

mitral conserve son intégrité absolue et que l'insuffisance est le simple résultat de la dilatation cardiaque. Niée par Bamberger (1879-1888), elle est admise par Peacock, Friedreich, Gerhardt, Jaccoud, Heitler (1881), Dombrowski (1893) etc. Elle a été rencontrée dans la myocardite, dans le cours des maladies infectieuses aiguës et dans les maladies nerveuses (chorée, hystérie).

Cette insuffisance a fait le sujet de nombreuses controverses ; pour quelques auteurs tels que Peacock, l'insuffisance résulterait de la dilatation passive simple de l'orifice auriculo-ventriculaire ; celui-ci deviendrait trop large pour les valves de la mitrale dont les bords ne pourraient plus s'affronter exactement pendant la systole. Potain a montré que cette explication ne saurait être acceptée, car dit-il, lorsque l'anneau orificiel s'élargit, les valvules qui s'y insèrent s'accroissent proportionnellement « en sorte qu'il se fait incessamment une adaptation de ces replis membraneux à la grandeur de l'orifice qu'ils doivent fermer. »

Quoique moins fréquente qu'on ne le dit, l'insuffisance mitrale dite fonctionnelle ou encore relative, ne peut être niée, mais elle reconnaît pour cause, bien moins l'élargissement exagéré de l'anneau, souvent hypothétique, que la dilatation de la cavité ventriculaire gauche. En effet, par suite de cette dernière, les muscles papillaires sont entraînés en dehors et éloignés ainsi de leurs insertions à la valvule, d'autre part, les cordages tendineux qui ne peuvent, comme les muscles, subir une pareille élongation, deviennent trop courts, attirent en bas et en dehors les bords de la valvule mitrale, et l'empêchent ainsi de se relever pour clore l'orifice auriculo-ventriculaire au moment de la systole : dès lors l'insuffisance est créée. On la rencontre dans les grandes dilatations ventriculaires gauches qui surviennent dans l'insuffisance aortique, dans la symphyse péricardique et dans la myocardite chronique hypertrophique.

5° De même qu'on a décrit dans ces derniers temps, un rétrécissement mitral, sans lésion anatomique, purement spasmodique on a admis également l'existence d'une INSUFFISANCE MITRALE D'ORIGINE SPASMODIQUE par contracture des muscles papillaires (Bamberger) entraînant leur raccourcissement et par suite la difficulté pour les valves de la mitrale de se relever pendant la systole pour l'occlusion de l'orifice.

Cette variété encore très discutée, a été notée chez les hystériques, chez les névropathes où elle se produirait à la suite des émotions, des fatigues, du surmenage (Cuffer, Royer, de Renzi) ou même au début de l'endocardite aiguë, dont les altérations entraîneraient parfois l'insuffisance valvulaire, « par exagération de la contractilité ou spasme » des muscles tenseurs de la valvule (Stokes, 1854).

Symptômes. — Nous avons vu précédemment que dans l'insuffisance mitrale, les phénomènes de compensation étaient assurés par la dilatation hypertrophique de l'oreillette gauche et du ventricule droit ; mais la force de résistance de ceux-ci est autrement restreinte que celle du ventricule gauche lequel, par la seule hypertrophie de ses épaisses parois, suffit pendant si longtemps à lutter contre le fâcheux effet des lésions aortiques ; ici la période de compensation est relativement courte, et la période dite troublée, en général précoce.

Cette dernière se caractérise par une série variée de troubles fonctionnels dont le tableau constitue le type complet de la *maladie organique du cœur*.

Le premier phénomène en date est l'*oppression*. Celle-ci se montre surtout à l'occasion d'un effort, par exemple lorsque le malade marche rapidement, monte un escalier, ou se livre à un travail fatigant. Au repos, tout cesse, mais la gêne revient au moindre effort. Cependant d'abord passagère, cette oppression finit peu à peu par devenir habituelle ; ce sera bientôt de la *dyspnée* véritable qui constituera dans l'avenir l'accident dont le malade se plaindra avec le plus d'insistance.

