

avons précédés, n'avons pu suffire à cette tâche, à vous, j'en ai l'espoir, reviendra l'honneur d'édifier un système de médecine qui, par son enchaînement, par sa simplicité et par sa vérité commandera la confiance du public et le respect du monde savant.

SECTION I.

EXAMEN DU MALADE.

Il est absolument indispensable que l'examen au lit du malade se fasse avec ordre et suivant une méthode bien entendue. J'ai observé que des étudiants, quand vient leur tour d'interroger un malade, éprouvent un grand embarras, et ne savent comment s'y prendre. D'autres posent leurs questions pour ainsi dire au hasard, sans but apparent, sautent d'un appareil de l'économie à l'autre, cherchant en vain un diagnostic précis et des indications rationnelles pour le traitement. Une pratique assidue et l'emploi d'une bonne méthode lèveront toutes ces difficultés. Sans aucun doute, il ne faut pas moins d'habileté au médecin qui interroge son malade, en vue d'arriver à la connaissance de son affection, qu'il n'en faut au juge pour questionner un témoin au tribunal. Aussi les juges font de ce point l'objet d'une étude particulière et vous devez en agir de même. Sachez-le donc, suivant que vous vous acquitterez bien ou mal de cette tâche, l'opinion que vous vous formerez sur la maladie et qui en sera la conséquence, sera juste ou erronée. Non seulement votre réputation aux yeux de vos confrères dépendra beaucoup de votre habileté sur ce point, mais encore le public lui-même ne tardera pas à donner sa confiance à celui dont l'interrogatoire lui aura révélé la sagacité et le talent.

La manière d'examiner un malade diffère beaucoup selon le médecin; elle varie du reste avec les cas particuliers. Les hommes d'expérience se font peu à peu un procédé à eux, lequel leur permet d'arriver au but plus rapidement et plus sûrement que tout autre; bien que ce dernier puisse être suivi et produire d'aussi bons résultats en d'autres mains. Dans une clinique, néanmoins, où chacun doit pouvoir suivre et comprendre ce qui se fait, il faut bien adopter une méthode uniforme. Il est de la

plus haute importance, que chacun des assistants prenne un égal intérêt à la leçon, et pour cela, il est nécessaire de connaître parfaitement la manière d'examiner et le but à atteindre. Le procédé qui me paraît le meilleur et que nous suivrons, est celui que moi-même j'ai appris, lorsque j'assistais comme étudiant à la clinique du professeur Rostan à Paris. Il a pour objet d'arriver aussi vite que possible à connaître l'état actuel du malade et cela en suivant un ordre qui ne permet de négliger aucun organe important.

Dans ce but, nous recherchons tout d'abord l'organe qui est le siège principal de l'affection et nous nous assurons de la durée de la maladie en posant les deux questions suivantes : Où avez vous mal ?, et depuis quand êtes vous malade ? Supposons que le patient éprouve de la douleur à la région cardiaque, nous en venons de suite à interroger le cœur fonctionnellement et physiquement, puis nous passons au système circulatoire en général. Nous nous adressons ensuite aux organes, qui sont ordinairement en corrélation plus intime avec celui qui est affecté, comme les organes de la respiration ; nous examinons donc les poumons fonctionnellement et physiquement. Après cela, nous interrogeons l'un après l'autre les systèmes nerveux, digestif, genito-urinaire et tégumentaire. Il importe assez peu de suivre ici tel ordre plutôt que tel autre ; l'essentiel est de ne rien négliger. Enfin, nous remontons aux antécédents du malade et nous arrivons ainsi à posséder tous les renseignements nécessaires pour poser un diagnostic.

Les symptômes et les circonstances qui dans un examen doivent fixer l'attention peuvent se ranger sous sept chefs que nous allons passer en revue :

I. SYSTÈME CIRCULATOIRE. — *Cœur* — Malaise ou douleur ; contraction et rythme ; endroit où la pointe vient battre ; étendue de la matité, déterminée par la percussion ; impulsion ; murmures, s'ils sont anormaux spécifier leur caractère, la position et la direction dans lesquelles on les entend le mieux. — *Pouls artériel* — Nombre de pulsations à la minute, large ou petit, fort ou faible, dur ou mou, égal ou inégal, régulier ou irrégulier, intermittent, confus, imperceptible, etc. S'il existe une tumeur anévrysmale en indiquer avec soin la situation, les pulsations, les symptômes, l'étendue et les bruits. Tracé sphygmographique. — *Pouls veineux*. — S'il est perceptible, observer sa position, sa force, etc.

