

**Dictionnaire des maladies  
éponymiques et des observations  
princeps : rétrécissement mitral**

**ALLAINES, F. d' / LENEGRE, J. /  
DUBOST, C. / MATHIVAT, A. -  
Rétrécissement mitral. Anastomose  
veine-pulmonaire-veine azygos.  
Premier cas opéré**

*In : Mémoires de l'Académie de chirurgie (Paris),  
1949, Vol. 75, pp. 318-9*

## PRÉSENTATIONS DE MALADES

*Endartériectomie aortico-iliaque gauche, datant de seize mois,*  
par MM. H. Reboul et J. Huguier.

*Amputation abdomino-périnéale du rectum pour cancer  
pratiquée à deux équipes opérant simultanément,  
datant de deux mois,*

par MM. Torre et P. Moyse (équipe abdominale)  
et J. Huguier et Vincens (équipe périnéale).

Sur le même malade:

*Rétrécissement mitral.  
Anastomose veine pulmonaire-veine azygos.  
Premier cas opéré,*

par MM. F. d'Allaines, J. Lenègre, Ch. Dubost, A. Mathivat  
et L. Scébat.

Nous avons pensé intéresser l'Académie en présentant la malade que voici, car : 1° à notre connaissance, elle concerne la première intervention pratiquée en France sur le rétrécissement mitral ; 2° de nos recherches, nous pensons qu'une telle opération n'a jamais été faite à l'étranger ; 3° le résultat obtenu paraît encourageant, puisque ont été soulagés les troubles fonctionnels progressivement intolérables d'un rétrécissement mitral oedémateux.

M<sup>me</sup> G..., trente et un ans, a eu, à dix-neuf ans, une première crise franche de rhumatisme articulaire. A vingt-six ans, on lui découvre une cardiopathie mitrale au sixième mois d'une grossesse. L'accouchement est l'occasion de la première crise d'oedème pulmonaire aigu. L'année suivante surviennent trois crises d'oedème pulmonaire aigu. A vingt-huit ans, hémiplegie droite et aphasie, disparue en dix jours sans séquelles. Depuis cette date, les crises d'oedème pulmonaire aigu se multiplient, d'abord prémenstruelles, coïncidant avec des augmentations du poids corporel supérieures à 4 kilogrammes, malgré le régime déchloruré, les diurétiques mercuriels et la digitaline à fortes doses. D'abord intermittentes et déclenchées par l'approche des règles, les crises d'étouffement deviennent permanentes pour aboutir en décembre et en janvier dernier à un état de mal oedémateux et asthmatique quasi permanent, émaillé d'hémoptysies. Le repos absolu au lit, l'alimentation sans sel, la testostérone, le novuril, la digitaline, la morphine à hautes doses (huit injections par jour) sont sans effet.

Les signes physiques sont ceux d'un rétrécissement mitral typique, à rythme régulier : frémissement diastolique apical, roulement diastolique intense et grondant, éclat du 1<sup>er</sup> bruit, souffle systolique de la pointe discret, dédoublement espacé du 2<sup>e</sup> bruit. Il s'y ajoute dans la région parasternale basse un petit souffle diastolique probablement mitral.

La pression artérielle est à 10-6. La pression veineuse est normale, à 12 centimètres d'eau. L'examen radiologique montre une silhouette mitrale avec un débord de l'arc inférieur droit, un allongement et une saillie à double bosse de l'arc moyen gauche, des artères pulmonaires larges, arborescentes et embuées. En O. A. D., l'oreillette gauche est augmentée modérément et immobile.

L'électrocardiogramme confirme le rythme sinusal ; surtout, il montre des signes caractéristiques d'une hypertrophie auriculaire gauche (P, bifide et élargi à 0 sec. 12 ; axe de P à - 15°) et d'une hypertrophie ventriculaire droite (AQBS vertical à + 85° ; AT à + 35° ; rapport R/S à 8/13 en VI).

Les poumons et le foie sont normaux. La température tend souvent à dépasser 37°, atteignant 37°9 certains jours.

L'aggravation progressive et inexorable des signes fonctionnels et électriques conduit à conseiller, après échec des traitements médicaux, le recours chirurgical qui est aussitôt accepté, malgré les risques signalés.

