

infections dans l'âge prépubère et pubère (de douze à vingt ans) qui devient ainsi véritablement l'*âge critique* de l'homme. C'est dans ces conditions que s'imposerait d'une façon générale la prescription des préparations de *chaux*, de *magnésie*, d'*alcalins*, d'*acide phosphorique*, pour accroître la résistance du terrain aux multiples et diverses infections qui peuvent l'assaillir. Les injections sous-cutanées de *sérum artificiel*, même à petites doses (10 à 20 grammes de la solution de Chéron) activent la circulation et la nutrition, favorisent les échanges avec les phénomènes intimes d'osmose et d'exosmose, elles incitent les cellules, arment le système nerveux pour la lutte et la défense, elles augmentent l'élimination des toxines, elles peuvent rendre aux tissus et aux humeurs les matières minérales dont ils étaient appauvris.

Comme on le voit, il y a là peut-être quelques applications fécondes d'une nouvelle thérapeutique.

XXIII. — RÉTRÉCISSEMENT MITRAL

- I. OBSERVATION.
- II. CARDIOPATHIE ET GROSSESSE.
- III. INCONSTANCE DES SIGNES STÉTHOSCOPIQUES.
- IV. CARACTÈRES CLINIQUES : maladie dyspnéisante, hémoptoisante et embolisante, palpitante.
- V. TRAITEMENT DE L'ARYTHMIE ET DES PALPITATIONS RÉFLEXES.

I. — Observation.

Voici une femme âgée de vingt-sept ans, d'apparence robuste, qui vient nous consulter parce qu'elle souffre d'oppression continuelle, de palpitations, et qu'elle présente quelques troubles digestifs : inappétence, éructations, lenteur de la digestion.

Les antécédents *personnels* sont bons : jamais de maladie grave, pas de rhumatisme, ni aucune manifestation arthritique. Elle affirme avoir été réglée de bonne heure, sans cependant pouvoir nous donner la date précise de son premier flux menstruel ; depuis lors, elle a toujours été menstruée d'une façon régulière, bien que ses époques aient plutôt tendance à avancer.

Mariée à vingt ans, elle a eu deux grossesses, qui se sont terminées à terme par la naissance de deux enfants vivants et bien portants. Pendant la première grossesse, aucun phénomène anormal ; pendant le cours de la seconde, il y a eu de l'oppression, une certaine gêne respiratoire en marchant ou en montant un escalier, mais à un degré très modéré, puisqu'elle ne fut jamais obligée de s'aliter ou de consulter un médecin.

Les antécédents *héréditaires* nous fournissent quelques renseignements intéressants. Son père est mort, jeune

encore, d'une affection aiguë du poumon, qu'elle qualifie fluxion de poitrine. Sa mère a toujours été bien portante, elle a actuellement des crises d'asthme assez violentes. Elle a eu plusieurs frères ou sœurs qui sont morts jeunes. Sa mère accoucha deux fois d'enfants à terme, mais mort-nés, et elle a eu plusieurs fausses couches dont le nombre reste indéterminé.

En résumé, cette femme ne présente, comme troubles de la santé, que deux symptômes assez vagues : une oppression continue, surtout quand elle se livre à des mouvements un peu rapides, et quelques troubles digestifs peu intenses.

La palpation nous fournit une donnée précise, suffisante pour établir le diagnostic, à compléter et à confirmer ultérieurement par un examen plus approfondi. En appliquant la main sur la paroi thoracique, on sent un frémissement présystolique, qui indique déjà, d'une façon presque certaine, l'existence d'un rétrécissement mitral confirmé à l'auscultation par l'existence d'un léger dédoublement du second bruit à la base et d'un faible roulement présystolique un peu au-dessus de la pointe du cœur.

Cette malade nous dit et nous répète qu'elle n'a jamais eu ni rhumatisme, ni chorée dans son enfance. Nous sommes donc en présence de l'affection cardiaque bien étudiée par Duroziez et à laquelle il a donné le nom de « rétrécissement mitral pur », maladie valvulaire, d'origine non rhumatismale, qui se rencontre presque exclusivement chez la femme et est probablement une malformation congénitale.