II. SYSTÈME RESPIRATOIRE. — *Narines* — Écoulement, éternuement. — *Larynx et trachée* — Voix, si elle est naturelle ou altérée, rauque ; s'il y a une difficulté de parler, aphonie, etc. ; état des cordes vocales vues au laryngoscope ; état de l'épiglotte, des amygdales et du pharynx que l'on découvre à l'aide d'une spatule. — *Poumons* — État de la respiration, aisée ou difficile, rapide ou lente, égale ou inégale, laborieuse, douloureuse spasmodique, dyspnéique, etc. Odeur de l'haleine. Expectoration peu abondante ou profuse, facile ou difficile ; dire si elle

est claire ou épaisse, spumeuse, muqueuse, purulente, mucopurulente, rouillée, sanguinolente ; ce qu'on y trouve à l'examen microscopique. S'il y a hémoptysie, indiquer la couleur, l'aspect et la quantité du sang rejeté. Toux, rare ou fréquente, brève ou longue, douloureuse ou non, grasse ou sèche. Conformation extérieure de la poitrine ; si elle est arrondie ou aplatie d'une manière anormale, symétrique ou non, etc. Mouvements : leur régularité, égalité, amplitude, etc. Sonorité à la percussion ; noter si elle est augmentée ou diminuée, s'il y a matité, bruit de pot fêlé, etc. Bruits perçus à l'auscultation ; s'ils sont anormaux, indiquer leur caractère et leur position.

III. SYSTÈME NERVEUX. — *Cerveau* — Intelligence : augmentée, pervertie ou diminuée ; hallucinations, délire, stupidité, monomanie, idiotie ; sommeil, rêves ; céphalalgie, vertiges, stupeur, coma. — *Corde spinale et nerfs* — Douleurs au rachis ; sensibilité générale accrue, diminuée ou absente ; sensibilité spéciale : état de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, du goût, du toucher, leur hyperesthésie, perversion ou diminution ; irritation spinale, à déterminer par la percussion ; mouvements naturels ou pervertis, occasionnant de la fatigue, de la douleur ; démarche, tremblement, convulsions, contractions, rigidité, paralysie.

IV. SYSTÈME DIGESTIF. — *Bouche* — État des lèvres, des dents et gencives ; goût dans la bouche, salive. — *Langue* — Comment elle est poussée en avant, couleur, enduits divers, fissures, état des papilles, humidité ou sécheresse. — *Gosier, amygdales, pharynx et œsophage* — Déglutition, si elle est empêchée, examiner le pharynx à l'aide de la spatule ; glandes cervicales, cou, etc. ; régurgitation. — *Estomac* — Appétit, soif, malaise ou douleur épigastrique, gonflement, nausées, vomissements et caractères des matières rejetées ; flatulence, éructations. — *Abdomen* — Mensuration et palpation ; douleur, distension ou affaissement, borborygmes, tumeurs, constipation, diarrhée, caractère des déjections, hémorrhôides. — *Foie* — Dimensions données par la percussion, douleur, jaunisse ; ce qu'on sent au palper, etc. — *Rate* — Dimensions indiquées par la percussion. S'il y a augmentation de volume, examiner le sang au microscope.

V. SYSTÈME GÉNITO-URINAIRE. — *Uterus* — État de la menstruation, aménorrhée, dysménorrhée, ménorrhagie, leucorrhée, etc. Si depuis longtemps il y a de la douleur ou une abondante leucorrhée, il faut examiner l'ouverture et le col de l'utérus à l'aide du doigt ou même au moyen du speculum ; tumeurs de l'utérus ou des ovaires ; douleurs dans les reins ; difficulté de la marche, de la défécation ; fonctions mammaires. — *Reins* — Douleurs lombaires ; miction ; quantité et qualité des urines, couleur, pesanteur spécifique, présence de tubuli rénaux et de précipités ; résultats fournis par le microscope et par les réactifs chimiques ; action de la chaleur, de l'acide nitrique, etc., action sur les papiers réactifs ; y a-t-il des rétrécissements, des écoulements venant de l'urèthre, de la spermatorrhée, etc. ? (Voir à l'article *Emploi des réactifs chimiques*.)

VI. SYSTÈME TÉGUMENTAIRE. — Attitude générale; état de la surface externe; couleur; expression de la pysionomie; teinte des lèvres; obésité; maigreur; peau rude ou douce au toucher, sèche ou moite; perspiration; marques ou cicatrices; éruptions (voir au diagnostic des maladies de la peau); température; tumeurs ou gonflements morbides; anasarque, œdème, emphysème, etc.

VII. HISTORIQUE DU SUJET. — Age; parenté; constitution; prédispositions héréditaires; commerce ou profession; lieu de résidence; manière de vivre eu égard à l'alimentation et à la boisson; habitudes; influences épidémiques ou endémiques; effets de la contagion ou de l'infection; exposition à la chaleur, au froid, à l'humidité; logement et de quel genre; état des égouts; odeurs; qualité de l'eau, etc.; irrégularités dans le régime; excès et de quelle nature; fatigues; début et marche de la maladie; date du frisson ou de l'invasion; mode d'invasion; traitement antérieur; si c'est une femme, noter si elle est mariée ou non, si elle a eu des enfants, des fausses couches, des maladies antérieures, etc.