Nous avons pensé à imaginer l'intervention suivante : dans le rétrécissement mitral, à forme oedémateuse, les troubles sont dus à l'encombrement de la circulation pulmonaire. Celle-ci se traduit par une surcharge ventriculaire droite importante (hypertension à 45 centimètres d'eau chez notre malade), mais est due avant tout à l'hypertension considérable qui règne dans l'oreillette gauche et dans les veines pulmonaires en amont de la valvule mitrale sténosée. Or, au contact des veines pulmonaires droites hypertendues se trouve le système de la veine cave supérieure avec la veine grande azygos, dont la tension est en général inférieure à 0, tant que ne s'est installée l'insuffisance ventriculaire droite. Il est donc logique de penser qu'une anastomose, entre la veine pulmonaire et l'azygos, constituerait une soupape facile et soulagerait d'une manière élastique, mais efficace, l'hypertension auriculaire et pulmonaire.

L'intervention a été pratiquée le 29 janvier dernier, du côté droit : incision de Craford, avec résection de la 4<sup>e</sup> côte. La veine pulmonaire supérieure droite est volumineuse, tendue.

Les pressions sanguines moyennes ont été mesurées :

Dans la veine pulmonaire supérieure droite : + 35 centimètres d'eau.

Dans l'artère pulmonaire droite : + 55 centimètres d'eau.

Dans la veine cave supérieure : — 5 centimètres d'eau.

Une anastomose termino-latérale est établie entre la terminaison de la veine azygos sectionnée et le bord supérieur de la veine pulmonaire supérieure droite. L'anastomose terminée, le sang la remplit aussitôt dans le sens pulmonaire-azygos, et la circulation y paraît particulièrement active. Durée opératoire : cinq heures.

Les suites opératoires ont été très simples : la température n'a pas dépassé 38°. Les crises d'étouffement, incessantes avant l'opération, ont disparu totalement. La malade que vous voyez ici, naguère incapable de monter trois marches sans oppression pénible, monte aujourd'hui deux étages avec aisance. Les rayons X ont montré la présence d'une opacité passagère du lobe moyen droit, qui s'est effacée en moins de trois semaines. Le thorax est actuellement normal, cliniquement et aux rayons X. La pression ventriculaire droite moyenne, qui atteignait 45 centimètres d'eau avant l'opération, est à 22 centimètres d'eau le 2 mars dernier, à peine supérieure à la normale ; la pression auriculaire droite moyenne est à 0. Cet extraordinaire résultat atteste le soulagement apporté à la surcharge ventriculaire droite et trouve sa confirmation : a) dans une diminution du volume du cœur ; b) dans une amélioration des signes électriques : ceux-ci mettent en évidence l'atténuation des signes d'hypertrophie ventriculaire droite.

Ce soulagement fonctionnel remarquable a permis de guérir en un mois une séquelle imprévue de l'état de mal asthmatique et oedémateux antérieur, ainsi qu'une accoutumance à la morphine dont le sevrage a été réalisé sans aucune difficulté.

Tel est le fait que nous rapportons. Il est encore trop récent pour permettre de conclure et nous voulons simplement ajouter :

a) Qu'il ne s'agit que d'une intervention palliative, et que le rétrécissement mitral demeure.

b) Que cette intervention ne s'applique pour le moment qu'à une catégorie limitée de rétrécissements mitraux, du type « rétrécissement mitral oedémateux », selon l'expression de Gallavardin.

1° Femmes ou sujets jeunes ;

2° Etat de mal oedémateux intolérable et rebelle à tout traitement bien conduit ;

3° Rétrécissement mitral pur ou prédominant, à rythme sinusal ;

4° Cœur non sensiblement augmenté de volume, avec oreillette gauche à peine dilatée, plus ou moins expansive ;

5° Surcharge ventriculaire droite électriquement évidente, et de plus en plus marquée, sans insuffisance ventriculaire droite accentuée.

Le cathétérisme des cavités droites, quand il est possible, apporte des éléments d'appréciation fondamentaux : une pression auriculaire droite et veineuse cave normale ; une pression ventriculaire moyenne très élevée, reflet de l'hypertension élevée qui règne dans les veines pulmonaires et permet de compter sur une forte différence de pression entre les veines pulmonaires et les veines de la grande circulation. Le débit cardiaque devrait pouvoir être mesuré et rester dans des limites subnormales.