En même temps, le cœur présente souvent des battements précipités, le patient se plaint de *palpitations*, ou encore d'une sensation de *gêne douloureuse*, de *poids* ou de constriction au niveau de la région de l'épigastre.

Les *troubles digestifs* sont habituels, ce sont de l'anorexie et surtout de la lenteur de la digestion, du ballonnement, de la pesanteur, après les repas.

Enfin d'autres *symptômes* s'observent dans la *sphère du système nerveux* : les malades ont la face un peu congestionnée, ils éprouvent de la céphalée, de la tendance au sommeil surtout après le repas, et quelquefois, par contre, de l'insomnie nocturne. Leur caractère se modifie, quelques-uns sont apathiques, indolents, d'autres deviennent impatientes et facilement irritables.

A cette période déjà, mais plus encore à une période plus avancée les malades présentent un facies spécial bien caractéristique : la face est légèrement colorée, les pommettes, le nez, offrent une légère teinte cyanique avec de petites varicosités bleuâtres ; les yeux sont un peu injectés, les lèvres, et quelquefois même le pourtour des oreilles, sont violacés et refroidis. C'est là le *facies mitral*, tout différent du *facies aortique* qui est caractérisé par la pâleur et la teinte mate de la peau et des muqueuses.

Mais bientôt survient un symptôme d'une grande importance : l'apparition de l'*œdème* aux membres inférieurs. D'abord passager, il s'observe principalement le soir après la fatigue de la journée, et ne

se retrouve plus le matin après le repos de la nuit dans le décubitus dorsal. Au début, il est localisé exclusivement au pourtour des malléoles et les malades se plaignent d'être gênés dans leurs chaussures, celles-ci laissent sur la peau, œdématiée et pâlie, un sillon transversal correspondant à leur pli; de même la pression du doigt y imprime une empreinte, en forme de petit godet, qui disparaît au bout d'un instant. Cependant l'œdème finit peu à peu par devenir permanent en même temps qu'il s'étend bientôt à toute la jambe; plus tard le membre inférieur dans sa totalité participe à l'infiltration. Cet œdème, qui est dû à l'entrave apportée à la circulation veineuse est d'une importance capitale, car il met le médecin sur la voie du diagnostic d'une cardiopathie organique, dont la nature et la localisation précises vont être établies par la recherche méthodique des signes physiques.

INSPECTION. — L'examen de la région précordiale montre dans quelques cas, assez rares d'ailleurs, la présence d'une légère voussure thoracique, elle montre encore que la pointe du cœur est abaissée dans le 5^e et quelquefois même jusque dans le 6^e espace intercostal, et rejetée sensiblement en dehors de la ligne mamillaire.

PERCUSSION. — La matité précordiale est augmentée d'une façon à peu près égale dans le sens vertical et dans le sens longitudinal; elle peut atteindre 19 à 20 centimètres dans le sens longitudinal, et 15 ou 16 dans le sens transversal, et la partie découverte mesure dans ce cas 10 à 11 centimètres environ; on voit ainsi que le cœur a pris une forme globuleuse bien caractéristique dans l'insuffisance mitrale.

PALPATION. — A la palpation on constate le choc de la pointe dont l'impulsion semble, en général, moins nette que dans le rétrécissement mitral. Mais le point important c'est l'existence d'un frémissement cataire au niveau de la pointe du cœur, avec propagation vers l'aisselle. Il est quelquefois assez faible et donne alors la sensation d'un frôlement, d'autres fois il est plus vibrant, mais presque jamais n'atteint la rudesse et l'intensité du frémissement vibratoire du rétrécissement mitral. De plus, alors que ce dernier est diastolique, se renforce durant la présystole pour finir au moment où commence le choc systolique de la pointe, le frémissement cataire de l'insuffisance mitrale est nettement systolique, persiste durant toute la durée de la systole et cesse un peu avant le claquement des sigmoïdes. Le frémissement est engendré par les vibrations sonores que produit l'ondée sanguine, en refluant, pendant la systole, du ventricule dans l'oreillette à travers l'encoche de la mitrale insuffisante. Ces vibrations se traduisent à l'auscultation, par un bruit de souffle intense que nous allons décrire: il s'agit donc là du même phénomène, mais perçu par deux sens différents.

