

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.

Diagnostic. — Le *signe caractéristique* de l'insuffisance mitrale, étant la présence d'un *souffle systolique à la pointe du cœur*, le diagnostic de la maladie n'offre pas, en général, de grandes difficultés surtout lorsque le souffle est accompagné des phénomènes généraux que nous venons de passer en revue.

Cependant il est des cas où le *souffle* a été confondu avec un *frottement péricardique* ou réciproquement ; dans d'autres circonstances, le souffle tout en étant reconnu, a pu être interprété de différentes façons, et regardé tantôt comme un *souffle cardio-pulmonaire*, tantôt comme un *souffle anémique*, ou un *souffle fébrile*. Nous avons déjà fait précédemment cette étude de diagnostic différentiel (voir pages 133 et suivantes) avec tous les détails qu'elle comporte ; nous ne ferons ici qu'en résumer les points principaux.

a. Le *frottement de la péricardite* est un bruit plus sec, plus inégal que le souffle, il n'a point, comme ce dernier, son siège maximum à la pointe même du cœur, mais un peu au-dessus, ou plus exactement vers la région moyenne du ventricule. Le souffle de l'insuffisance mitrale, est rigoureusement systolique, et se propage vers la région axillaire gauche et même vers le rachis ; le frottement péricardique est sans rapport exact avec les temps de la révolution cardiaque, il commence avant ou après l'un de ses bruits, pour finir également avec la même irrégularité ; enfin il ne se propage point : il naît et meurt sur place, comme on dit souvent. Un dernier caractère différentiel peut être encore ajouté : Stokes a montré que le frottement péricardique atteint son maximum quand on ausculte le malade assis et penché en avant ; le souffle mitral n'est influencé par l'attitude du malade, que d'une façon tout à fait irrégulière, et en tous cas, son intensité est plutôt plus grande dans le décubitus dorsal que dans la position assise.

b. Après avoir rejeté le frottement et admis qu'il s'agit bien d'un bruit de souffle, il faudra établir ensuite le diagnostic différentiel du souffle de l'insuffisance mitrale avec les *souffles cardio-pulmonaires systoliques de la pointe* ; voici en quelques mots les signes distinctifs de ces deux espèces de bruits.

Le *souffle de l'insuffisance mitrale* siège au niveau même de la pointe, il est rigoureusement systolique ; sa tonalité est haute et son timbre généralement rude, en jet de vapeur, et quelquefois râpeux. Sa durée est permanente sauf à la période asystolique où il peut disparaître ; enfin ce souffle, qui se propage vers l'aisselle gauche, l'angle inférieur de l'omoplate et même le rachis, s'accompagne de troubles fonctionnels nombreux.

Les *souffles cardio-pulmonaires*, siègent tantôt à la pointe du cœur (*apexiens*) mais plus fréquemment encore, au-dessus, en dehors ou en

dedans de cette région (souffles *sus, para, ou enda-pexiens*) ; leur moment est presque toujours méso-systolique. Leur tonalité est moyenne, leur timbre doux, voilé, aspiratif ; leur mutabilité est extrême : ils paraissent, disparaissent, et changent parfois de rythme et de timbre durant le même examen. Ces souffles, dont la propagation est nulle, présentent leur maximum d'intensité dans le décubitus dorsal, diminuent ou même disparaissent dans la station debout ; le souffle mitral il est vrai, peut quelquefois aussi augmenter un peu d'intensité dans le décubitus dorsal, mais il existe de très nombreuses exceptions à ce sujet. Enfin, et c'est là un caractère très important, les souffles cardio-pulmonaires ne s'accompagnent d'aucun trouble dans la santé.

