

L'oreillette droite, qui à chaque systole est distendue par l'ondée rétrograde, se laisse peu à peu dilater; ses parois sont généralement amincies avec des épaissemments partiels, et ses faisceaux musculaires sont par place augmentés de volume; cet état donne à l'oreillette l'aspect général d'une vessie à colonnes.

Le reflux systolique incessant à travers l'orifice tricuspide incomplètement fermé, produit encore la distension excessive des gros troncs veineux qui s'abouchent dans l'oreillette droite :

La veine cave supérieure, les troncs brachio-céphaliques et le golfe de la veine jugulaire sont considérablement dilatés; la veine jugulaire elle-même est très élargie et la valvule qui la ferme devient par suite insuffisante.

Le même état se rencontre du côté de la veine cave inférieure, dilatée dès l'orifice même de l'oreillette; puis, après un étranglement au niveau de son passage à travers le diaphragme, la veine se renfle en une sorte d'ampoule dans laquelle les veines sus-hépatiques, dilatées elles-mêmes, viennent s'aboucher.

*Epreuve de l'eau.* — L'insuffisance tricuspide peut se déceler à l'amphithéâtre par l'épreuve dite « de l'eau ». Pour cela, on verse de l'eau de l'oreillette dans le ventricule droit; puis si l'on comprime celui-ci à pleine main, on voit que l'orifice tricuspide est incomplètement fermé par la valvule, et qu'une partie du liquide reflue dans l'oreillette, autrement dit qu'il y a insuffisance. Si au contraire on pratique la même manœuvre en ayant soin de soulever la pointe, l'insuffisance n'existe plus. C'est que dans ce dernier cas, en soulevant la région apexienne on rapproche les tendons de leur insertion valvulaire, et la tricuspide, n'étant plus attirée en bas et en dehors, conserve ses rapports normaux avec l'orifice et l'obture complètement.

II. — Le plus habituellement l'insuffisance tricuspide est simplement fonctionnelle; la valvule ne présente alors aucune altération, et les seules lésions consistent dans une dilatation de l'orifice tricuspide et de la cavité ventriculaire droite.

**Symptômes.** — Ce qui caractérise avant tout l'insuffisance tricuspide, c'est l'entrave considérable qu'elle apporte à la déplétion du système veineux par suite du reflux sanguin qui se produit, à chaque systole, dans toute la circulation veineuse générale; c'est pourquoi les troubles fonctionnels de la maladie sont généralement précoces.

Et d'abord les malades offrent un facies caractéristique: La peau présente une pâleur livide toute particulière mélangée d'une teinte cyanique prononcée: les lèvres sont bleuâtres, violacées, et il en est de même des pommettes et souvent du lobule du nez. Les conjonctives sont injectées et les sclérotiques présentent souvent aussi une

coloration subictérique manifeste. La face offre une certaine bouffissure, surtout au niveau des paupières; enfin les grosses veines de la région latérale du cou sont gonflées, turgescents et animées de soulèvements à grandes oscillations, d'une importance extrême pour le diagnostic.

A. Parmi les TROUBLES FONCTIONNELS, la dyspnée est à mettre au premier plan; elle résulte des perturbations profondes de la circulation pulmonaire et de la gêne de l'hématose; les malades sont anhéants, et en proie à des crises d'oppression paroxystiques à la suite des efforts ou des mouvements un peu brusques.

L'ascite, qui dans les affections du cœur gauche est presque toujours tardive, est ici précoce, et ne tarde guère à prendre un grand développement, alors que l'œdème des membres inférieurs est à peine marqué, et le plus souvent même, à peu près nul. Les malades accusent une sensation de pesanteur douloureuse dans l'hypochondre droit accrue très sensiblement par la palpation, et celle-ci montre que le foie est augmenté de volume.

