

on n'obtient plus avec le sphygmographe qu'une ligne à peu près horizontale ou légèrement onduleuse d'aspect caractéristique.

Du côté des jugulaires, on observe fréquemment un état de distension par stase plus ou moins prononcé; le faux pouls veineux présystolique est moins fréquent que dans le rétrécissement mitral et se reconnaît à des caractères identiques. Lorsque le pouls veineux est systolique (pouls veineux vrai), il est l'indice certain de la dilatation secondaire du ventricule droit avec insuffisance de la tricuspide (voy. p. 558).

**Marche. Durée. Terminaisons.** — Ce qui caractérise les allures cliniques de l'insuffisance mitrale, tout au moins dans les cas d'insuffisance un peu notable, c'est la brièveté relative de la période de compensation parfaite, et par suite la précocité et la prédominance des troubles fonctionnels ou des accidents viscéraux. On peut dire que l'insuffisance mitrale représente le type de la *maladie de cœur*.

De bonne heure la dilatation du cœur gauche l'emporte sur la faible tendance à l'hypertrophie, et l'on voit apparaître les phénomènes de stase dans la circulation pulmonaire : œdème, congestion passive, apoplexie, accompagnés de tout le cortège symptomatique qui leur appartient. Le cœur droit, vite épuisé dans la lutte, se dilate à son tour et la stase devient manifeste dans le système veineux général : de là, l'œdème des membres inférieurs; la congestion hépatique avec augmentation de volume, endolorissement du foie, subictère, ascite; la congestion passive du rein accompagnée de diminution des urines, qui deviennent foncées, rouges, et renferment parfois une minime quantité d'albumine; enfin, les troubles gastriques, cérébraux, etc.

Sous l'influence du repos ou du traitement, ces accidents asystoliques rétrocedent, et les malades, momentanément soulagés, entrent dans une nouvelle phase de compensation relative; mais celle-ci sera chaque fois de moindre durée, et, après un nombre variable de crises passagères, l'asystolie se trouve définitivement constituée et aboutit à la terminaison fatale précédée d'une longue et pénible agonie.

Telle est, d'ordinaire, la façon dont succombent les sujets atteints d'une lésion mitrale. Parfois la mort survient rapidement au cours d'une crise violente de dyspnée avec suffocation angoissante et asphyxie rapide résultant d'une thrombose intra-cardiaque; plus rarement encore, elle est le fait d'une syncope : la mort subite est exceptionnelle dans l'insuffisance mitrale.

**Pronostic.** — Toujours sérieux lorsque la lésion mitrale est définitivement constituée et ne saurait plus suivre qu'une marche fatalement progressive, il est moins sévère, du moins dans le jeune âge, pendant les premières périodes de l'affection. Il existe, en effet, un certain nombre d'exemples de rétrocession des accidents, ou même de disparition complète des phénomènes morbides chez des enfants ayant présenté, pendant un temps plus ou moins long, des signes incontestables d'insuffisance mitrale (R. Blache, Meigs et Pepper, etc.). On a pu même observer la guérison, quoique exceptionnelle, de l'insuffisance mitrale pure récemment apparue au cours d'un rhumatisme articulaire aigu et dont les signes s'atténuaient pour s'effacer entièrement au bout d'un temps variable.

D'une façon générale, le pronostic sera d'autant moins sévère, que l'insuffi-

sance mitrale ne sera accompagnée d'aucune autre lésion orificielle, l'insuffisance mitrale pure pouvant rester latente pendant de longues années, qu'elle-même offrira un degré moindre, enfin que l'intégrité du myocarde et son énergie contractile seront plus parfaites. Tant que le cœur résiste à la dilatation et conserve sa puissance musculaire, le péril ne saurait être prochain, et l'existence d'un souffle systolique à la pointe est compatible avec un état de santé relativement satisfaisant; mais, du jour où la systole perd de sa force, où le cœur droit se laisse dilater et qu'apparaissent la distension des jugulaires, les phénomènes de stase pulmonaire et l'œdème des jambes, le danger devient menaçant, la phase d'hyposystolie a succédé à la compensation parfaite et aboutira dans un temps relativement court à l'asystolie terminale.

Aussi, l'affaiblissement du pouls et du choc de la pointe, l'arythmie cardiaque, l'assourdissement des bruits valvulaires, la disparition du souffle, seront des symptômes alarmants précurseurs des accidents asystoliques.