AUSCULTATION. — Le souffle de l'insuffisance mitrale présente des caractères très importants:

a. Son moment est systolique, c'est-à-dire commence avec la contraction même du ventricule, et se prolonge pendant toute la durée du petit silence, en s'affaiblissant graduellement. Son intensité est d'emblée à son maximum et loin de présenter, comme dans le rétrécissement mitral, un renforcement, elle s'affaiblit progressivement. C'est que dès le début, le reflux sanguin s'opère avec une vitesse maximum qui diminue dès que l'oreillette, en se remplissant peu à peu, lui oppose une résistance plus grande.

b. Siège. — D'après Peter, le maximum du bruit de souffle existerait à « la partie moyenne du ventricule, c'est-à-dire dans la zone valvulaire, là où il se produit ». Heitler, plus récemment, a déclaré que le souffle a deux foyers: la pointe, la région entre la pointe et le sternum.

Telle n'est point cependant l'opinion générale qui considère que le maximum du souffle se trouve au niveau même de la pointe du cœur (Potain).

On est surpris au premier abord que le souffle mitral, qui naît « à la base des ventricules » et qui, à cause du sens du courant devrait se propager vers l'oreillette, se dirige au contraire vers la pointe du cœur, c'est-à-dire en sens inverse du courant. Plusieurs raisons expliquent ce phénomène en apparence contradictoire sur lequel Briquet (1836) a insisté un des premiers.

1. On sait que le bord antérieur du poumon gauche s'avance au-devant de la base du cœur, et la recouvre en partie au niveau de la valvule mitrale qu'il éloigne ainsi de l'oreille, et dont il transmet difficilement les sons; au contraire la pointe du cœur se dégage à la partie inférieure, se met en contact avec la paroi thoracique et constitue pour les bruits mitraux, la voie de transmission la plus directe. On peut donc dire que le maximum du souffle s'entend dans le point où le ventricule gauche est plus immédiatement en rapport avec la paroi thoracique (Friedreich).

2. En second lieu, nous avons vu que dans l'insuffisance, l'appareil mitral représente une sorte de cône, dont le sommet saillant dans le ventricule, est très rapproché de la pointe du cœur vers laquelle l'attirent les cordages tendineux fortement tendus et raccourcis. Or, il résulte des curieuses expériences de Bergeon (1868) que lorsqu'une colonne liquide s'engage par le sommet d'un cône, elle se brise, et ses vibrations se propagent dans le sens inverse du courant, c'est-à-dire en appliquant ce principe à l'insuffisance mitrale, vers la pointe du cœur.

3. Enfin, le maximum du souffle au niveau de la pointe s'explique encore, par la transmission des vibrations de la valvule vers la région

apexienne, par l'intermédiaire de ses cordages tendineux et des muscles papillaires.

c. Propagation. — De la pointe, où il présente son maximum, le souffle décroît de plus en plus à mesure qu'on remonte vers la base du cœur, mais par contre, il se propage vers la région axillaire gauche et même vers le milieu de la région dorsale du même côté entre le bord spinal de l'omoplate et le rachis au niveau des 6^e et 7^e vertèbre dorsale, c'est-à-dire dans la région correspondant à l'oreillette gauche vers laquelle le souffle se transmet également. Le souffle dorsal peut être intense au point de couvrir le murmure respiratoire, par suite de sa propagation dans les veines pulmonaires elles-mêmes, c'est ce que Duroziez appelait le *pouls pulmonaire*.

d. Intensité. — Elle est très variable : le souffle peut être *doux, filé*, et a été comparé alors avec justesse à un bruit de soufflet ; dans d'autres cas, il est de tonalité plus haute et rappelle, comme on l'a dit, un jet de vapeur. Dans d'autres cas encore, il est *vibrant, rude, râpeux* (bruit de râpe, de scie, de lime, etc.) ; il s'agit alors, le plus souvent d'une insuffisance limitant un orifice dont les bords, modérément écartés, sont rigides et rugueux. Au contraire, l'insuffisance sans lésion de la valvule, c'est-à-dire purement *fonctionnelle*, ne donne lieu qu'à un *souffle doux et profond* ; il peut disparaître par le repos et la digitale, en même temps que le cœur reprend son volume normal.