Tels sont les points principaux sur lesquels doit porter votre attention lorsque vous examinez un malade. Un peu d'habitude ne tardera pas à les graver dans votre mémoire et cette sorte de routine vous sera même une garantie que vous n'aurez rien oublié d'important. A première vue, il peut vous sembler qu'un examen si minutieux ne soit pas indispensable; mais nous aurons maintes fois l'occasion de démontrer que, si l'on ne peut jamais nuire en se donnant un peu trop de peine, souvent l'ignorance d'un seul fait mène droit à l'erreur. L'on est surpris, du reste, de voir avec quelle rapidité celui qui est familiarisé avec cette méthode a fini d'examiner un malade, tout en ayant la certitude que tous les organes et toutes les fonctions ont été soigneusement interrogés. Rappelez-vous que l'importance des symptômes particuliers est inconnue du sujet et partant, qu'il ignore les particularités dont il devrait vous informer. Votre devoir est toujours de vous en enquérir.

En procédant à votre examen, il convient de tenir compte des points suivants :

1. N'oubliez jamais que vous avez affaire à un être humain, tout aussi sensible à la douleur, ayant les mêmes sentiments que vous, et que tout ce qui peut aggraver l'une et blesser les autres doit être soigneusement évité. De la prudence, de la bonté et de la délicatesse sont par dessus tout nécessaires pour s'approcher d'un malade. La légèreté serait impardonnable chez celui qui est appelé à prononcer sur la valeur et la durée de la vie.

2. Il faut que vos questions soient précises, simples, et faciles à comprendre. Si l'individu est d'une intelligence bornée, ou s'il ne parle qu'un certain dialecte, ce n'est pas en vous impatientant, ni en élevant la voix, que vous arriverez à vos fins, mais bien au contraire en posant vos questions en termes clairs et dans un langage à la portée du sujet.

3. Après avoir fait la première question : Où avez vous mal? il est souvent nécessaire d'inviter le malade à porter la main à la partie qu'il désigne. Un paysan irlandais applique le terme de cœur, à toute une région indéfinie, s'étendant à une grande partie de sa poitrine et de son abdomen; et souvent une femme qui se plaint de mal à l'estomac veut désigner la partie inférieure de l'abdomen.

4. Lorsque la souffrance est rapportée à une partie circonscrite de la surface, il faut toujours l'examiner par la palpation, et si rien ne s'y oppose, s'aider de la vue. Rostan rapporte de curieux exemples où l'oubli de l'un ou de l'autre de ces préceptes conduisit à d'étranges erreurs de diagnostic.

5. Bien que la question : « Depuis combien de temps êtes vous malade? » soit suffisamment claire, il est souvent difficile de déterminer la période de début de beaucoup de maladies. Dans les inflammations aiguës et les affections fébriles, on compte généralement à partir du premier frisson. Dans les maladies chroniques, il est souvent nécessaire, pour arriver à la vérité, de faire un contre-examen détaillé.

6. L'on peut dire qu'il y a fièvre quand le pouls est accéléré, la peau chaude, la langue chargée, la soif vive et qu'il y a de la céphalalgie. Ces symptômes sont communément précédés d'une période de malaise, variable dans sa durée, et annoncés par un frisson ou une sensation de froid. Cette sorte d'état fébrile peut être idiopathique, lorsque la maladie est ce qu'on nomme une fièvre essentielle; ou bien il peut n'être que symptomatique de quelque désordre local, quand la nature du mal est déterminée par l'organe affecté et l'existence d'une lésion.

7. Lors de l'examen physique il faut tenir compte de la température de l'appartement. Les portes et les fenêtres seront fermées, afin de préserver le malade de toute cause de refroidissement. Pour la même raison aucune partie du corps ne restera découverte plus longtemps qu'il n'est strictement nécessaire. Le silence doit être observé, non seulement autour du lit mais dans toute la salle. Si le patient est très affaibli, il faut abréger et même suspendre momentanément tout examen physique.

8. Il est indispensable d'apporter beaucoup de tact dans la recherche des causes de la maladie. Il faut savoir se mettre en garde, d'un côté contre les idées préconçues du patient, et de l'autre contre toute possibilité d'imposture. Il arrive cependant, malgré tous les efforts, qu'il est impossible de découvrir aucune cause appréciable, ou bien encore que l'on se trouve en face d'un ensemble de circonstances dont aucune en particulier ne serait suffisante pour produire la maladie.

9. En posant le diagnostic, c'est-à-dire en établissant une théorie déduite des faits révélés par l'examen, on tiendra compte de toutes les circonstances, prenant bien garde qu'elles soient complètement connues avant de hasarder une opinion. Même après cela, il n'est pas toujours possible d'arriver à une conclusion satisfaisante; dans ce cas, le diagnostic doit rester en suspens, jusqu'à ce que le temps ou une inspection plus approfondie aient jeté plus de lumière sur la nature du mal.

