

gauche ou à droite du sternum, à l'appendice xiphoïde, à la pointe, dans l'aisselle, est presque sûrement le signe d'une insuffisance aortique.

Certes, je n'ignore pas qu'on a signalé des souffles diastoliques anorganiques et qu'une lame pulmonaire adhérente au-devant des vaisseaux de la base peut-être le siège de souffles persistants et trompeurs. De tels faits sont signalés comme des trouvailles d'autopsie (Devic et Bouchut) et qui les méconnaît ne commet qu'un solécisme clinique très pardonnable.

Plus troublante en apparence est la question du souffle diastolique et du rétrécissement mitral. Les phénomènes qui extériorisent cette lésion se produisent bien pendant la diastole, mais ce ne sont pas des souffles et ils ne méritent pas à proprement parler, le nom de diastoliques. Les vibrations amples et lentes, qui trahissent l'écoulement du sang de l'oreillette dans le ventricule sous une faible pression, produisent un *roulement*. Ce n'est que sur la poussée active et terminale de l'oreillette hypertrophiée, c'est-à-dire à un stade avancé du rétrécissement ou dans les atrésies initialement serrées, que le roulement plus bref, se termine en souffle, mais celui-ci n'éclate que dans la présystole. Contrairement au souffle de l'insuffisance aortique, naissant au début de la diastole et s'éteignant avec le premier temps (souffle proto-diastolique) le souffle rétrécissement mitral a son maximum au moment du premier bruit (souffle télédiastolique ou présystolique). Mais qu'on oublie volontiers cette distinction subtile et qu'on sache seulement que la caractéristique du rétrécissement mitral est un roulement, non un souffle.

Cette conception si claire, si facile et si vraie cliniquement des auteurs français n'est pas admise par tous, et notamment par certains étrangers. Mackenzie signale dans le rétrécissement, apparaissant au cours de son évolution, un souffle diasto-