On ne saurait, par les caractères du souffle, diagnostiquer le degré de la lésion. En effet, lorsque par un orifice largement béant, c'est-à-dire lorsque l'insuffisance est très large, le sang reflue dans l'oreillette sans rencontrer d'obstacle, il ne peut engendrer qu'un *murmure très léger* et très bref qui même peut manquer tout à fait. De même lorsque le pertuis qui constitue l'insuffisance est très petit, la colonne sanguine passe presque tout entière dans l'aorte, et l'ondée qui rétrograde dans l'oreillette est trop faible pour produire un souffle appréciable. Dans ce cas cependant, un peu d'accélération de la circulation, un léger exercice musculaire suffiront à faire apparaître le bruit morbide (Raynaud). On peut donc dire en général, que les souffles les plus intenses correspondent à des insuffisances moyennes.

e. Timbre. — Il est tantôt *grave*, tantôt *aigu, sibilant*. Parfois il emprunte le caractère *musical*, et peut rappeler le timbre d'une corde en vibration. Dans ce dernier cas, il semble être produit surtout par la présence d'un cordage tendineux détaché d'une de ses insertions et flottant par son extrémité libre dans le courant sanguin. D'autres fois, ainsi que cela arriva dans un fait curieux observé par Potain, le cordage détaché de la valvule, se trouvait fixé à la paroi ventriculaire et tendu sur le trajet de la colonne sanguine qui le mettait en vibration en produisant un

bruit de guimbarde. Quelquefois aussi on a noté des bruits de crécelle, de roucoulement, de bourdonnement d'abeille, etc. Ces bruits bizarres sont, comme on l'a dit justement, *surajoutés* au souffle de l'insuffisance. Ils sont dus aux vibrations produites à chaque systole, par un corps étranger pédiculé, un caillot sanguin, une plaque athéromateuse, etc. interposés dans le pertuis de l'insuffisance.

Dans l'insuffisance fonctionnelle, le souffle est transitoire et disparaît soit spontanément, soit après le repos et un peu de digitale qui fait disparaître la dilatation du ventricule, cause de cette insuffisance temporaire. Dans l'insuffisance spasmodique le souffle peut également être fugace.

Le timbre du souffle de l'insuffisance mitrale peut simuler encore un bruit de *piaulement* ; en général, quand il est *permanent*, il se rattache à de grands délabrements ou perte de substance de l'appareil valvulaire ; dans des circonstances plus rares, on l'a noté dans des anévrysmes valvulaires perforés. Lorsqu'il est *transitoire*, on peut le rapporter à un corps étranger, presque toujours un caillot interposé dans l'appareil valvulaire (Peter).

f. Disparition. — Lorsque la maladie, arrivée à la période *asystolique*, s'accompagne de dilatation considérable du ventricule avec altération profonde du myocarde, la systole ventriculaire affaiblie ne peut donner naissance qu'à une colonne rétrograde trop faible pour produire un bruit de souffle ; dès lors, celui-ci qu'on avait constaté pendant la période d'état, disparaît complètement bien que l'insuffisance persiste toujours. Ajoutons qu'à moins qu'il ne s'agisse d'une attaque ultime d'asystolie, on verra réapparaître le souffle, sous l'influence du repos et de l'administration judicieuse de la digitale, laquelle pour un temps variable, restituera au ventricule une partie de son énergie contractile.