10. En relatant une observation, il suffit généralement de signaler, sous chacun des chefs indiqués plus haut, les symptômes ou signes présents. Si un appareil est complètement sain, on se bornera à le noter. Dans beaucoup de cas, néanmoins, il sera nécessaire de signaler, ce qu'on nomme les symptômes négatifs. Ce point requiert beaucoup de tact et peut décéler un haut degré d'instruction médicale. Ainsi, une attaque d'épilepsie débute ordinairement par une clameur ou un cri perçant, mais parfois il n'y a rien de pareil; c'est un point à noter. De même l'absence d'expectoration est un symptôme négatif rare dans la pneumonie. On nomme donc symptômes négatifs ceux qui, habituellement présents dans une maladie, font défaut dans un cas particulier.

11. Tout ce qui indique une mesure doit être exprimé exactement en mètres, centimètres et millimètres (1). La situation est souvent spécifiée par la désignation de certaines régions, suivant lesquelles on est convenu de diviser la surface du corps; exemples: les régions sous-scapulaire, cardiaque, épigastrique, etc., mais il est toujours préférable d'indiquer d'emblée les points anatomiques, comme la clavicule, une côte particulière, le mamelon, l'ombilic, l'angle de l'omoplate et ainsi de suite. L'étendue se détermine de même par la proximité de points fixes bien connus. Tous termes vagues, comme large, grand, petit, menu, etc., doivent être soigneusement évités. Il serait parfaitement superflu de dire que le pouls ou la respiration est lente ou rapide, lorsqu'on indique que le premier bat 60 ou 120 fois et que la seconde se fait 12 ou 40 fois à la minute, puisque l'on donne ainsi d'emblée un renseignement complet. Dans la relation d'un cas, les dates doivent toujours se rapporter au jour du mois ou, ce qui est encore préférable, au jour de la maladie, et jamais à celui de la semaine. Il convient d'indiquer la source de beaucoup de renseignements; ainsi: « le malade, la garde, ou les amis racontent, » etc.

12. Lorsqu'au lit du malade on parle ou l'on discute sur les circonstances de son affection, il convient d'employer toujours un langage technique. Au lieu de dire qu'un homme a « une caverne au sommet du poumon, » on parlera d'« une vomique sous la clavicule. » Au lieu de dire que quelqu'un a « une maladie de cœur, » l'on emploiera plutôt les termes « d'hypertrophie cardiaque, » « d'insuffisance mitrale » ou « des valvules aortiques, » etc. Cependant, si c'était devant un jury et en qualité de témoin, il vaudrait mieux se servir du terme vulgaire et dire: le ventre plutôt que l'abdomen; la tête, au lieu du crâne; l'aisselle de préférence au creux axillaire. Dans ce cas, le but est d'instruire des gens qui ne sont pas initiés à la science. Il en est autrement quand on s'adresse à des per-

(1) Les soins apportés par l'auteur à la revision de cet ouvrage, et les importantes additions qu'il y a faites, lui donnent tout à fait le caractère d'une nouvelle édition produite, cette fois, en langue française. Estimant que ce livre est une exposition pratique, utile surtout aux étudiants et aux jeunes médecins, nous avons cru leur en faciliter l'usage, en réduisant les poids et mesures anglais en leurs équivalents métriques.

(N. du trad.)

sonnes familiarisées avec la terminologie médicale et d'ailleurs on évite ainsi d'alarmer le malade ou de lui causer des inquiétudes inutiles.

13. Quand vous faites une prescription, il est beaucoup de circonstances à prendre en considération, telles sont: le temps probable où vous ferez votre prochaine visite, la forme sous laquelle le patient prendra votre médicament avec le plus de facilité, sa condition de fortune, etc. Les prescriptions s'écrivent en latin et les quantités s'indiquent par les signes pharmaceutiques ordinaires. Mais le mode d'administration doit être écrit dans la langue parlée autour du malade (1).

Le diagnostic posé et la prescription faite, il faudra encore de temps en temps se livrer à de nouvelles investigations, et cela plus ou moins fréquemment, selon la gravité du cas. Outre les changements qui peuvent survenir dans les signes et les symptômes précédemment notés, il faut encore surveiller scrupuleusement l'effet des remèdes et bien s'assurer s'ils ont été administrés et si le régime a été suivi. En cas d'issue fatale, il faudra indiquer spécialement les symptômes qui ont précédé la mort, ainsi que les circonstances dans lesquelles elle s'est produite. Toutes les fois que vous avez à tenir note d'un cas, je ne saurais trop vous recommander de tout consigner en son temps dans un carnet et non de vous en rapporter à votre mémoire. Depuis une longue série d'années, les observations dictées à haute voix par le professeur et écrites au lit du malade par l'élève (*clerk*) chargé de les relever, forment un des traits saillants du système d'instruction clinique d'Edimbourg. C'est du reste la seule méthode qui puisse fournir des observations exactes.

