

semble pas, cependant que cette douleur ait revêtu, en aucun temps, les caractères des douleurs angoissantes et paroxystiques de l'angine de poitrine, qui compliquent si souvent l'évolution des aortites chroniques.

D'autre part, les troubles fonctionnels du larynx ne sont apparus que depuis deux mois le malade nous dit que sa voix s'est altérée brusquement alors qu'il éprouvait déjà une certaine gêne dans l'action de parler à haute voix, ce qu'il ne peut guère faire actuellement sans un effort pénible.

Vers la même époque, des troubles dans la déglutition se sont également faits sentir ; l'action d'avaler la salive réveillait des spasmes ou un resserrement à la gorge ; cette sensation cependant, est moins prononcée pour les aliments solides et liquides. Ces troubles de la phonation et de la déglutition apparaissant simultanément, indiquaient clairement comme nous le verrons, les atteintes du nerf qui donne au larynx et au pharynx l'innervation motrice et sensitive ; c'est le nerf récurrent laryngé.

Il importe de vous faire remarquer, dès maintenant, que ces premiers renseignements commandaient un autre mode d'investigation clinique,—l'examen au laryngoscope—pour déterminer l'état des cordes vocales et de l'ensemble des organes du larynx. C'est ce que nous avons fait faire le jour même de l'entrée du malade, au dispensaire de la clinique laryngologique, par notre savant collègue M. le Dr Coote. Je vous dirai de suite que cet examen a démontré une paralysie de la corde vocale gauche, sans autre lésion appréciable du larynx : ce qui confirmait le soupçon que nous avions exprimé, à première vue, d'une paralysie du nerf récurrent laryngé gauche, dérivant de la compression par une tumeur du médiastin, le plus probablement, un anévrisme de la crosse de l'aorte.

L'importance clinique ou la valeur sémiologique que vous m'avez entendu accorder d'emblée au signe de la voix bitonale associée à des douleurs dans la région du médiastin a pu vous paraître exagérée, au premier abord. Voyons maintenant jusqu'à quel point les autres symptômes, que va nous révéler l'exploration physique, corroboreront cette première présomption à laquelle nous nous sommes arrêté, sans autre base que ces deux signes que je viens de signaler à votre attention.

A l'inspection de la région antérieure de la poitrine on ne constate aucune tumeur *pulsatile* comme on aurait pu s'y attendre dans le cas de certaines variétés les plus fréquentes de l'anévrisme de l'aorte. Nous verrons cependant que l'absence de ce signe physique, qui est en réalité le plus pathognomonique pour le diagnostic des anévrysmes, n'offre