Bruit tricuspide conservé. — Si, de la pointe du cœur où le souffle mitral présente son maximum d'intensité, l'oreille se rapproche progressivement vers l'extrémité du sternum au voisinage de son bord gauche, on constatera à la fois la disparition du souffle et l'existence du premier bruit du cœur, dû au claquement normal de la valvule tricuspide.

Accentuation du second bruit pulmonaire. — Signalée par Skoda, elle indique l'élévation de la tension dans l'artère pulmonaire et reconnaît pour cause la stase de l'oreillette gauche et des veines pulmonaires. Cette accentuation paraît moins marquée peut-être dans l'insuffisance que dans le rétrécissement mitral.

Irrégularités du rythme cardiaque. — Outre l'existence d'un souffle systolique à la pointe, on est frappé quand on ausculte le cœur d'un malade atteint d'insuffisance mitrale, de l'arythmie particulière de ses

bruits, et cela même dans les premiers temps de la maladie. Ce sont des irrégularités de toutes sortes : des battements inégaux, irréguliers, intermittents, des faux-pas du cœur comme s'il se contractait à vide ; des bruits sourds, tumultueux, dédoublés ou redoublés ; des séries de battements précipités et inégaux succèdent à de courtes périodes de calme, puis l'incoordination reparait, surtout si le malade fait un effort soutenu ou quelques mouvements brusques.

Ces irrégularités du rythme cardiaque, qui s'accroissent davantage aux périodes avancées de la maladie, sont d'une interprétation difficile. Potain pense qu'il faut attribuer la cause première aux mouvements respiratoires qui modifient sensiblement la tension dans l'appareil circulatoire et spécialement dans l'oreillette gauche ainsi que Marey l'a établi. Par suite, la systole du ventricule rencontre devant elle une résistance fort variable suivant que la révolution cardiaque coïncide avec tel mouvement respiratoire (inspiration ou expiration) d'où probablement l'irrégularité des battements du cœur.

D'autre part, on a cru trouver encore une explication du phénomène en s'appuyant sur certains tracés cardiographiques de Tridon (1875) qui semblent indiquer que les systoles ventriculaires sont arythmiques, parce qu'elles sont privées du point d'appui que leur offre à l'état normal la valvule mitrale, lorsqu'elle obture complètement l'orifice auriculo-ventriculaire. C'est qu'en effet, par suite de l'insuffisance, il s'établit un véritable *va-et-vient* continu de la colonne sanguine entre le ventricule et l'oreillette, ce qui rend compte de la grande irrégularité des battements cardiaques.

Peter de son côté attribue ces irrégularités à une perturbation de l'innervation.

Ces théories expliquent assez bien le phénomène lorsqu'il se produit dans les premières périodes de l'insuffisance mitrale, mais lorsque ces irrégularités se rencontrent à un stade avancé de la maladie, on peut les attribuer en partie aux altérations profondes qu'a subies le muscle cardiaque.

Pouls. — Les caractères du pouls reproduisent fidèlement les irrégularités du rythme cardiaque.

En effet, le pouls est *petit, inégal, irrégulier* et fréquemment *intermittent*. Il est petit, parce qu'à chaque systole, l'ondée sanguine rétrograde diminue considérablement la colonne sanguine lancée dans l'aorte ; irrégulier et inégal parce qu'il correspond exactement aux contractions du cœur, variables dans leur rythme et dans l'intensité de leur systole ; enfin intermittent parce que l'ondée projetée dans l'aorte est souvent insuffisante pour soulever l'artère radiale. Dans ce cas, si on ausculte le cœur en même temps qu'on prend l'artère radiale avec

le doigt, on entend le bruit cardiaque, mais on ne perçoit aucun soulèvement de l'artère (fausse intermittence).