Les sclérotiques et la peau ont une teinte subictérique plus ou moins accusée, mais le plus souvent, on ne trouve dans les urines, d'ailleurs rares, foncées, et quelquefois albumineuses, aucune trace de pigment biliaire avec le réactif de Gmelin. Elles donnent habituellement avec l'acide nitrique nitreux une coloration « vieil acajou » caractéristique de ce faux ictère par insuffisance hépatique, que Gubler a désigné autrefois sous le nom d'ictère hémaphérique.

C'est également au défaut d'épuration hépatique qu'il faut rapporter les troubles digestifs accusés par certains malades: l'appétit est nul, les digestions laborieuses, troublées par du pyrosis, du ballonnement et de la pesanteur à l'épigastre; enfin, on note parfois aussi des diarrhées profuses (Mahot), causées sans doute par la stase veineuse intestinale avec perturbations consécutives des sécrétions.

B. SIGNES PHYSIQUES. — A l'exploration de la région précordiale, on rencontre rarement une voussure thoracique appréciable.

PERCUSSION. — Elle dénote une augmentation de l'aire cardiaque, et accuse surtout une exagération de la matité transversale du cœur, avec déviation de la pointe vers la région axillaire gauche, signes évidents de dilatation des cavités droites.

PALPATION. — On perçoit quelquefois un frémissement cataire très léger, exactement systolique, ayant son maximum non au niveau de la région apexienne, mais au-dessus de l'épigastre, dans la zone correspondant au ventricule droit. Ce frémissement est inconstant, et n'a point la valeur de celui de l'insuffisance mitrale, d'ailleurs plus rude et siégeant à la pointe du cœur.

AUSCULTATION. — On perçoit un *souffle systolique*, décrit par Parrot<sup>1</sup> sous l'appellation de *souffle symptomatique de l'asystolie*. Son *maximum* n'est pas à la pointe du cœur, comme celui de l'insuffisance de la valvule mitrale, mais siège le plus souvent au *niveau du bord gauche du sternum et de l'appendice xiphoïde, vers l'insertion du quatrième ou du cinquième cartilage costal gauche*. Dans quelques cas, le siège maximum du bruit se trouve reporté plus à droite, et correspond plutôt au bord droit qu'au bord gauche du sternum.

Lorsque l'insuffisance tricuspidiennne est d'*origine endocardique*, c'est-à-dire liée à des altérations valvulaires, le *souffle* peut être *rude, râpeux*, en jet de vapeur et *permanent*.

Si au contraire, ce qui est le cas le plus fréquent, l'*insuffisance* est purement *fonctionnelle*, liée à la dilatation du ventricule droit, le *souffle* est généralement « *doux et filé* » et s'atténue progressivement pendant la durée du petit silence ; de plus, il est *transitoire*.

Quel que soit son timbre d'ailleurs, le *souffle systolique de l'insuffisance tricuspidiennne* ne se propage, ni vers l'aisselle gauche, ni vers la région du dos, ainsi que le fait le *souffle* de l'insuffisance mitrale.

L'existence d'un *souffle systolique* dans l'insuffisance de la tricuspide, niée autrefois par quelques auteurs, ne saurait être mise en doute. On en a la preuve évidente dans le cours du rétrécissement mitral par exemple, lorsqu'à la suite d'une crise asystolique on perçoit momentanément, en plus du roulement diastolique de la pointe, un *souffle systolique* au niveau de l'appendice xiphoïde ; si on donne alors de la digitale, le myocarde recouvre son énergie contractile, la dilatation du cœur droit disparaît (ainsi que le prouve la mensuration quotidienne de l'aire cardiaque) et avec elle l'insuffisance tricuspidiennne ; dès lors le *souffle systolique* cesse d'être perçu, alors que le roulement diastolique de la sténose mitrale n'a pas varié.

Le second bruit normal du cœur, dont les altérations sont si importantes pour le diagnostic du rétrécissement mitral, ne fournit ici aucune notion ; on a dit parfois qu'il diminuait d'intensité, au contraire Maurice Raynaud pense qu'il peut être plus éclatant à cause de l'élévation de la tension sanguine qui se produit généralement dans l'artère pulmonaire.

