

*tractilité cardiaque.* — Cette indication est remplie par la *digitale*, les injections hypodermiques de *caféine*, d'*huile camphrée*, de *spartéine*, d'*éther*. Dans cette maladie, la digitale, prescrite à doses modérées, a une double action, puisque, en diminuant l'activité exagérée du cœur, elle place cet organe dans un repos relatif, et qu'elle contribue à empêcher, dans une certaine mesure, le détachement d'embolies septiques ou simplement oblitérantes.

Malheureusement, tous ces moyens ne sont que palliatifs, et la mort est la terminaison trop fréquente des endocardites infectieuses infectantes, surtout lorsqu'elles affectent la forme pyohémique.

## XXII. — RÉTRÉCISSEMENT MITRAL.

- I. OBSERVATION.
- II. CARDIOPATHIES ET ÉTAT DE GESTATION.
- III. INCONSTANCE DES SIGNES CLINIQUES DU RÉTRÉCISSEMENT MITRAL.
- IV. TRAITEMENT 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 ; elle présente, au côté droit de la face, un angiome congénital. Jamais elle n'a eu de maladie grave, jamais de rhumatisme, ni de manifestations d'origine 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 dit avoir toujours été réglée d'une façon régulière, bien que ses époques aient plutôt tendance à avancer et se reproduisent, d'une façon pour ainsi dire normale, toutes les trois semaines.

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, elle ne signale aucun phénomène anormal ; pendant le cours de la seconde, elle dit avoir eu de l'oppression, une certaine gêne respiratoire quand elle marchait ou montait un escalier, mais cependant à aucun moment cette oppression ne lui occasionna une gêne telle qu'elle eût été obligée de s'aliter et 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 de 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 ; en particulier elle nous apprend que sa mère accoucha deux fois d'enfants à terme, mais mort-nés. Elle ajoute que sa mère a eu plusieurs fausses couches, mais sans pouvoir en fixer le nombre non plus que l'âge de la grossesse au moment de l'expulsion du fœtus.

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.

Il est certain qu'une oppression doit nous faire penser avant tout à une lésion cardiaque, et c'est de ce côté que nous avons tout d'abord porté nos recherches.

La palpation à elle seule 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, d'une façon presque certaine, l'existence d'un rétrécissement mitral, quand bien même on ne pourrait à l'auscultation déceler aucun autre signe stéthoscopique de cette affection.

Dans le cas présent, l'auscultation nous permet de constater un léger, très léger dédoublement du second bruit.

Cette malade nous a dit et nous répète qu'elle n'a jamais eu aucun accident d'origine rhumatismale ; dans son enfance elle n'a pas eu de chorée ; elle semble bien n'avoir aucune tare rhumatismale. Nous sommes donc en présence de l'affection cardiaque si bien étudiée par Duroziez et à laquelle il a donné le nom de « rétrécissement mitral pur », et cette maladie valvulaire, souvent d'origine non rhumatismale, se montre presque toujours chez la femme, elle est

probablement une malformation congénitale due assez fréquemment à l'hérédosyphilis et non à la tuberculose, comme semblent l'admettre quelques auteurs.

## II. — Cardiopathies et grossesse.

L'étude clinique de cette femme, 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 a eu une marche absolument normale ; au cours de la seconde, elle remarqua qu'elle avait de l'essoufflement, une oppression un peu plus grande que d'ordinaire, mais sans qu'elle fût obligée de s'aliter et même de consulter un médecin. Or, à cette malade, tout au moins, l'on aurait eu grand tort d'appliquer la formule de Peter.

N'allons cependant pas prendre le contre-pied de cette formule. Sans doute, elle 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. Cependant, il est bon d'ajouter qu'ils surviennent le plus souvent chez les hyposystoliques, ou chez les malades qui sont presque arrivés à l'asystolie, quelle que soit du reste la lésion qui la provoque. Mais 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, suivant la marche de la grossesse, et époque où les accidents sont les plus fréquents.

### III. — Inconstance des signes cliniques du rétrécissement mitral.

J'ai dit que 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 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 que dans cette maladie.

Chez cette malade où l'on ne trouve aujourd'hui que deux signes nets du rétrécissement mitral, on pourrait fort bien, dans quelques jours, et sans qu'elle présente de troubles plus accentués de la santé, trouver tous les signes cliniques du rétrécissement mitral : claquement d'ouverture, roulement présystolique avec bruit de râpe, souffle diastolique, dédoublement du second bruit, soit à droite, soit à gauche, mais plus souvent à gauche.

Donc, le rétrécissement mitral est la maladie valvulaire qui offre la *variabilité la plus grande dans les signes d'aus-*

*cultation*, 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.

Pour terminer ces 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*, *embolisante*. Parfois, elle est encore *palpitante*.

C'est une maladie *dyspnéisante*. Tous les malades atteints de rétrécissement mitral, quelle qu'en soit l'origine, se plaignent d'essoufflement ; dès que le malade monte un escalier, marche quelque peu, même suivant une allure habituelle, il a de la dyspnée.

C'est une maladie *embolisante*. Je puis en donner plusieurs exemples. Au moment où je pris mon service de 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, 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 quelque peu. 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 confirmé par la suite.

Donc, si vous vous trouvez appelés auprès d'une malade *jeune*, présentant de l'hémiplégie 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'hémiplégie et la contracture consécutive.

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.

Chez beaucoup de malades atteints 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, ainsi que cela se présente souvent, d'une façon presque complète, 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 associé 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 bien

vagues: légère diminution de l'appétit, quelques renvois gazeux, un peu de lenteur de la digestion.

Mais il faut toujours bien se rappeler que *certaines maladies 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.

La palpitation réflexe, quand il existe une cardiopathie quelconque, une sténose mitrale surtout, est un fait clinique d'une réelle importance, je ne cesse de le répéter.

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, que la pratique est dangereuse, et la thérapeutique certainement 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, et 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'hypo-pepsie, soit de l'hyper-pepsie, et l'on verra, sous l'influence du traitement stomacal, le cœur se régulariser.

#### IV. — Traitement des palpitations réflexes.

La malade présente des palpitations peu intenses, accompagnées d'oppression et de troubles gastriques.

Quelle sera notre thérapeutique ?

Je ne lui prescrirai pas d'amers, pour stimuler son appétit, car les amers donnent seulement la fausse sensation de faim.

Je préfère m'adresser aux alcalins qui, pris à petites doses quelque temps avant le repas, excitent, cela a été démontré, la sécrétion gastrique. Je formule :

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

Pour 60 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. Certains auteurs ont prétendu que l'acide agissait par substitution. Cette opinion me semble erronée. Car, dans ce cas, la dose à prescrire serait beaucoup trop 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 élevée, et une dose beaucoup moindre est suffisante.

Acide chlorhydrique.....	0,50 centigr.
Eau distillée.....	400 grammes.
Curacao.....	100 —

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