

chose que je considère comme très difficile, car il n'est pas aisé de trouver les limites de l'aorte à gauche, et quand j'essais de tracer une ligne de séparation entre l'aorte et l'artère pulmonaire, je n'arrive jamais qu'à de vagues présomptions. Ceci n'est donc pas pour l'avoir constaté directement par la percussion que je puis assurer la supériorité de l'accroissement en longueur sur l'accroissement en largeur, mais par le raisonnement suivant. A droite, délimiter l'aorte est facile; et si l'on trouve qu'elle dépasse le bord du sternum de deux centimètres, par exemple, ce résultat correspond à un état pathologique qui existe réellement. Si cet état consistait surtout en une augmentation du diamètre du vaisseau, il faudrait admettre que ce diamètre augmenté de deux centimètres à son extrémité gauche l'est aussi de deux centimètres à son extrémité droite. Ces quatre centimètres ajoutés aux quatre centimètres de diamètre normal donneraient à l'aorte un diamètre de huit centimètres, et l'aire d'une sorte d'éléphant ! Si donc l'aorte déborde le sternum à droite, c'est surtout parce qu'elle s'est allongée et est devenue flexueuse, et c'est bien la distension en longueur qui l'emporte sur la distension en largeur et est plus aisément constatable.

En s'allongeant ainsi, en exagérant sa courbure, en se reportant à droite, l'aorte monte vers la clavicule et élève le tronc brachio-céphalique et l'artère sous-clavière. Celle-ci quittant la première côte, vient se placer à une hauteur où elle n'est pas d'habitude et où le doigt peut la sentir battre. Et c'est là un signe précieux qui vient contrôler les résultats de la percussion et affirmer la lésion de la palpation de l'aorte dans l'échancrure sternale, palpation difficile et dans laquelle on peut être induit en erreur par les battements du tronc brachio-céphalique.

L'aorte abdominale athéromateuse s'accroît aussi en longueur mais d'ordinaire elle glisse au-devant de la colonne vertébrale et ne s'incurve pas; plus souvent, ce sont les iliaques qui deviennent tortueuses. Cependant, dans certains cas, sans doute, parce qu'elle est fixée davantage à sa partie inférieure, l'aorte abdominale se coude, s'incurve à gauche et peut donner l'illusion d'une tumeur pulsatile placée au-devant de l'aorte; le fait s'est présenté dans le service précisément.

Malgré cette dilatation de leur lumière, les gros vaisseaux n'en sont pas moins souvent rétrécis par suite d'une lésion athéromateuse, surtout à l'origine, et c'est ce qu'on voit fréquem-