Le *pouls radial* ne présente pas non plus de caractère spécial : en général dans l'insuffisance tricuspidiennne pure, il est régulier, et plutôt petit ; mais si l'affection du cœur droit complique une lésion mitrale en asystolie, le pouls peut présenter alors une arythmie

1. Parrot, Arch. gen. de médecine, 1865.

considérable qui est le fait de l'asystolie plutôt que de l'affection tricuspidiennne.

SIGNES VEINEUX. — Les signes physiques les plus importants de l'insuffisance de la tricuspide sont ceux fournis par la régurgitation sanguine qui, à chaque systole, s'établit du ventricule droit dans l'oreillette et dans les veines qui s'y déversent, et donne lieu aux phénomènes importants du *pouls veineux vrai* de la jugulaire et des *battements veineux vrais hépatiques*.

1° *POULS VEINEUX DE LA JUGULAIRE*. — On sait qu'à l'état normal, les veines jugulaires ne font qu'une saillie inappréciable, et même quelquefois nulle sous la peau du cou ; mais si la déplétion de ces vaisseaux dans l'oreillette se trouve entravée — soit par un effort (toux, quintes de coqueluche, etc.), soit par l'effet d'une stase sanguine dans l'oreillette droite consécutive à l'insuffisance tricuspidiennne, ou encore produite par l'engorgement du ventricule droit, né lui-même à la suite d'une affection chronique des voies respiratoires, ou d'une lésion du cœur gauche — ils se dessinent sous la peau en forme de cordons bleuâtres plus ou moins saillants, mais non pulsatiles<sup>1</sup>. C'est qu'en effet, il n'y a pas encore régurgitation sanguine véritable, car la valvule qui ferme normalement la jugulaire externe au niveau de son aboutissement dans la jugulaire profonde (bulbe de la jugulaire) s'oppose à toute ondée rétrograde. On en a la preuve en comprimant la veine avec le doigt, on constate alors que la région sous-jacente à la partie comprimée, s'affaisse brusquement, alors qu'elle se gonflerait certainement s'il y avait reflux partant de l'oreillette.

Cependant, si la gêne à la déplétion veineuse se prolonge, les veines incessamment distendues par l'ondée sanguine perdent leur élasticité, et la valvule de la jugulaire externe devient peu à peu insuffisante ; dès lors les jugulaires deviennent le siège de battements, de soulèvements rythmiques et le *pouls veineux* apparaît.

Depuis les travaux de Popham (1855), de Bamberger (1856), de Friedreich, et surtout de Potain (*Soc. Méd. des hôpit.*, 24 mai 1867) on sait qu'on doit considérer deux variétés de pouls veineux : le *faux* et le *vrai* pouls veineux.

a. Le *faux pouls veineux* (pouls veineux *néгатif* des auteurs allemands) est produit par l'ondée sanguine rétrogradant de l'oreillette droite dans

1. On sait qu'il existe certains mouvements d'expansion des jugulaires liés intimement aux mouvements respiratoires : c'est ainsi que la *veine se gonfle* durant l'expiration et s'affaisse pendant l'inspiration, parce que cette dernière produit une sorte de vide, ou mieux d'aspiration pour le sang veineux. L'expiration provoque un effet contraire, c'est-à-dire un reflux en sens inverse. De là, augmentation de la pression dans la veine cave, fermeture des valvules à l'embouchure des gros troncs veineux du cou et accumulation du sang en arrière de ces valvules, d'où gonflement de la veine.

la veine cave supérieure et dans les veines jugulaires, sous l'influence de la systole de l'oreillette. On le rencontre dans les cas où celle-ci est hypertrophiée ; nous avons noté précédemment son existence dans le rétrécissement mitral. On peut donner du faux pouls veineux l'explication suivante : au moment où l'oreillette se contracte, c'est-à-dire à la fin de la diastole ou mieux pendant la présystole, il s'opère non pas un reflux véritable vers les veines jugulaires, mais un arrêt brusque de la colonne sanguine descendante. Dès lors, des ondes récurrentes se produisent dans le liquide sanguin, et « il en résulte une oscillation, une sorte de soulèvement de la veine qui simule absolument le pouls veineux » vrai de l'insuffisance tricuspidiennne.