II. — Cardiopathies et grossesse.

L'étude clinique, outre qu'elle nous permettra de discuter, sinon de résoudre la question si controversée et encore si confuse de l'étiologie et de la pathogénie du rétrécissement mitral pur, nous offre en premier lieu un enseignement utile à retenir. Cette malade est mariée, elle a eu deux grossesses

qu'elle a conduites jusqu'au terme normal, elle est accouchée à l'heure dite pour ainsi dire, d'enfants normalement constitués, viables, vivants, bien portants. Ce fait est à noter, car il permet au clinicien de s'inscrire en faux contre l'assertion beaucoup trop absolue de Peter, qui prétendait que les malades atteintes d'un rétrécissement mitral ne pouvaient mener à bien une grossesse.

Sur cette question on a entendu les réponses de cette femme. Elle a eu deux grossesses : la première avec une marche absolument normale ; au cours de la seconde, elle remarqua qu'elle avait de l'essoufflement, une oppression un peu plus accusée que d'ordinaire, mais sans importance. A cette malade, on aurait donc eu grand tort d'appliquer la formule de Peter.

N'allons pas cependant en prendre le contre-pied. Sans doute, la formule est trop absolue, elle ne doit pas être considérée comme un axiome, mais elle présente néanmoins un certain caractère de vérité : car, il est hors de doute, tous les cliniciens ont été à même de le constater, qu'il existe des accidents gravido-cardiaques dont il est impossible de nier l'évidence et l'importance. Cependant je pense que, sous prétexte d'accidents possibles, mais qui ne doivent pas fatalement survenir, le médecin n'est pas suffisamment autorisé à formuler cette interdiction inhumaine : « Fille, pas de mariage ; femme, pas d'enfants ; mère, pas d'allaitement. »

Les accidents gravido-cardiaques sont indéniables. Mais il est juste d'ajouter qu'ils surviennent le plus souvent chez les hyposystoliques, ou chez les malades qui confinent à l'asystolie, quelle que soit du reste la lésion qui la provoque. Dans le cas actuel, sommes-nous en droit d'interdire une nouvelle grossesse à cette malade ? Assurément non. Tout ce que nous devons lui ordonner, c'est, si elle devient de nouveau enceinte, de garder le repos à partir du quatrième, du cinquième ou du sixième mois, époque où les accidents sont les plus fréquents.

Telle est la règle de conduite que l'on doit suivre, lorsqu'on se trouve en présence d'une femme enceinte, atteinte de sténose mitrale.

III. — Inconstance des signes stéthoscopiques.

Cette malade ne présentait à l'auscultation qu'un roulement présystolique et un léger dédoublement du second bruit à la base.

Ces deux symptômes permettent de faire le diagnostic, mais ils ne représentent pas tous les signes stéthoscopiques du rétrécissement mitral pur. Aussi, il faut être prévenu qu'il n'est pas de maladie valvulaire dans laquelle les signes fournis par l'auscultation soient aussi inconstants.

Aujourd'hui, on ne trouve que deux signes nets ; mais, on pourrait fort bien, dans quelques jours, et sans troubles plus accentués de la santé, constater tous les signes cliniques du rétrécissement mitral : claquement d'ouverture, roulement présystolique en bruit de râpe, souffle diastolique, dédoublement et retentissement du second bruit à gauche du sternum.

Le rétrécissement mitral est la maladie valvulaire qui offre la *variabilité la plus grande dans les signes d'auscultation*, puisque ceux-ci peuvent être réduits, chez le même malade, au seul dédoublement du second bruit à la base, ou qu'ils peuvent présenter à un autre moment tous les autres signes réunis, au nombre de quatre.

IV. — Caractères cliniques.

Pour terminer ces quelques considérations sur le rétrécissement mitral, il est utile de donner quelques indications cliniques dont l'importance pratique est grande. Souvenons-nous toujours des trois principales physionomies du rétrécissement mitral : affection *dyspnéisante*, *hémoptoisante* et *embolisante*. Parfois, elle est encore *palpitante*.

a. — C'est une maladie *dyspnéisante*. Tous les malades

atteints de rétrécissement mitral, quelle qu'en soit l'origine, se plaignent d'essoufflement ; dès qu'ils montent un escalier, marchent quelque peu, même suivant une allure habituelle, il y a de la dyspnée.

b. — C'est une maladie *embolisante*, et les exemples abondent. Au moment où je prenais un service à l'hôpital Bichat, il y avait une malade, âgée de vingt-huit ans, qui présentait une hémiplegie droite avec contracture. D'après les renseignements fournis, cette femme n'avait aucune affection du cœur, elle n'était ni hystérique, ni syphilitique, et son hémiplegie avait été rapportée à une hémorragie cérébrale. Or, en dehors de la syphilis, de l'hystérie et du rétrécissement mitral, il n'y a pas d'autres raisons, pour une malade âgée de vingt-huit ans, d'avoir une hémiplegie. La syphilis et l'hystérie étant éliminées, j'examinai le cœur de la malade, et je trouvai tous les signes stéthoscopiques du rétrécissement mitral, qui avaient d'abord passé inaperçus pendant de longs mois, parce qu'ils étaient réduits au seul dédoublement du second bruit.