c. Il arrive fréquemment qu'on rencontre chez les *chlorotiques*, des bruits de souffle au voisinage de la pointe du cœur ; ils ont été considérés comme signe d'une insuffisance tricuspидienne liée à la chlorose et à l'anémie (Parrot), ou d'une insuffisance mitrale fonctionnelle, par dilatation du cœur (Balfour) ou paralysie des muscles papillaires. Mais en examinant de très près les caractères de ces souffles, on s'aperçoit que ces derniers ne sont point isochrones avec la systole, mais en retard sur le début de celle-ci ; que leur siège est autour de la pointe et non à la pointe même, enfin qu'ils ne présentent aucune propagation ; ils présentent donc les caractères des souffles cardio-pulmonaires et peuvent être considérés comme tels.

d. Quelques auteurs cherchent encore à établir un diagnostic différentiel entre le souffle de l'insuffisance mitrale et certains *souffles dits fébriles*. Ceux-ci sont doux, prolongés, et s'observent surtout à la partie moyenne du cœur plutôt qu'à la pointe, ils sont fugaces, transitoires, sans propagation, disparaissent en même temps que l'état fébrile va en décroissant. Ces souffles, pour des raisons déjà indiquées, doivent pour la plupart, rentrer dans la classe des souffles cardio-pulmonaires.

e. Lorsqu'après ce travail d'élimination, le clinicien a établi qu'il s'agit nettement d'un souffle systolique à la pointe du cœur d'origine organique, il peut être conduit, dans certains cas, à faire le diagnostic différentiel entre l'insuffisance mitrale et l'*insuffisance tricuspидienne*. Cette dernière se reconnaît par les caractères suivants : Le souffle systolique occupe, non la pointe du cœur, mais le bord gauche du sternum, au niveau de l'insertion du cinquième cartilage costal environ. De là, le souffle se propage vers la droite et non vers la région axillaire gauche comme le souffle mitral, de plus, et c'est là un caractère important, le souffle mitral peut s'entendre jusque dans le dos au niveau du rachis, ce qu'on n'observe pas dans l'insuffisance tricuspидienne (Duroziez). Toutefois s'il est des cas où la distinction reste difficile à établir, elle ne l'est plus quand on rencontre le pouls veineux vrai des jugulaires et le pouls veineux vrai du foie, tous

deux, signes certains d'insuffisance tricuspidiennne. Ces phénomènes, qui sont dus à la régurgitation pendant la systole du sang veineux du ventricule droit dans l'oreillette et dans les deux veines caves, se traduisent par un soulèvement rythmique des jugulaires, et d'un autre côté, par un battement profond et rythmé, perceptible à la palpation, au niveau de la région hépatique et surtout vers l'épigastre au niveau du lobe gauche du foie. Ces *pouls veineux* sont rigoureusement *systoliques*, c'est-à-dire que le moment du soulèvement de la veine coïncide exactement avec la systole du ventricule. Ce caractère est capital ; nous avons montré, en effet, (voir page 158) qu'il existe des pouls veineux faux qui n'ont aucune valeur pour le diagnostic de l'insuffisance tricuspidiennne.

Mais à côté de ces cas simples, on rencontre des faits plus complexes : nous avons vu en effet que l'insuffisance tricuspidiennne peut compliquer l'insuffisance mitrale parvenue à un stade avancé, et surtout aux approches de l'asystolie ; dans ce cas le diagnostic est plus délicat, toutefois la coexistence de deux bruits de souffle, de siège, de timbre et de propagation très différents, jointe à la constatation des pouls veineux vrais, établira le diagnostic d'une façon péremptoire.

f. L'insuffisance mitrale quoique fréquemment associée au rétrécissement de l'orifice, s'observe néanmoins isolément un grand nombre de fois ; on se rappellera qu'elle est constituée exclusivement par un souffle systolique de la pointe, et que chez elle la période diastolique ne donne lieu à aucun signe morbide. Au contraire, dans la sténose mitrale, la systole est muette (quelquefois cependant le premier bruit est dur et brusque mais jamais soufflant), et c'est durant la diastole que se manifestent les signes physiques : roulement diastolique avec renforcement présystolique, et dédoublement du second bruit.