Si, avec le polygraphe de Marey, on enregistre en même temps le pouls radial et celui des veines jugulaires, on obtient le tracé suivant (voir fig. 25), présentant un pouls veineux faux.

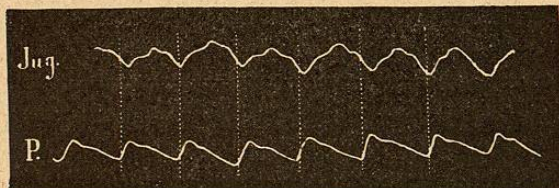


Fig. 25.

Au moment de la contraction de l'oreillette, c'est-à-dire de la présystole ventriculaire, la veine jugulaire se distend, ce qui se traduit sur le tracé par une ascension brusque ; la diastole auriculaire survient ensuite, et immédiatement la veine jugulaire évacue le trop plein qui la distendait et s'affaisse, pour n'éprouver plus qu'un ressaut sans importance correspondant à la contraction du ventricule. Ce pouls veineux est dû à la contraction de l'oreillette (présystole) et cesse au moment où celle-ci s'est vidée de son contenu dans le ventricule, ce qui revient à dire que le *pouls veineux faux est présystolique*. On se rend compte du phénomène en prenant simultanément le tracé du pouls radial et celui de la jugulaire, et on voit qu'au moment où commence la ligne d'ascension du pouls, qui marque le début de la systole ventriculaire, correspond exactement l'affaiblissement de la veine. Plus simplement, on peut, avec le doigt, prendre le pouls du malade, en même temps qu'on observe attentivement les soulèvements de la jugulaire ; on voit alors que pendant le même temps où l'on sent le choc de la pulsation radiale, on voit la jugulaire s'affaiblir, pour se soulever ensuite avant qu'on perçoive le retour du pouls artériel, et ainsi de suite ; ce *pouls veineux faux n'a rien à voir avec l'insuffisance tricuspidiennne*.

b. Le *pouls veineux vrai* (pouls veineux positif des Allemands) est tout autre. Il est dû à une ondée sanguine refluant du ventricule droit dans l'oreillette, dans la veine cave supérieure et jusque dans les jugulaires, à chaque systole ventriculaire : il est donc *systolique*.

Il nécessite pour se produire l'inocclusion de l'orifice auriculo-ventriculaire droit par la valvule insuffisante ; on doit le regarder comme *symptomatique de l'insuffisance tricuspidiennne*.

Au début, ou plutôt à son premier degré que Gendrin désignait sous le nom de gonflement par récurrence des veines jugulaires, il n'y a pas encore de régurgitation appréciable, et l'ondée sanguine rétrograde ne dépasse pas le golfe de la veine jugulaire où elle est arrêtée longtemps par les valvules qui garnissent l'entrée des veines jugulaires profondes, mais elle est assez puissante pour soulever fortement le renflement (bulbe) qui leur est sous-jacent.

Il se produit en cette région une pulsation brusque, systolique, perceptible à la base du cou, surtout chez les individus maigres, que Bamberger a décrit sous le nom de *pulsation du bulbe*. Cependant ce premier stade du pouls veineux vrai est assez difficile à dépister, mais bientôt les valvules veineuses deviennent insuffisantes et la régurgitation se produit sur tout le trajet des jugulaires. Si on regarde alors attentivement le cou du malade, on voit qu'à chaque battement de la radiale, la jugulaire se gonfle et est soulevée par une ondée dirigée de bas en haut. Si l'on comprime la veine vers son milieu, le gonflement augmente notablement au-dessous du point comprimé ; de plus, en pressant la veine de bas en haut pour la vider de son contenu, on voit qu'elle se remplit de nouveau ; il est donc de toute évidence qu'il se fait dans le vaisseau un reflux sanguin à chaque systole ventriculaire.