Autre exemple : Il y a quelques années, au cours d'une consultation où j'avais été appelé, un confrère me parla occasionnellement d'une de ses clientes dont le cas l'embarassait. C'était une femme, âgée de vingt-quatre ans, qui présentait une hémiplegie avec contracture. Il n'y avait pas d'hystérie, pas de syphilis, et sans même la voir, je conclus à l'existence très probable d'un rétrécissement mitral qui fut immédiatement confirmé.

Donc, si vous vous trouvez appelés auprès d'une malade *jeune*, présentant de l'hémiplegie accompagnée de contracture, recherchez la syphilis, recherchez l'hystérie, mais n'oubliez jamais d'ausculter le cœur, même si la malade n'a jamais rien présenté d'anormal de ce côté, car c'est là souvent que vous trouverez la cause de l'embolie cérébrale qui a déterminé l'hémiplegie et la contracture consécutives.

c. — Les embolies se font aussi dans le territoire de la petite circulation, et c'est pour cela que la maladie est

hémoptoïsante, et lorsque les malades sont pâles, anémiés et chétifs, comme cela se voit assez souvent dans le rétrécissement mitral pur, on a une tendance à chercher, même parfois à admettre une tuberculose qui n'existe pas.

d. — Le rétrécissement mitral est une maladie *palpitante*. Cela est vrai, et j'ajoute qu'elle n'est pas palpitante d'une façon directe, mais le plus souvent par action réflexe, comme on va le voir.

V. — Traitement de l'arythmie et des palpitations réflexes.

Chez beaucoup de femmes atteintes de rétrécissement mitral, quelle qu'en soit l'origine, il existe des troubles digestifs, souvent peu intenses, mais suffisants pour retentir sur le cœur.

Je rappellerai, à ce sujet, l'histoire d'une malade soignée dans le service. Agée de quarante ans, elle avait un rétrécissement mitral d'origine rhumatismale. Chez elle, l'arythmie était tellement accusée, qu'elle masquait d'une façon presque complète, ainsi que cela se présente souvent, les signes physiques de l'affection valvulaire. Or, d'ordinaire le rétrécissement mitral pur ne s'accompagne pas d'un tel affolement cardiaque, et celui-ci ne se montre que lorsqu'il existe une thrombose cardiaque ou une gastropathie agissant par action réflexe sur le cœur.

Dans ce cas, y avait-il thrombose cardiaque ? Non, et quand vous voulez savoir s'il y a thrombose cardiaque, c'est-à-dire auriculaire, examinez les genoux et les principales articulations. Lorsqu'elles présentent de temps à autre des plaques de cyanose associées au phénomène d'arythmie palpitante, vous pouvez presque sûrement diagnostiquer, sans crainte d'erreur, une thrombose cardiaque. Dans ce cas, rien de tel n'existait.

Portant alors nos recherches du côté de l'estomac, nous n'avons constaté que des troubles bien légers et vagues :

légère diminution de l'appétit, quelques renvois gazeux, un peu de lenteur de la digestion. Mais il faut toujours se rappeler que *certaines malades font de la dyspepsie sans le savoir*, que les gastropathies, même les plus sérieuses, restent longtemps latentes, et que l'examen du suc gastrique est utile pour renseigner sur l'état réel des fonctions digestives.

L'examen du chimisme stomacal fut pratiqué à deux reprises différentes, et les chiffres suivants montrent l'état défectueux de la fonction gastrique :

		Liquide normal.	Liquide examiné.
Acidité totale.....	A	190	29
HCl libre.....	H	44	10
HCl combiné org.....	C	170	94
Chlorhydrie.....	H + C	214	104
Chlore total.....	T	321	260
Chlore minéral fixe.....	F	107	156
Coefficient.....	$\frac{A-H}{C}$	86	20
Coefficient.....	$\frac{T}{F}$	3	1,73

Voilà un chimisme stomacal indiquant une réelle perversion de la digestion gastrique, et cependant la malade paraissait à peine en souffrir, ou plutôt elle n'en souffrait que par son cœur, sous forme de palpitations avec arythmie.