Au *sphygmographe* on obtient un tracé qui n'a rien de pathognomonique (voir fig. 24). La ligne d'ascension est peu élevée, et varie de hauteur d'une pulsation à l'autre ; la ligne de descente, son obliquité

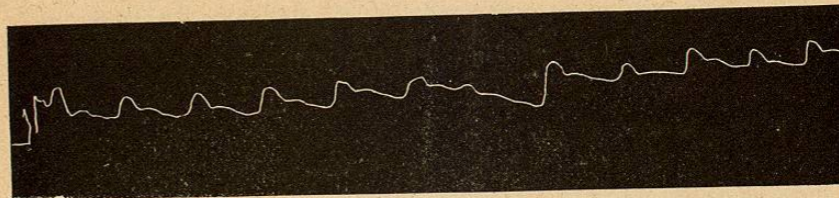


Fig. 24.

et ses ressauts sont également très différents dans toute une série de pulsations : on voit fréquemment une pulsation normale succéder à une série de petites élévations à peine ébauchées. Lorsqu'on approche de la période asystolique, la contraction du ventricule est si faible, que le tracé consiste seulement dans une horizontale légèrement onduleuse.

VARIÉTÉS CLINIQUES. — A. *L'insuffisance mitrale des artérioscléreux* (Huchard, Faure-Miller, G. André) donne lieu à quelques signes particuliers : le souffle systolique de la pointe, rude, intense, se propage jusqu'à l'orifice aortique où on l'entend parfois avec un éclat aussi fort qu'à la pointe (*souffle mitro-aortique*, Huchard), et il peut y avoir alors association de lésion mitrale et de rétrécissement sous-aortique. Les attaques d'asystolie y sont soudaines, en rapport avec des accès de dilatation cardiaque aigüe ou subaigüe ; outre la terminaison par asystolie, la mort survient parfois subitement par angine de poitrine due à une coronarite concomitante, ou rapidement par urémie ou par hémorrhagie cérébrale.

B. *L'insuffisance mitrale fonctionnelle* cause quelquefois dans l'appareil circulatoire des perturbations plus profondes que celles par lésions de la valvule ; car outre qu'elle est généralement très développée, elle coïncide avec des altérations profondes du muscle cardiaque qui entretiennent la dilatation ventriculaire, cause première de l'insuffisance fonctionnelle.

C. *L'insuffisance aigüe par rupture valvulaire* se manifeste par une douleur intense et subite de la région précordiale avec oppression vive et tendance à la cyanose et aux lipothymies. La mort peut survenir en quelques heures ou en quelques jours, mais le malade peut surmonter la crise aigüe, et fournir encore une survie assez longue. L'auscultation, au début même, ne révèle qu'une grande perturbation dans les bruits du cœur ; plus tard se montre un souffle systolique intense à la

pointe, à timbre *grave, profond* et souvent *musical* si le délabrement valvulaire est considérable.

Marche et Terminaisons. — Contrairement à ce qui se passe dans les affections aortiques, la *période d'état ou de compensation* de l'insuffisance mitrale est *fort courte*, et les nombreux accidents qui résultent de la dilatation cardiaque ne tardent guère, en général, à apparaître de très bonne heure. Les *palpitations* et surtout l'*oppression* se montrent à des intervalles très rapprochés ; le malade est anhéant au moindre effort et se plaint de manquer d'air. Bientôt ces troubles deviennent permanents, et la stase qui s'établit dans la circulation pulmonaire se traduit bientôt par des signes de *congestion œdémateuse*, avec de la toux, des crachats mousseux quelquefois teintés de sang. L'énergie contractile du *cœur droit* s'épuise rapidement, et sa *dilatation* est suivie d'encombrement dans toute la circulation veineuse : l'*œdème des membres inférieurs*, devenu permanent, gagne de proche en proche ; le *foie augmente de volume*, il est douloureux à la pression, et sa congestion s'accuse encore par une teinte subictérique manifeste. Bientôt l'*ascite* apparaît : le scrotum et la paroi abdominale s'infiltrent, les urines deviennent rares, sont chargées de sédiments rougeâtres et renferment le plus souvent un peu d'*albumine* par congestion rénale. Enfin des *accidents cérébraux* et des *troubles gastriques* aggravent encore ce complexe asystolique déjà si chargé. Cependant, malgré la gravité de semblables accidents, le malade sous l'influence du repos et d'une thérapeutique bien dirigée, recouvre un état de santé relatif dont la durée est fort variable. Mais peu à peu, de nouvelles crises se manifestent devenant chaque fois de plus en plus longues, et c'est ainsi qu'après un nombre variable de crises analogues, le malade entre définitivement dans l'*asystolie finale* et succombe par *asphyxie lente* au bout d'une *longue agonie*.