Quand un malade vient à mourir, l'examen n'est pas complété. C'est le moment de confirmer ou de rectifier le diagnostic par l'inspection du cadavre. Sachez que c'est ici l'une des parties les plus importantes du cours clinique. Ces sortes de recherches sont toujours suivies avec le plus grand intérêt par tous ceux qui sont experts dans la pratique de leur profession. C'est l'unique moyen de corriger les erreurs qui peuvent avoir été commises. C'est à l'autopsie que l'on vérifie avec assurance le diagnostic et que l'on apprécie sa juste valeur. Enfin c'est par cette voie que l'on arrive à la connaissance de la pathologie ou de la nature réelle des maladies, voire même à la découverte de leur traitement rationnel.

(1) Dans les pays de langue française, l'usage se répand de plus en plus d'écrire toutes les prescriptions en français, souvent en toutes lettres et presque exclusivement en poids et mesures métriques. Cependant, si la recette doit être préparée à l'étranger, il devient nécessaire de la rédiger en latin et de faire usage des anciens chiffres, poids et mesures médicaux. On ne perdra pas de vue, toutefois, que les quantités correspondantes aux mêmes dénominations varient considérablement suivant les pays. Il en est de même, et la chose est encore plus importante, des médicaments officinaux, dont la composition et l'activité varient souvent, même d'une ville à l'autre. Aussi, il serait vivement à souhaiter que, dans un des prochains congrès internationaux de médecine, on mit sérieusement à l'étude le projet de création d'une pharmacopée universelle, à laquelle il fût au moins loisible de se référer, et dont l'usage ne tarderait point à être généralement adopté.

(Note du trad.)

Les recherches sur le cadavre n'exigent pas moins d'ordre et de méthode que sur l'homme vivant, et il est tout aussi important de n'y négliger l'inspection d'aucun viscère. Les trois grandes cavités devraient toujours être examinées; rien n'est plus nuisible au progrès scientifique de la médecine, que l'habitude de n'inspecter que l'une d'elles, comme s'il ne s'agissait pour le médecin que de satisfaire sa curiosité ou d'éclaircir ses doutes sur tel ou tel point. Beaucoup de médecins s'attachant trop exclusivement à une certaine catégorie de maladies, s'exposent ainsi à donner trop d'importance à certaines lésions particulières. Il m'est souvent arrivé, à l'époque où j'étais chargé du département de la pathologie à l'Infirmierie royale, d'observer ceci : un collègue examinait tel ou tel organe, dans l'état duquel il trouvait la cause de la mort de son malade; lorsqu'il avait quitté l'amphithéâtre, je faisais un nouvel examen, d'après la règle méthodique que je m'étais tracée, et plusieurs fois j'ai découvert d'importantes lésions que l'on n'avait nullement soupçonnées. Ainsi tel sujet que l'on supposait avoir succombé à une affection des reins ou maladie Bright, avait eu une pneumonie latente qui avait été méconnue. Qu'un praticien peu soigneux constate dans le poumon quelque vaste caverne parmi des dépôts tuberculeux, sans pousser plus loin ses recherches, il se tient pour satisfait et abandonne le corps, sans avoir aucunement remarqué une péritonite intense, résultat d'une perforation intestinale. Un homme a une hypertrophie du cœur, accompagnée d'une affection valvulaire; tout à coup il meurt, et l'on ne manque pas de tout rapporter à la lésion cardiaque. Cependant l'on est parfois bien étonné, en ouvrant le crâne, de trouver une extravasation apoplectique ou bien un point de ramollissement jaune. Je ne saurais donc trop insister sur la nécessité de faire toujours les examens cadavériques complets, et pour cela vous devriez, chaque fois que la chose est possible, vous faire autoriser à explorer le corps en entier et non pas seulement une cavité particulière.

Tout examen cadavérique ou autopsie a un triple objet : 1^o rechercher la cause du décès; 2^o apprécier les signes et les symptômes; 3^o déterminer la nature de la maladie. Ce sont là trois points de vue très distincts, mais les praticiens ne s'occupent généralement que des deux premiers. Trop souvent après avoir découvert une lésion qui semble donner l'explication de la terminaison fatale, ils s'arrêtent satisfaits et les recherches ne vont pas plus loin. On n'en demande pas davantage dans une autopsie médico-légale. Cependant, même alors, il est nécessaire d'examiner tous les organes, dans la crainte d'une erreur toujours possible. Comment un homme consciencieux peut-il affirmer que c'est une affection abdominale qui a été cause de la mort, s'il ne s'est assuré, par une inspection complète, que la poitrine et le cerveau sont bien sains?

Il arrive que durant la vie il s'est montré un signe ou symptôme particulier, tout à fait extraordinaire et inexplicable; l'autopsie en donne-t-elle la raison, souvent le praticien s'en contente et tout est dit. Toutefois, il est évident que cela ne détermine nullement la nature du mal, ni le

mode de traitement qu'il fallait suivre. Pour atteindre ce but, il faut diriger ses recherches, non pas du côté des lésions morbides qui s'étant produites à une période avancée, ont amené à la mort et fourni les symptômes les plus saillants; mais il faut surtout s'attacher aux lésions aussi près de leur début qu'on peut les découvrir. C'est ici que l'on doit appeler à son aide le microscope qui permettra de suivre les modifications pathologiques, jusque dans la trame intime des organes. Il est nécessaire aussi de tenir compte des circonstances qui ont produit la lésion, ainsi que des symptômes et des signes physiques auxquels elle a donné lieu; il faut également noter les troubles secondaires, l'ordre de leur succession, leur durée et leur mode de terminaison. Telle est avec ses détails, la méthode d'investigation qui seule est capable de faire progresser la médecine, et tel sera votre but, je l'espère, toutes les fois que vous procéderez à une autopsie. Telles seront au moins les vues que je m'efforcerai toujours d'exposer, durant tout ce cours d'instruction clinique.

