

lique naissant immédiatement après le second bruit, et qui s'entendrait dans le voisinage du choc de la pointe. Très léger au début, il augmenterait la durée jusqu'à remplir toute la période diastolique. Il diminuerait ensuite d'intensité, se distinguerait du bruit précédent, auquel il peut se juxtaposer néanmoins, pour donner un souffle continu, commençant bruyamment, s'affaiblissant puis se renforçant dans la présystole. J'ai recherché systématiquement ce souffle véritablement diastolique : une seule fois j'ai pu affirmer, en m'aidant de commémoratifs, de la percussion, de l'orthodiagraphie, qu'il était l'unique apanage du rétrécissement mitral, qu'il n'existait pas d'insuffisance aortique concomitante, ou même qu'il ne s'agissait pas d'une de ces insuffisances aortiques où un roulement de Flint s'ajoute à un souffle diastolique pour faire errer plus sûrement le diagnostic. Je considère dès lors le souffle diastolique tel que le décrit Mackenzie comme trop *exceptionnel*, pour en faire état dans un exposé de sémiologie pratique.

*Souffles systoliques.*—Lorsqu'un souffle se produit dans le petit silence, c'est une constatation banale et sans valeur de le dire systolique. Il faut qu'une auscultation attentive, éduquée dans ce sens, divise cet espace cependant si court qui sépare le premier bruit du second, précise la partie silencieuse, la partie bruyante au maximum.

Les cas simples, indiscutables, sont tout d'abord ceux dans lesquels le souffle, emplissant toute la systole, est *holosystolique*. Il débute alors avec le premier temps, le recouvre quelquefois, l'atténue souvent, plus rarement le fait disparaître ; il éclate ensuite avec une intensité variable, cesse avec le second temps sur lequel sa vibration peut empiéter. *Ce souffle appartient toujours à une lésion valvulaire* ; sa localisation seule peut en dire la nature.