Dans la *maladie mitrale* proprement dite, l'association de l'insuffisance et du rétrécissement se trouve réalisée. On perçoit alors à la palpation au niveau de la pointe, un frémissement cataire intense diastolique prolongé un peu dans la systole, à l'auscultation un roulement diastolique et présystolique suivi d'un bruit de souffle de timbre différent, commençant avec la systole ventriculaire et prolongé pendant toute la durée du petit silence ; enfin à la base du cœur, un dédoublement constant du second bruit. A vrai dire, ce rythme est souvent modifié par le peu de netteté ou même l'absence d'un ou même de deux de ces signes physiques, mais le diagnostic n'en sera pas moins certain, si par exemple, on constate nettement le souffle systolique et après lui le dédoublement du second bruit normal.

g. Lorsque le diagnostic a établi nettement qu'il y a insuffisance mitrale, il est intéressant de rechercher la cause de l'affection cardiaque.

Dans l'insuffisance d'origine endocardique, c'est au rhumatisme articulaire aigu, et après lui à une maladie infectieuse et en particulier

à la scarlatine, qu'on peut rapporter la maladie ; les antécédents du malade seront très souvent affirmatifs à cet égard.

Dans l'insuffisance des artérioscléreux, la goutte, la sénilité, peut-être même la syphilis, et la plupart des causes habituelles de l'artériosclérose ont pu être invoquées, mais l'influence pathogénique de ces affections est moins solidement établie que pour les affections aortiques.

Quelquefois dans le cours d'une grossesse ou pendant l'état puerpéral, on verra apparaître des accidents graves nés sous l'influence d'une lésion mitrale, restée méconnue jusqu'alors (Peter).

Enfin dans certains cas, l'origine première de l'endocardite mitrale reste obscure.

Un *début brusque*, avec gravité d'emblée des accidents consécutifs, éveillera l'idée d'une rupture soudaine des tendons de la valvule mitrale, survenue après un violent effort (Corvisart, Latham, etc.) ou à la suite d'un traumatisme de la région précordiale (Legendre, Potain, Barié). L'intensité extrême des bruits, ou mieux encore leur caractère insolite (bruit musical, bourdonnement d'abeille, bruit de vibration d'une corde métallique, etc.), seront encore en faveur de ce diagnostic.

Traitement. — 1. Au début, lorsque la maladie présente encore les caractères de l'endocardite aiguë ou subaiguë, on s'adressera aux moyens que nous avons indiqués déjà, à propos du traitement des endocardites aiguës (voir page 338).

2. Plus tard, lorsque l'affection définitivement constituée, est à la période d'état sans que les troubles fonctionnels aient encore apparu, c'est l'hygiène qui constitue à elle seule presque tout le traitement : une vie calme, régulière, à l'abri autant que faire se peut, des émotions vives, une profession n'exigeant pas d'efforts violents, l'interdiction de toute fatigue musculaire exagérée, la sobriété, l'abstention des mets indigestes, de l'alcool, du café et du tabac, résument les prescriptions auxquelles le malade devra se soumettre sans relâche.

3. Lorsque surviendront les premiers indices de la période troublée, l'hygiène seule sera insuffisante ; on devra recourir en plus aux calmants, aux sédatifs du cœur : les bromures alcalins, les valérianiques, les antispasmodiques, l'éther, et quelquefois même un peu de digitale, un régime doux, et quelques purgatifs suffiront le plus souvent. Mais peu à peu apparaissent ces deux grands phénomènes qui, cliniquement, traduisent surtout l'insuffisance mitrale, l'irrégularité des battements du cœur et la diminution de son énergie contractile. Le médicament par excellence c'est alors la digitale : « dans aucune affection cardiaque, elle ne se montre d'une efficacité plus constante que dans l'insuffisance mitrale ». Nous avons vu précédemment comment la colonne sanguine que le ventricule gauche