Voici un ordre que vous pourrez suivre dans l'examen des organes, tissus, etc., qui réclament votre attention :

I. APPARENCES EXTÉRIEURES. — Nombre d'heures écoulées depuis la mort; aspect général et état du corps; particularités à noter; marques extérieures; sugillations; degré de décomposition. Dans les cas où il y a lieu de soupçonner une mort violente, il est nécessaire d'apporter un soin extrême dans l'examen extérieur. Quand il s'agit d'un corps qui n'a pas été reconnu, noter l'âge approximatif, la couleur des cheveux, et toutes les particularités relatives à la denture.

II. TÊTE. — Cuir chevelu; voûte du crâne; méninges; sinus; plexus choroïdes; cerveau, sa forme et son poids; cervelet, son poids; état de la substance corticale et médullaire du cerveau; ventricules, quantité exacte du liquide qu'ils renferment, après l'avoir extrait au moyen d'une pipette, en donner les caractères; moëlle allongée; nerfs et artères de la base du cerveau; base du crâne; sinus.

III. COLONNE VERTÉBRALE. — Téguments qui recouvrent l'épine dorsale; vertèbres; méninges; corde médullaire; nerfs.

IV. COU. — Glande thyroïde; larynx et ses annexes; trachée; langue; amygdales; isthme du gosier; pharynx et œsophage; gros vaisseaux sanguins; troncs nerveux; vertèbres cervicales.

V. POITRINE. — Thymus; position des viscères thoraciques; membrane qui tapisse les bronches; glandes bronchiques; plèvres; contour de la cavité pleurale, parenchyme des poumons; les portions malades, plongées dans l'eau vont-elles au fond? Grosses veines thoraciques; péricarde et son contenu; aspect général et position du cœur, son poids, quantité et état du sang contenu dans ses cavités; oreillette droite; veines coronaires; cloison inter-auriculaire; ventricule droit, sa contenance, épaisseur et degré de fermeté de ses parois; endocarde; valvule tricuspide; ventricule gauche, épaisseur et aspect de son tissu musculaire, sa capacité;

valvules sigmoïdes, artères coronaires; orifice de l'aorte et sa crosse; aorte thoracique, sa structure et son calibre.

VI. ABDOMEN. — Péritoïne et cavité péritonéale; position des viscères abdominaux; épiploons; estomac; duodenum; petit et gros intestins; foie, son poids, sa forme et sa structure, ses artères, veines et canaux; vésicule du fiel et son contenu; système de la veine porte; pancréas et ses conduits; glandes mésentériques et autres glandes absorbantes; rate, son poids, ses dimensions et sa structure; capsules surrénales; reins, leur poids; état des parties servant à la sécrétion et à l'excrétion; bassinets; urètres; vessie avec la prostate et l'urètre chez l'homme; utérus, ovaires, trompes de Fallope et vagin chez la femme; aorte abdominale et veine cave; gros vaisseaux abdominaux; ganglions du grand sympathique.

VII. SANG. — Son aspect dans les cavités du cœur, dans l'aorte, la veine cave, la veine porte, etc.; portions coagulées et liquides, adhérence ou non des caillots.

VIII. EXAMEN MICROSCOPIQUE de tous les tissus morbides, des liquides, du sang, etc., etc.

Voici encore quelques avis qui pourront vous être utiles dans la pratique des autopsies :

1. Comme je l'ai déjà dit, il faut toujours inspecter la tête, la poitrine, et l'abdomen. Cependant la moëlle épinière et le cou ne seront point dérangés, à moins que des symptômes n'y fassent soupçonner quelque lésion. Dans des cas spéciaux, mais surtout dans les cas judiciaires, chaque partie doit être soumise à une inspection minutieuse; quelquefois même il est nécessaire de s'appesantir ici sur diverses circonstances qui se rapportent à des lésions externes ou chirurgicales, telles que : fractures, plaies, brûlures, blessures des gros vaisseaux; altération des organes des sens, caractères de maturité et de viabilité chez les nouveaux-nés, etc.

2. On doit apporter le plus grand soin à ne pas défigurer le corps. Les incisions à la peau seront donc dirigées de telle sorte qu'après en avoir réuni les bords par la suture, l'on ne s'aperçoive point des dissections pratiquées en-dessous. De plus, le corps ne sera pas exposé à la vue plus qu'il n'en est besoin; la décence exige que les parties génitales restent toujours cachées. Pour le reste, les désirs et les sentiments des amis et de la famille doivent naturellement être pris en considération.