Si l'on ajoute à cela, que l'examen des urines a permis de constater pour une quantité de 1 500 grammes en vingt-quatre heures, le chiffre de 17^{gr},29 d'urée et de 12^{gr},90 de chlorures, on comprendra que l'organisme de notre malade fournissait des chlorures en quantité suffisante, mais que son estomac, atteint apparemment dans son fonctionnement glandulaire, était incapable de les décomposer. Nous avons donc trouvé la cause de cette arythmie palpitante : *elle n'était pas au cœur, mais à l'estomac.*

a. — Trop souvent, quand l'arythmie est constatée dans le cours d'une affection du cœur, on n'en cherche ni la cause ni le mode de production. On oublie que l'arythmie n'indique pas toujours que le cœur supporte mal sa lésion.

Il la supporte mal, parce que la souffrance d'organes voisins ou éloignés retentit sur lui, mais non pas parce que le myocarde commence à s'altérer. Arythmie n'est pas synonyme d'asystolie, et ce qui le prouve, c'est que ces arythmies réflexes peuvent persister pendant longtemps, pendant des années, sans aboutir au syndrome asystolique. Mais, on fait parfois le raisonnement suivant : « La digitale régularise les battements du cœur ; l'arythmie est caractérisée par l'irrégularité de ceux-ci ; donc, la digitale et les médicaments cardio-toniques sont indiqués. » Eh bien, je dis que le raisonnement est faux, la pratique dangereuse, la thérapeutique irrationnelle.

Il en est de même pour les palpitations. On dit : « La digitale est un modérateur cardiaque, donc elle est indiquée contre les palpitations dont souffrent quelquefois les cardiopathes. »

Ce n'est pas tout encore. Le cœur faiblit, et comme la digitale est son tonique, son « quinquina », vite on y a recours.

Voilà donc un médicament bon à tout faire, et au gré de vos désirs, vous croyez qu'il va, ici régulariser, là modérer, plus loin fortifier ! Ce n'est pas ainsi que les choses se passent en thérapeutique, et il faut se défier des formules de traitement toutes faites.

Dans ce cas, la digitale est absolument contre-indiquée et elle aurait les plus fâcheux effets. En aggravant le trouble des fonctions digestives, elle augmenterait les palpitations et l'arythmie qu'elle est destinée à combattre.

Nos efforts thérapeutiques doivent porter sur la cause et non sur l'effet. Il faut donc, quand on a reconnu l'existence de palpitations réflexes d'origine gastrique, instituer la médication, soit de l'hypopepsie, soit de l'hyperpepsie, et on verra souvent, sous l'influence du traitement stomacal, le cœur se régulariser. Mais, ce n'est pas la seule cause de l'arythmie dans le rétrécissement mitral. Il en existe une autre d'origine *auriculaire*, par thrombose et endocardite de la paroi postérieure de l'oreillette gauche. Quand cette

arythmie s'est installée, elle persiste et résiste à presque toutes les médications.

b. — Le malade dont j'ai parlé présente des palpitations peu intenses, accompagnées d'oppression et de troubles gastriques.

Quelle sera la thérapeutique ?

Je ne lui prescrirai pas d'amers, pour stimuler son appétit, car les amers donnent seulement la fausse sensation de faim. Il faut s'adresser de préférence aux *alcalins* qui, à petites doses avant le repas, excitent la sécrétion gastrique.

Phosphate neutre de soude.....	} aa 10 grammes.
Bicarbonate de soude.....	

Pour soixante cachets. — Un cachet vingt minutes environ avant chaque principal repas.

D'autre part, je prescrirai une dose faible d'*acide chlorhydrique* à prendre après le repas.

On a beaucoup discuté sur la valeur de l'acide chlorhydrique comme médicament. On a prétendu que l'acide agissait par substitution, ce qui est erroné, car alors, la dose à prescrire devrait être très élevée, pour ainsi dire impossible. Je pense plutôt que l'acide chlorhydrique que nous introduisons dans l'estomac à la fin du repas agit simplement par sa présence, et alors il est inutile d'en donner une quantité considérable. La solution de 4 grammes p. 1000 est trop forte, et une dose moindre est suffisante.

Acide chlorhydrique.....	0 ^{gr} ,50
Eau distillée.....	400 grammes.
Curacao.....	100 —

Un verre à madère à la fin de chaque principal repas.