Le tracé polygraphique suivant du *pouls veineux vrai*, nous rend nettement compte du phénomène (fig. 26).

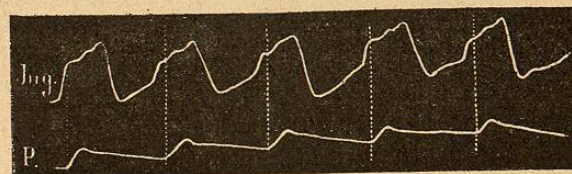


Fig. 26.

Après la réplétion progressive de la jugulaire pendant la diastole de l'oreillette, celle-ci se contracte, durant la présystole, et détermine un soulèvement brusque de la veine. De plus, la courbe, non seulement persiste, mais s'élève encore un peu obliquement, pendant toute la durée de la systole et même un peu au delà. En résumé, le soulè-

vement de la veine coïncide avec le pouls radial, ou plus rigoureusement le précède très légèrement; on peut donc dire que *le pouls veineux est systolique*. Au lit du malade, le phénomène est des plus manifestes, car si l'on observe avec soin le rythme des battements des jugulaires en même temps qu'on prend le pouls du patient, on verra de la façon la plus nette que *le soulèvement de la veine se produit un peu avant le battement de l'artère radiale, c'est-à-dire qu'il y a synchronisme entre le pouls veineux vrai et les battements du cœur*; nous avons vu, plus haut, que le phénomène est tout opposé lorsqu'il s'agit du pouls veineux faux.

Selon la judicieuse remarque de Maurice Raynaud, *le pouls veineux est plus prononcé à droite qu'à gauche*: cela tient à ce que le tronc brachio-céphalique droit, continuant en droite ligne le trajet de la veine cave supérieure, reçoit le choc de l'ondée rétrograde d'une manière plus directe que le tronc brachio-céphalique du côté gauche qui forme un coude avec la veine cave.

*La valeur séméiologique du pouls veineux vrai est considérable, puisque celui-ci indique toujours l'existence d'une insuffisance tricuspide; il faut savoir cependant que dans cette dernière affection, il peut quelquefois faire défaut ainsi que Walshe (1857) l'avait remarqué un des premiers; ce sont là, à vrai dire, des faits exceptionnels qui s'expliquent sans doute par certaines particularités anatomiques.*

**POULS VEINEUX HÉPATIQUE.** — Outre le pouls veineux vrai des jugulaires, on observe encore dans l'insuffisance tricuspide un autre phénomène important: les battements veineux du foie ou plus simplement le *pouls veineux vrai hépatique*. Il est la conséquence du reflux sanguin dans la veine cave inférieure, de même que le pouls jugulaire vrai était l'effet du reflux dans la veine cave supérieure; les deux phénomènes sont passibles de la même interprétation.

Signalé déjà par Sénac (1778) et Kreysig (1816), qui le rapportaient aux battements de l'aorte transmis au foie, le pouls veineux vrai hépatique a été étudié avec soin par Friedreich (1865) et plus tard par Mahot (*Th.* Paris 1869), qui ont montré que le phénomène est dû à des mouvements d'expansion de la glande hépatique elle-même.

Si on applique la main à plat sur l'hypochondre droit et au niveau de l'épigastre, c'est-à-dire dans la région qui correspond au foie, on perçoit nettement une sorte de *battement rythmique et profond* qui soulève la main exploratrice, et atteint son maximum de netteté au niveau du lobe gauche du foie; *ce battement se produit immédiatement après le choc de la pointe du cœur, et un peu avant le soulèvement du pouls radial*<sup>1</sup>: *le pouls veineux hépatique vrai, symptomatique de l'insuffisance tricuspide, est donc rigoureusement systolique.*

1. Il ne faut pas dire comme on le fait quelquefois que le vrai pouls hépatique

Son *mécanisme* est fort simple: par suite de l'insuffisance de la tricuspide, il se produit à chaque systole du ventricule droit un reflux sanguin dans la veine cave inférieure qui s'étend jusque dans les veines sus-hépatiques, et cela d'autant mieux qu'elles sont normalement dépourvues de valvules et largement béantes. Le foie ainsi gorgé de sang se dilate véritablement comme une éponge, et peut à chaque systole s'accroître d'un tiers environ, en sus de son volume (Potain).