3. Avant d'enlever l'estomac ou une portion quelconque des intestins, on placera une ligature au-dessus et au-dessous de la partie à extraire; puis on ouvrira celle-ci avec le plus grand soin, notant les caractères du contenu, s'il est gazeux, liquide, muqueux, sanguinolent, composé de matières fécales ou mêlé de matières étrangères. Après cela seulement, on examinera la surface muqueuse, préalablement lavée. Cette règle est surtout importante à suivre dans les expertises médico-légales; des oublis de ce genre ont trop fréquemment empêché la justice d'arriver à ses fins,

4. Saisissez avec empressement toutes les occasions qui se présenteront d'ouvrir les cadavres, travaillez-y de vos propres mains, afin d'acquérir de la dextérité à mettre à découvert les cavités et à extraire les viscères, etc. Rien n'est plus pénible que de voir déchirer ou contusionner le cerveau pendant qu'on enlève la voûte du crâne, ou encore, les gros vaisseaux de la racine du cou dans la désarticulation du sternum, ce qui a pour conséquence inévitable d'inonder de sang toutes les régions voisines. Il est également fâcheux de voir sectionner les valvules cardiaques que l'on voulait simplement exposer à la vue, faire des incisions maladroites dans les intestins d'où s'échappent les matières fécales; de voir les ligatures se défaire, etc., etc. Du sang-froid, de la méthode, des connaissances anatomiques, de l'habileté à disséquer ne sont pas moins indispensables pour opérer sur le cadavre que sur l'homme vivant.

5. Quand on fait une autopsie dans une maison particulière, il n'est pas toujours nécessaire d'enlever les viscères. Le cœur, les poumons, le foie, les reins, etc. se prêtent facilement à être inspectés sur place. Mais à l'infirmerie, où nous avons toutes les facilités désirables, les viscères seront toujours détachés; et après avoir décrit les altérations morbides qu'ils présentent, je les ferai passer à la ronde, afin que chacun de vous puisse les examiner.

6. C'est une excellente pratique, de ne jamais omettre de voir au microscope les tissus et les produits morbides, au moins jusqu'à ce que l'expérience vous ait familiarisés avec leur structure intime.

7. Les notes relatives à l'autopsie doivent toujours être prises séance tenante; sauf à les remettre en ordre plus tard. Si les organes sont sains, il faut l'indiquer clairement, de sorte que dans la suite il ne puisse pas être élevé de doute sur la question de savoir s'ils ont été dûment examinés. En ce cas, les observations négatives ont souvent la même importance que les symptômes négatifs dans un diagnostic.

8. Dans la description des apparences morbides, nous aurons soin de signaler les propriétés physiques des organes ou des tissus, telles que : la dimension, la forme, le poids, la densité, la couleur, l'odeur, la position, etc.; nous éviterons en outre toutes les indications indéterminées, comme sont les termes : enflammé, tuberculeux, cancéreux, gangreneux et autres, comme aussi les expressions vagues : petit, grand, large, étroit, augmenté, diminué, etc. Les dimensions doivent toujours s'exprimer en mètres ou fractions de mètre et la quantité des liquides en litres ou fractions de litre.

9. Le soin et le temps à consacrer à une autopsie varient selon les circonstances. Parfois même ces recherches exigent qu'on y emploie plusieurs jours, lorsqu'il faut recourir à l'examen microscopique et aux analyses chimiques. Je n'ai jamais entendu d'étudiant qui regrettât d'avoir dépensé trop de temps aux recherches nécropsiques. Il n'est pas rare au contraire, que par manque de soin ou par ignorance de l'anatomie pathologique, des médecins commettent des omissions devant les tribunaux, et

cela au grand préjudice de notre profession vis à vis du public et même assez souvent au détriment de la justice qui ne pourra se prononcer, sans s'exposer à des méprises déplorables (1).

Pour bien examiner un malade conformément à la méthode qui vient d'être indiquée, il est indispensable de posséder une connaissance exacte de la position relative des divers organes internes. Cette sorte d'anatomie topographique n'est pas enseignée aux étudiants avec tout le soin qu'elle comporte; cela tient, sans doute, à ce que l'enseignement de l'anatomie