lancerait tout entière dans l'aorte pendant la systole s'il n'y avait pas insuffisance de la mitrale, reflue, par suite de celle-ci, en partie dans l'oreillette et y élève la tension, puis va repasser dans ce même ventricule pendant la diastole suivante, par l'effet de la contraction de l'oreillette distendue et hypertrophiée. La colonne sanguine décrit donc ainsi une sorte de *va-et-vient incessant*, de l'oreillette vers le ventricule et du ventricule vers l'oreillette, et comme la valvule mitrale devenue insuffisante, cesse d'être un point d'appui au ventricule pour lui permettre de lancer et de faire progresser régulièrement le liquide sanguin dans l'aorte, le sang ne circule plus dans ce vaisseau que d'une façon mal réglée.

De plus, par suite de l'insuffisance valvulaire, si la systole ventriculaire est très lente, elle fera refluer la plus grande partie du sang vers l'oreillette et une faible portion seulement gagnera l'aorte, ce qui entrave singulièrement l'équilibre circulatoire ; au contraire avec une systole brusque, la résistance au niveau de l'orifice mitral s'accroît proportionnellement à la vitesse et devient bientôt supérieure à celle de la pression aortique ; il en résulte que le sang passe dans l'aorte en proportion d'autant plus considérable, que la rapidité et l'énergie de la contraction sont plus grandes. Une contraction ventriculaire énergique est donc extrêmement favorable au bon fonctionnement du cœur dans l'insuffisance mitrale. C'est pourquoi *l'usage de la digitale, y devient utile, indispensable même, aussitôt que la dilatation cardiaque atteint un certain degré, et que l'arythmie est manifeste.*

On donnera donc la digitale, à petites doses, et pendant une période assez prolongée, en suspendant la médication en temps opportun pour éviter les accidents d'intolérance. On prescrirait par exemple : quinze gouttes de teinture alcoolique de digitale (qui correspondent à 0,05 centigr. de feuilles environ) par jour, ou mieux un granule de 1/4 de milligramme de digitaline cristallisée. Cette médication pourra être suivie durant 6 à 8 jours au plus, puis abandonnée et reprise au bout du même temps si les accidents cardiaques se renouvellent.

4. Mais cette façon de procéder, excellente pour tenir le cœur en bride pour ainsi dire, sera impuissante à la période d'asystolie véritable. Ici encore, c'est à la digitale ou mieux à la digitaline qu'il faut recourir mais la façon de procéder sera tout autre (*voir traitement de l'asystolie*).

Le malade gardera le *repos complet au lit*, puis après avoir pris une *purgation saline*, ou mieux des *drastiques* (scammonée et jalap en poudre 0,30 à 0,50 centigr. de chaque pour un cachet, ou encore 15 à 20^{gr} d'eau-de-vie allemande) pour faire une puissante dérivation intestinale, on prescrira, pour le lendemain 0,30 à 0,50 centigr. de feuilles de digitale en infusion ou mieux en macération dans 120 à 150 gram. de véhicule, édulcoré d'un sirop diurétique : sirop des cinq

racines, d'uva-ursi, etc., ou ce qui sera bien préférable, *cinquante gouttes de la solution alcoolique au millième de digitaline cristallisée* de Nativelle qui correspondent à un milligramme de digitaline cristallisée, dans un peu d'eau ou d'infusion aromatique qu'on prendra en deux fois, le matin à jeun, *pendant un jour seulement*. Cette préparation, dont nous avons montré à différentes reprises, la puissance diurétique considérable, produira dès le lendemain une débâcle urinaire qui persistera durant plusieurs jours, et qu'on pourra réveiller encore en donnant, trois ou quatre jours après la première dose, une dose nouvelle, mais plus faible (15 à 30 gouttes. par exemple) et pour un jour seulement.