Certaines *difficultés* rendent parfois délicate la constatation du pouls veineux hépatique: ce sont principalement l'épaisseur de la paroi abdominale chez certains obèses, l'œdème de cette paroi, la contraction des muscles abdominaux, enfin les sensations douloureuses que produit parfois, chez certains cardiaques, la palpation de l'abdomen au niveau du foie augmenté de volume.

Le pouls veineux hépatique peut être inscrit au sphygmographe: au moment de la systole ventriculaire, on note un mouvement d'ampliation du foie se traduisant par un brusque soulèvement du levier qui se maintient pendant toute la durée de la systole. La déplétion de la glande hépatique, survient ensuite; elle entraîne la chute de la courbe qui s'accroît d'autant plus, qu'elle pourra coïncider avec l'inspiration, celle-ci favorisant l'appel du liquide sanguin dans les cavités du cœur droit.

Ajoutons que parfois, sous l'influence des contractions du diaphragme, pendant l'inspiration, on trouve sur le tracé une sorte de dicrotisme ou de ressaut sur la ligne ascensionnelle; ce phénomène varie d'un jour à l'autre et n'a aucune espèce d'importance clinique.

Ainsi, *le pouls veineux vrai des jugulaires et le pouls hépatique vrai sont engendrés par le même phénomène de l'ondée sanguine rétrograde pendant la systole ventriculaire, ils ont également la même valeur séméiologique et signifient insuffisance tricuspide.*

*Distinction.* — De même qu'à côté du pouls veineux vrai nous avons signalé un pouls veineux faux, de même le vrai pouls hépatique peut être confondu avec le *faux pouls hépatique*. Ce dernier est dû à une régurgitation sanguine, dans la veine cave inférieure et les veines sus-hépatiques, produite dans de certaines conditions, par la *contraction exagérée de l'oreillette droite*; il en résulte une sorte d'état de plénitude sanguine pour la glande hépatique, qui peut devenir ainsi le siège de battements appréciables à la palpation. Mais ceux-ci ne sont point, comme dans le pouls hépatique vrai, synchrones à la systole ventriculaire, ils la précèdent manifestement, et se montrent

coïncide avec le pouls radial; en réalité il n'y a pas synchronisme absolu entre les deux phénomènes, car l'ondée sanguine arrive plus vite au foie qu'à la région de l'avant-bras.

durant la présystole ; en résumé, le faux pouls hépatique est présystolique et d'origine auriculaire, il n'a aucun rapport avec l'insuffisance tricuspidiennne.

Le pouls veineux hépatique vrai peut être confondu encore avec les battements normaux de l'aorte transmis à la main à travers le foie, et avec les mouvements d'expansion d'un anévrysme de l'aorte abdominale.

a. Mais dans les battements normaux de l'aorte transmis par le foie, le soulèvement est plus bref, il a moins « de tenue », si l'on peut dire ainsi, que celui du pouls veineux vrai ; de plus celui-ci se perçoit sur une plus large surface, donnant sous la main la sensation d'une sorte d'ondulation en nappe, alors que le battement aortique se localise sur une étendue plus restreinte et a son maximum sur la ligne médiane au devant du rachis. Ajoutons encore que dans le cas de simples battements transmis, le foie reste normal, alors qu'il est augmenté de volume quand il est le siège du pouls veineux. Enfin chez certains individus émaciés, on peut à travers la paroi abdominale saisir avec la main le bord antérieur et tranchant du foie, et sentir ce dernier se dilater et battre d'une façon autochtone.

