main. Le cœur lui-même ne donne aucun signe pathologique et n'est pas augmenté de volume. Aux poumons, aucune trace de lésion, sauf que la respiration bronchique est très accentuée à gauche. On ne constate pas d'inégalité pupillaire. Depuis deux mois, la voix du malade est altérée; il y a dysphonie; la voix est bitonale. Quand on rejette la tête du malade en arrière, que l'on saisit et repousse en haut le cartilage cricoïde, on sent que la trachée est tirée en bas par les battements de l'aorte. Le pouls des radiales ne paraît pas sensiblement modifié d'un côté ou de l'autre. La pression est plutôt forte. Sur le tracé sphymographique (Figure 3), le sommet arrondi de la montée systolique est prolongé, et l'onde de choc en retour est à peine visible. Pas d'œdème, ni de cyanose.

La foie est diminué de volume; les veines abdominales sont dilatées; il y a un peu d'ascite dans l'abdomen.

L'examen que nous venons de faire du malade nous offre des symptômes trop caractéristiques, trop nets, pour qu'il soit nécessaire d'insister sur le diagnostic de la maladie. Nous avons affaire, de toute évidence à un anévrisme de l'aorte. Seul, un examen superficiel pourrait faire croire ici à un abcès, un empyème pulsatile, ou un enchondrome.

Cependant si vous lisez le chapitre consacré à l'anévrisme de l'aorte dans vos manuels, vous y verrez qu'habituellement les signes physiques sont plus obscurs, parce que la lésion ne s'extériorise pas toujours de cette façon, qu'elle reste plus longtemps et plus souvent cachée dans le médiastin, et qu'alors,