Ce traitement, complété par le *régime lacté* durant 6 à 8 jours en moyenne, fera disparaître les œdèmes périphériques, régularisera les mouvements du cœur, et ralentira le pouls. Le malade aura traversé une crise d'asystolie et présentera pour un temps variable, un retour à la santé, du moins apparent. L'action diurétique de la digitale pourra être continuée par la *théobromine* (qui n'exige point le régime lacté), et un peu plus tard l'action tonique et régulatrice de la médication digitalique, sera poursuivie par le *strophantus* qui ne présente point d'action accumulative, et peut être prescrit sans danger aucun, durant 15 à 20 jours et peut-être davantage. Il va sans dire que les accidents secondaires de congestions viscérales, d'hydropisie des séreuses, etc., réclament leur thérapeutique habituelle, sur laquelle nous n'avons pas à insister ici.

En résumé, les effets de la digitale dans l'insuffisance mitrale sont les suivants :

a) *Du côté des vaisseaux périphériques* : 1° élévation de la tension artérielle, qui a pour effet de provoquer la diurèse, d'activer le courant circulatoire et par suite de ménager l'action du ventricule fatigué ; 2° diminution de la tension veineuse, ce qui prédispose à la disparition des œdèmes et des stases périphériques.

b) *Du côté du cœur* : 1° exagération des forces toniques de résistance à la dilatation ; 2° accroissement d'énergie de la contraction ventriculaire. Celle-ci va augmenter en même temps, il est vrai, l'énergie du reflux vers l'oreillette et par suite l'intensité du souffle systolique, mais elle élèvera aussi la proportion de la masse sanguine qui passe dans l'aorte qui s'accroît avec l'énergie de la systole¹.

Pendant dans l'insuffisance mitrale, la période d'asystolie finale est plus précoce que dans les affections aortiques ; voici en effet ce qui se passe : déjà à maintes reprises, c'est-à-dire à chaque manifestation d'hyposystolie, les malades ont été soumis au traitement digitalique : cinq fois, dix fois peut-être et plus, la médication a été couronnée

1. Voir pour plus de détails : E. Barié. — *Thérapeutique des maladies du cœur et de l'aorte*. Paris, 2^e édition, 1898.

de succès, mais à la longue, son action s'est épuisée et il arrive un moment où la digitale est devenue impuissante. Le malade, dont les membres inférieurs sont distendus par un œdème énorme, présente de l'oligurie, et est en proie à une vive dyspnée avec cyanose, refroidissement des extrémités, stase et congestion passive vers le poumon, le foie, les reins, le cerveau ; les bruits du cœur sont faibles, tumultueux, arythmiques.

Quelquefois même, l'insuffisance mitrale en pleine asystolie, se complique d'insuffisance tricuspidiennne, la stase veineuse est alors considérable et la cyanose excessive ; certains malades pourront dans ce cas trouver un soulagement évident dans une saignée qui produira une large déplétion veineuse, supprimera le barrage périphérique (Peter) qui s'opposait à l'action de la digitale, et celle-ci pourra reprendre, pour un certain temps, son action cardio-vasculaire. Mais cette médication ne saurait s'appliquer à tous les cas, et l'agent cardiaque qui, à cette période, possède encore une action réelle, est la caféine qu'il faut prescrire au moins à la dose de 0,50 à 0,75 centigr. par jour, en cachets, en potion, ou mieux en injections hypodermiques (3 par jour de 0,25 centigr. chacune par exemple, en évitant de faire la dernière dans la soirée à cause de l'excitation nocturne qu'elle peut provoquer), dont l'action diurétique est le plus souvent très rapide. Sous son influence en effet, les urines redeviennent abondantes et l'infiltration périphérique diminue ; en même temps le cœur peut reprendre momentanément un peu de son énergie. Ce moyen doit être encore aidé de révulsifs puissants. Cependant ce traitement rationnel qui n'a pu provoquer qu'une stimulation passagère du myocarde épuisé, ne tarde guère à se heurter aux manifestations asystoliques qui se montrent partout à la fois : le cœur altéré profondément dans son muscle, cesse de répondre à toute sollicitation médicamenteuse, et le malade, devenu véritablement un cachectique cardiaque, succombe le plus souvent à la suite de congestion œdémateuse ou d'inflammation bâtarde du côté des poumons.