Chez certains névropathes sujets à des palpitations, on perçoit des battements épigastriques violents, dus parfois à une simple impulsion des battements cardiaques, transmise au foie à travers le diaphragme ; chez d'autres on relève de véritables battements nerveux de l'aorte. L'absence d'hypertrophie du foie, et la localisation assez restreinte de ces battements, les fera distinguer en général assez facilement du pouls veineux hépatique dont l'expansion est plus large, plus étendue, et coïncide avec une augmentation de volume du foie.

b. Les battements de l'anévrysme de l'aorte abdominale ne sauraient non plus être confondus avec le pouls veineux hépatique vrai, car dans ce dernier cas, l'auscultation de la région hépatique ne fait percevoir aucun bruit de souffle, et de plus, si dans quelques cas de pouls veineux hépatique vrai avec gonflement considérable du foie, on constate un peu de gêne douloureuse, surtout à la pression, dans la région hépatique, on ne relève pas de douleur vraie, aigüe, térébrante, pas plus qu'on ne constate de retard entre le pouls radial et le pouls fémoral, ce qui ne manque pas de se produire dans les ectasies aortiques.

Ordre d'apparition des pouls jugulaire et hépatique. — En général, ainsi que l'a montré Mahot, après que le souffle cardiaque est apparu, le pouls veineux hépatique se montre le premier ; ce n'est que plus tard que survient le pouls de la jugulaire externe alors très dilatée, et dont les valvules ne peuvent plus s'opposer au reflux sanguin durant la systole du ventricule.

**Marche.** — Contrairement à toutes les autres affections organiques du cœur, chez lesquelles l'évolution fatale se déroule progressivement, après une période plus ou moins longue de tolérance, l'insuffisance tricuspidiennne présente une marche très irrégulière.

Lorsqu'elle survient à la suite de quelque trouble gastro-hépatique, son apparition est brusque et sa durée courte, surtout si le malade est soumis de suite au régime approprié.

Si l'affection se montre à la suite de certaines affections chroniques des voies respiratoires (bronchite chronique, emphysème, dilatation des bronches, etc.) ou le plus souvent encore dans les périodes tardives des maladies organiques du cœur, l'insuffisance tricuspidiennne apparaît dès que le muscle cardiaque commence à faiblir : le ventricule droit, incapable de réagir longuement contre l'excès de tension qui existe dans le domaine de la petite circulation, se laisse distendre, et bientôt l'orifice tricuspidein incomplètement fermé permet, à chaque systole, la régurgitation sanguine dans l'oreillette droite et jusque dans les veines caves qui s'y déversent.

Mais si, sous l'influence du repos et du traitement, le ventricule droit récupère momentanément son énergie contractile, il lutte alors victorieusement contre l'engorgement sanguin et reprend peu à peu ses dimensions normales ; l'insuffisance tricuspidiennne disparaît, pour réapparaître plus tard dès que l'énergie cardiaque faiblit de nouveau. C'est ainsi que le cours des affections organiques du cœur gauche se trouve traversé par une succession plus ou moins rapprochée de crises d'asystolie passagère se rattachant, en partie, à une insuffisance tricuspidiennne secondaire et relativement fréquente. Mais peu à peu, après une série de rémissions plus ou moins nombreuses, le myocarde incessamment surmené cesse de répondre aux stimulants cardiaques, et bientôt la dilatation du cœur devient permanente et l'insuffisance valvulaire est définitive. Celle-ci, en résumé, est la terminaison fréquente des maladies du cœur gauche parvenues au stade asystolique.

L'insuffisance tricuspidiennne d'origine endocardique, beaucoup plus rare que celle d'origine fonctionnelle, a une évolution plus longue ; elle est caractérisée surtout par la congestion du foie et par l'ascite précoce.

**Diagnostic.** — L'insuffisance tricuspidiennne est affirmée par les trois phénomènes principaux suivants :

1° Souffle systolique au niveau du bord gauche du sternum et de l'appendice xiphoïde, vers l'insertion du quatrième ou du cinquième cartilage costal gauche ; quelquefois rude et râpeux, le plus souvent doux et filé ;

2° Présence du pouls veineux vrai des jugulaires ;