Dans quelques cas exceptionnels, la mort survient d'une façon plus rapide à la suite d'une *syncope*, ou d'une *crise suraiguë de suffocation* due à la formation d'une *thrombose intra-cardiaque* obstruant « les gros vaisseaux ou gênant le jeu des valvules ».

Quant à la mort subite, fréquente dans les affections aortiques, elle est infiniment plus rare dans l'insuffisance mitrale.

Complications. — Sans parler du *rétrécissement mitral* ou de l'*insuffisance aortique* qui sont des lésions associées, aggravant le pronostic de l'affection, l'insuffisance mitrale se complique assez fréquemment, dans la période avancée, d'*insuffisance tricuspidiennne fonctionnelle* résultant d'une dilatation extrême du ventricule droit consécutive à l'affection du cœur gauche. Elle se caractérise par ses signes habituels : *souffle systolique grave*, à la *partie inférieure et gauche*

du sternum, *pouls veineux vrai des jugulaires* et *battements veineux hépatiques*. Elle peut être temporaire et disparaître au bout de quelques jours, alors que, sous la double influence du repos et de la digitale, on voit à l'aide de la percussion méthodique le cœur reprendre son volume normal.

Pronostic. — Les affections mitrales, et plus particulièrement, encore l'insuffisance, comportent un *pronostic sévère* ; et si certaines conditions paraissent en atténuer le caractère sérieux, il est toujours grave surtout si l'insuffisance se complique de rétrécissement.

Chez les *enfants*, contrairement à ce qu'on observe chez l'adulte, l'*affection cardiaque* a pu quelquefois *disparaître totalement* (R. Blache). D'un autre côté, il est évident que la compensation sera assurée pendant une période beaucoup plus longue, chez le malade dont l'existence sera calme et régulière, exempte d'émotions vives et de fatigue musculaire exagérée, que chez l'artisan soumis à un travail pénible, demandant des efforts musculaires constants. De même l'état de grossesse sera une condition fâcheuse pour le pronostic, et les *accidents* dits *gravido-cardiaques*, pourront être à redouter, surtout, si l'insuffisance est compliquée de rétrécissement.

D'autres *conditions, tirées de l'étendue de la lésion* et de la puissance variable de l'énergie contractile du ventricule, modifient sensiblement le pronostic. Celui-ci sera relativement meilleur dans les cas d'insuffisance légère, simple et non compliquée, que dans ceux où la communication auriculo-ventriculaire se fait par un large pertuis béant, ou résulte d'une rupture avec grand délabrement de l'appareil valvulaire. Le *pronostic* sera *plus grave* encore si l'*insuffisance* est *compliquée de rétrécissement mitral*. Quant au myocarde, on concluera qu'il est encore résistant lorsque le rythme cardiaque sera régulier, que les bruits d'auscultation seront fort nets et que le choc de la pointe sera énergique.

Au contraire, un pouls filiforme, arythmique, des bruits cardiaques sourds, tumultueux, un souffle systolique très faible ou même nul après avoir été fort net, seront des signes de très fâcheux augure. Les signes de *dilatation du cœur droit* et d'engorgement profond du système veineux, se traduiront par l'apparition d'un pouls veineux systolique, indice d'une *insuffisance tricuspidiennne* compliquant la lésion mitrale. Enfin, un état d'asphyxie permanent avec bouffissure et cyanose, de l'anasarque, de l'ascite, des urines très rares, joints à un état de somnolence presque permanent ou de délire tranquille avec paroles incohérentes, indiquent une fin prochaine précédée d'un état de pénible agonie qui peut durer pendant quelques jours encore.