RÉSUMÉ

INSUFFISANCE MITRALE

Définition. — Il y a insuffisance mitrale, quand, à chaque systole, le sang au lieu de passer en totalité du ventricule gauche dans l'aorte, reflue en partie dans l'oreillette gauche.

Divisions.

Nous considérerons deux classes distinctes :

A. INSUFFISANCE MITRALE AVEC LÉSIONS ANATOMIQUES, de beaucoup, la plus fréquente ; nous en compterons trois variétés.

1. L'insuffisance mitrale est d'origine endocardique, dans l'immense majorité des cas, et succède à l'endocardite née elle-même, sous l'influence : du rhumatisme polyarticulaire aigu en premier lieu ; des fièvres éruptives ; des maladies infectieuses.

2. L'insuffisance mitrale des artérioscléreux, ou d'origine artérielle, survient chroniquement d'emblée sous l'influence de l'artériosclérose.

Il y a lieu de décrire encore :

3. L'insuffisance mitrale par rupture de l'appareil valvulaire.

B. INSUFFISANCE MITRALE SANS LÉSIONS ORGANIQUES. — Beaucoup plus rare :

1. Insuffisance mitrale fonctionnelle, par dilatation exagérée de la cavité ventriculaire gauche.

2. Insuffisance mitrale spasmodique, par contraction spasmodique des muscles tenseurs de la valvule mitrale ; se rencontre chez les hystériques et les névropathes.

I. Insuffisance mitrale d'origine endocardique. — Lésions. Elles intéressent les lames valvulaires, les cordages tendineux, les muscles papillaires.

1. Valvule mitrale. — Aspect des lésions :

Épaississement, induration du bord libre des lames valvulaires empêchant leur adossement complet pendant la systole ; par suite, l'orifice mitral reste incomplètement fermé.

L'endocardite cantonnée au sommet du triangle de la grande valve ou valve antérieure, est suivie de rétraction cicatricielle avec formation de brides, de plis froncés sur la valvule qui se trouve ainsi raccourcie et déformée, d'où production d'une encoche permettant le reflux sanguin du ventricule dans l'oreillette.

Dans d'autres cas, il se forme des adhérences de la face ventriculaire ou des bords de la valvule avec la paroi ventriculaire : la mitrale se trouve ainsi immobilisée et incapable de fermer l'orifice.

Cas plus rares où l'insuffisance est produite par tumeur anévrysmale, par myxome occupant l'une des valves de la mitrale.

2. Cordages tendineux. — Indurés, incrustés, rétractés et raccourcis.

II. Insuffisance mitrale des artérioscléreux. Siège des altérations sur la petite valve (Lancereaux) ; trop absolu. Coïncidence avec lésions d'artériosclérose.

III. Insuffisance mitrale par rupture de l'appareil valvulaire (Corvisart, Laënnec, Potain, Barié, Rendu et Hallé).

Rupture spontanée ou traumatique.

Lésion porte, non sur le voile valvulaire lui-même, mais sur les cordages tendineux, et quelquefois sur les muscles papillaires (plus rare).

La brisure siège au milieu, ou à l'une des extrémités des cordages dont l'autre peut flotter librement dans la cavité ventriculaire.

Le plus souvent ce sont les cordages de la grande valve antérieure qui sont rompus ; quelques cas plus rares où ce sont ceux de la petite valve.

En général, avant la rupture, les cordages tendineux étaient déjà le siège d'altérations endocardiques préexistantes (voir Ruptures valvulaires).

IV. Insuffisance mitrale fonctionnelle, niée par Bamberger ; admise par Peacock, Friedreich, Gerhardt, Jaccoud, Dombrowski.

Pas de lésions anatomiques. Elle est transitoire.

Causes. a. — Par dilatation passive de l'orifice auriculo-ventriculaire (Peacock).

Explication difficilement acceptable.