Lorsqu'en dépit du traitement ces phénomènes persistent et s'accompagnent d'insuffisance tricuspide avec pouls veineux, stases viscérales et œdèmes constamment progressifs, subdelirium, dyspnée et cyanose asphyxique, on doit considérer la mort comme imminente.

Nous ne reviendrons pas ici sur les questions de pronostic relatives au mariage et à la parturition chez les femmes atteintes d'insuffisance mitrale simple ou compliquée, nous avons eu occasion déjà de nous expliquer à cet égard (voy. p. 241 et 297).

**Diagnostic.** — Le diagnostic de la *lésion mitrale* est en général facile en se basant sur la constatation des bruits stéthoscopiques et des phénomènes divers locaux ou généraux que nous avons indiqués à propos de la symptomatologie de l'insuffisance mitrale.

Il existe cependant un certain nombre de causes d'erreur, dont la principale consiste à prendre pour un souffle valvulaire, soit un frottement péricardique ou pleural, soit un souffle d'autre origine.

Nous avons donné déjà les caractères différentiels de la plupart de ces bruits (voy. *Péricardite* et *Endocardite aiguë*) et montré comment le frottement du péricarde, les souffles anémiques, ou extra-cardiaques, pourront être reconnus à leur timbre et à leur localisation spéciale, soit dans le temps, soit dans l'espace : il serait superflu d'y revenir. Rappelons seulement que le souffle extra-cardiaque systolique apexien est tout à fait exceptionnel; et que la localisation parapexienne ou endapexienne du maximum d'un souffle systolique suffit à caractériser son origine cardio-pulmonaire (Potain). On trouvera, d'ailleurs, dans les phénomènes subjectifs, dans les modifications du pouls, dans les troubles de circulation générale, et dans les changements apportés au volume du cœur, des renseignements précieux révélant l'existence d'une lésion valvulaire et venant confirmer la nature organique du souffle perçu par l'auscultation.

Mais il est fréquent, dans la clinique journalière, de rencontrer associées dans des proportions variables la sténose de l'orifice mitral et l'insuffisance valvulaire, aussi le diagnostic devra-t-il établir s'il s'agit de l'une de ces lésions à l'exclusion de l'autre, ou si elles se trouvent réunies.

Le souffle systolique présentant son maximum à la pointe du cœur, accompagné d'un frémissement cataire également systolique et localisé dans le même

point, appartient à l'insuffisance mitrale; tandis que la sténose se reconnaît, ainsi que nous l'avons vu, à l'existence, au niveau de la pointe du cœur, d'un souffle présystolique, précédé ou non d'un roulement pendant la diastole, mais terminé par le claquement systolique mitral, et accompagné d'un frémissement également présystolique terminé par le choc de la pointe. Enfin, le doublement constant du second bruit, pathognomonique du rétrécissement mitral, fait défaut dans l'insuffisance pure.

Dès lors, l'association de ces divers signes stéthoscopiques, donnant lieu au *souffle prolongé de la pointe*, par la succession du roulement diastolique, du souffle présystolique et du souffle systolique, permettra de reconnaître la coexistence de l'insuffisance et du rétrécissement mitral. On doit s'attendre, d'ailleurs, à ce que, dans un certain nombre de cas, un ou plusieurs des bruits propres à la double lésion viennent à faire défaut; mais il suffit de constater la coexistence du souffle systolique avec l'un des trois signes stéthoscopiques appartenant à la sténose mitrale pour établir le diagnostic.

On devra se souvenir, en pareil cas, de l'importance des renseignements fournis par la palpation, qui permettra parfois de percevoir et surtout de localiser le frémissement cataire, plus nettement encore que ne le pourrait faire l'oreille à l'égard du bruit de souffle correspondant.

Nous verrons que le souffle de l'insuffisance tricuspидienne, bien que systolique et dans la région de la pointe du cœur, n'a pas son maximum sur cette pointe, mais au voisinage de l'appendice xiphoïde; il se propage vers la droite et non vers l'aisselle, ne se transmet pas dans le dos, offre d'ordinaire un timbre doux, à tonalité basse; enfin il coexiste avec des phénomènes de stase veineuse animée de battements caractéristiques que nous étudierons ultérieurement.

