

ces faits ne valent pas en pratique. Il ne s'agit pas de constater qu'un aortique, un mitral, une lésion complexe même, comme je viens de l'observer, s'accommode mieux qu'une tachycardie paroxystique des fatigues de la campagne; il s'agit de savoir si le soldat qui se plaint du cœur, qui accuse une oppression d'effort, à tort ou à raison, présente un souffle organique. Dans l'affirmative, quelle que soit l'opinion personnelle du médecin, son impression même qu'une réforme est excessive, un changement d'affection s'impose. Le symptôme prend dès lors une valeur décisive qui implique prudence et garantie dans sa recherche et son identification.

Je n'aurai pas la témérité de refaire le chapitre connu et classique de sémiologie cardiaque que nos maîtres ont édifié. En lui rendant ici ses droits légitimes, je voudrais sinon l'enrichir de découvertes inédites, du moins mettre en lumière quelques-uns de ses points les plus importants, inciter tout médecin à ne s'attacher qu'à eux seuls, et à faire table rase des détails qui ne peuvent qu'égarer ses sens et fausser l'interprétation. Je suis surpris, en effet, de la quantité d'insuffisances mitrales, et surtout de rétrécissements aortiques qu'on me présente, des confusions qui s'établissent à l'égard des souffles anorganiques, de la méconnaissance quasi systématique de l'insuffisance aortique. De cette course à l'erreur, je ne rends responsables ni les efforts du praticien, ni son défaut d'instruction, ni l'insuffisance des traités ou des manuels qu'il consulte, auxquels au contraire je ne reprocherai qu'un excès de conscience et d'exactitude. Il faut à l'éducation ou à l'enseignement une certaine échelle, faite de grossissements excessifs, de négligences voulues, à la faveur desquels naissent des règles cliniques fondamentales que ne doivent détruire ni les exceptions ni les objections. C'est cette mise en relief, dont on s'imprègne naturellement dans un