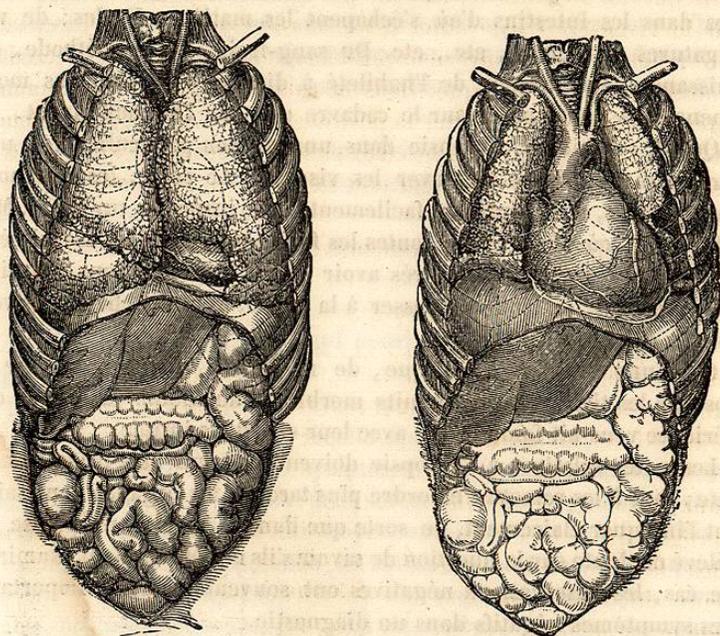


Fig. 1.

Fig. 2.

est le plus souvent confié à des chirurgiens. Cependant, aujourd'hui que le diagnostic physique constitue une partie si essentielle de l'éducation du médecin, l'on sent de plus en plus le besoin de s'attacher à l'étude de l'anatomie topographique, comme objet distinct de l'anatomie chirurgicale. Je recommanderai donc tout spécialement, aux élèves qui fréquentent la clinique médicale, d'étudier l'excellent livre du Dr Sibson sur l'Anatomie médicale, ouvrage enrichi d'illustrations et dans lequel cette matière est admirablement traitée. C'est de cet ouvrage que j'ai tiré les deux figures

(1) Les praticiens et les étudiants trouveront un excellent guide pour les examens cadavériques dans un ouvrage intitulé : « *What to observe* » ce qu'il faut observer », publié sous le patronage de la « *Medical Society of Observation* » de Londres.

Fig. 1. Vue d'ensemble des organes internes, après enlèvement des parois thoracique et abdominale.

Fig. 2. Un plan plus profond (Sibson).

ci-contre. D'un seul coup d'œil on y entrevoit la disposition des organes internes, tels qu'ils se présentent après la mort, chez un adulte bien constitué. On y trouve également indiquées les relations générales des viscères avec les points fixes du tronc et des parois thoraciques, relations dont la connaissance est beaucoup plus utile que celle du contenu de toutes ces régions artificielles délimitées par des lignes plus ou moins conventionnelles à la surface du corps.

Lorsqu'on étudie les rapports des viscères sur le cadavre, il faut se souvenir que les organes n'occupent pas exactement la même position que sur le vivant. « L'expiration est le dernier acte de la vie et cette expiration finale est ordinairement plus complète et plus forcée que dans le calme de l'état physiologique. Dans le cadavre les poumons reviennent sur eux-mêmes mais sans quitter la position qu'ils occupent généralement durant la vie; en même temps le cœur et ses vaisseaux se rétractent, et les organes abdominaux remontent tant soit peu, en suivant le retrait du diaphragme » (Sibson).

On se fera une idée des remarquables changements qui se présentent parfois dans la position naturelle des viscères internes, par le cas suivant rencontré par le professeur Easton de Glasgow, chez une femme enceinte, âgée de 27 ans. L'augmentation de volume de l'utérus concordant avec une tendance graduellement progressive à l'accumulation des fèces dans la partie inférieure du colon, produit à la longue une énorme distension de l'S de ce viscère, dont la portion ascendante mesurait 0,55 centimètres et la portion descendante 0,65 centimètres de circonférence. La rate et le diaphragme étaient refoulés en haut et à gauche, comprimant le poumon et déplaçant tous les organes voisins, de telle sorte qu'en soulevant le sternum et après avoir enlevé les côtes, sur le cadavre, l'ensemble offrait l'aspect représenté par la fig. 5 (1). Dans le cas d'Allan Brown, relaté plus loin au chapitre pleurésie, on verra un autre exemple de

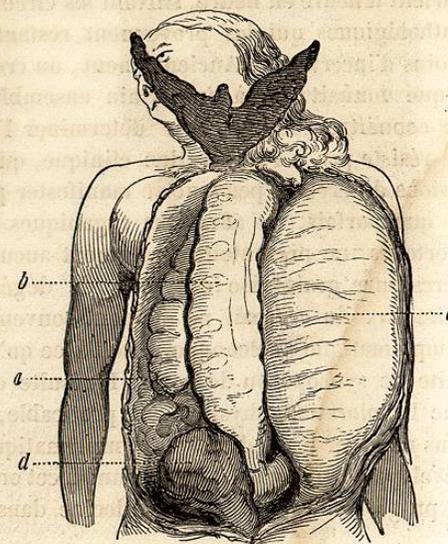


Fig. 5

Fig. 3. Remarquable déplacement des organes produit par une obstruction intestinale. a. Tête du colon; b. portion ascendante de la courbure sigmoïde; c. portion descendante; d. utérus en état de gestation, incliné un peu en bas (Easton).

(1) *Monthly Journal of Medical Science*, Dec. 1850, p. 494.