Il faut encore s'efforcer de compléter le diagnostic de la lésion par la détermination de la cause. La plupart du temps les anamnétiques, en révélant une atteinte antérieure de rhumatisme articulaire ou une maladie infectieuse fébrile, établiront l'origine de l'endocardite mitrale; dans d'autres cas, c'est au cours d'une endocardite infectieuse en évolution que se montreront, pour ainsi dire sous l'oreille, les signes stéthoscopiques de la lésion mitrale, dont la nature sera dès lors évidente; enfin la goutte, la syphilis, l'athérome artériel, l'alcoolisme, pourront être parfois incriminés en l'absence d'antécédents rhumatismaux.

La grossesse ou la puerpéralité donneront la clef de certains accidents à marche rapide dans le cours d'une lésion mitrale dont l'existence aura pu se trouver jusque-là méconnue (Peter), bien que le fait soit plus rare au cours de l'insuffisance mitrale simple que dans la sténose pure ou compliquant l'insuffisance valvulaire. Enfin, dans quelques cas exceptionnels, on sera conduit à admettre la rupture tendineuse en raison de l'apparition brusque d'une insuffisance mitrale grave à l'occasion d'un traumatisme ou d'un effort.

On devra établir le diagnostic différentiel de l'insuffisance mitrale fonctionnelle, sans lésion valvulaire, en se basant sur l'état de dilatation et de faiblesse du ventricule gauche dans un certain nombre de cas, ou encore sur l'existence des divers états morbides auxquels on a attribué cette insuffisance fonctionnelle: chlorose, neurasthénie, maladie de Basedow, etc. Quelle qu'en soit l'interprétation, la possibilité de la production d'un souffle systolique à la pointe, sans lésion mitrale dans des cas semblables, ne saurait être mise en doute (Peacock, Gerhardt, Lewinsky, Balfour, Friedreich, Picot, Barié, etc.).

On reconnaîtra ce souffle à son timbre moins rude, à ses modifications d'intensité en rapport avec celles de l'énergie myocardique, à son inconstance tenant au caractère essentiellement transitoire des conditions qui lui donnent naissance; il offre d'ailleurs, en tant que souffle d'inocclusion mitrale, les caractères du souffle valvulaire: exactement systolique, à maximum nettement apexien, se propageant vers l'aisselle, et non modifié par les changements de position. Il peut donc être assez aisément différencié des souffles cardio-pulmonaires de la région de la pointe.

**Traitement.** — Si l'on assiste au début de l'insuffisance mitrale, ou tout au moins si l'on observe le malade à une période rapprochée de ce début, on s'efforcera de combattre l'endocardite aiguë ou subaiguë par les moyens appropriés que nous avons indiqués précédemment.

Mais, le plus souvent, soit que cette phase initiale ait passé inaperçue, ou que la thérapeutique mise en œuvre ait été impuissante, la lésion mitrale se trouve définitivement constituée et le processus endocarditique chronique ne saurait guère être susceptible de rétrocéder. On devra néanmoins recourir à la médication iodurée, et, dans certains cas, à l'action d'une cure hydrominérale comme Nauheim, Bourbon-Lancy, Luxeuil, etc., prudemment dirigée.

Si ces divers moyens n'ont pu obtenir une amélioration appréciable des altérations valvulaires, comme c'est le cas trop fréquent, le traitement doit tout au moins avoir pour but de retarder l'apparition des troubles de la circulation générale ou de les combattre lorsqu'ils viennent à se produire.

Tant que la compensation demeure parfaite, c'est surtout aux prescriptions d'hygiène générale qu'il faut recourir. Les malades devront éviter les fatigues, les efforts violents, les émotions morales vives, les veilles prolongées, les excès de tout genre; les repas seront réglés, peu abondants: les mets lourds, les boissons excitantes, le thé, le café, seront interdits; il en sera de même du tabac. Le fonctionnement régulier de l'intestin sera maintenu au moyen du régime ou des médicaments laxatifs, si besoin est. Les températures excessives devront être évitées.

Lorsque les troubles du rythme cardiaque font leur apparition, on devra s'efforcer de régulariser les contractions du myocarde et d'augmenter leur énergie, en vue d'obtenir le maximum de travail utile et de prévenir les stases circulatoires et la dilatation cardiaque.

C'est alors à la digitale ou à ses succédanés qu'il convient d'avoir recours; on y ajoutera les purgatifs et le régime lacté, suivant les règles générales que nous avons indiquées précédemment (voy. p. 225, 245 et suiv.).