

service hospitalier comme celui de mon maître Vaquez, que j'essaierai d'appliquer au diagnostic des souffles cardiaques.

* * *

De tous les caractères assignés au souffle cardiaque, il en est un qui prime tous les autres, c'est son *moment* et sa *durée*, c'est-à-dire la place exacte qu'il occupe dans la révolution cardiaque. Toute l'attention du praticien doit tendre à fixer cet attribut, avant de se préoccuper du siège, ce qu'on exprimerait volontiers par cette règle clinique, qu'il importe *de localiser un souffle dans le temps plutôt que dans l'espace*. D'où le conseil que donne Vaquez, de n'ausculter jamais un cœur primitivement au stéthoscope, l'oreille embrassant à la base ou la pointe une plus large surface, et de n'employer l'instrument que pour déterminer ensuite le point maximum du bruit anormal. Cette pratique permet en outre de marquer le premier temps, non pas à l'aide de la palpation du pouls, mais avec la sensation tactile du choc de la pointe qui accompagne la sensation auditive et s'en distingue nettement, avec quelque habitude.

Souffle diastolique.—La règle que je viens d'énoncer se vérifie surtout pour le souffle diastolique, c'est-à-dire qui commence avec le deuxième temps, ou immédiatement après lui, finit immédiatement avant le premier et occupe la totalité du grand silence. *Un tel souffle est toujours organique ; il n'appartient qu'à l'insuffisance aortique.*

Que les spécialistes me pardonnent cette affirmation exagérée, qui fait bon marché des exceptions. J'écris pour le praticien, qui ne doit pas être amateur de quintessence, et je lui répète qu'un souffle diastolique, quels que soient son intensité, son timbre, sa hauteur ou son siège, qu'il ait son maximum à la base, à