N° 988

ECOLE NATIONALE VETERINAIRE DE LYON
Année scolaire 1929-1930 — N° 217

Les étapes logiques successives de l'établissement du diagnostic en médecine vétérinaire

« Comment cognaist-il par l'effort de son intelligence les bransles internes et secrets des animaux ».

MONTAIGNE.

Apologie de Raimond de SÉBONDE.

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 26 Mars 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR VÉTÉRINAIRE

PAR

René BESSON

Né le 1er Mai 1907 à BESANÇON (Doubs)

LYON
Imprimerie BOSC Frères & RIOU
42, Quai Gailleton, 42

1930

ÉCOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE - LYON
Bibliothèque

Les étapes logiques successives de l'établissement
du diagnostic en médecine vétérinaire

ECOLE NATIONALE VETERINAIRE DE LYON
Année scolaire 1929-1930 — N° 217

Les étapes logiques successives de l'établissement du diagnostic en médecine vétérinaire

« Comment cognaist-il par l'effort de son intelligence les bransles internes et secrets des animaux ».

MONTAIGNE.

Apologie de Raimond de SÉBONDE.

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 26 Mars 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR VÉTÉRINAIRE

PAR

René BESSON

Né le 1er Mai 1907 à BESANÇON (Doubs)

LYON,
Imprimerie BOSC Frères & RIOU
42, Quai Gailleton, 42

1930

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'ÉCOLE VÉTÉRINAIRE DE LYON

Directeur..... M. Ch. PORCHER.
Directeur honoraire. M. F.-X. LESBRE.
Professeurs honoraires **M. Alfred FAURE, ancien Directeur.**
M. CADÉAC.

PROFESSEURS

Physique et chimie médicale, Pharmacie, Toxicologie..	MM. PORCHER
Botanique médicale et fourragère, Zoologie médicale, Parasitologie et Maladies parasitaires.....	MAROTEL
Anatomie descriptive des animaux domestiques, Tératologie, Extérieur	TAGAND.
Physiologie, Thérapeutique générale, Matière médicale	JUNG
Histologie et Embryologie, Anatomie pathologique, Inspection des denrées alimentaires et des établissements classés soumis au contrôle vétérinaire...	BALL
Pathologie médicale des Equidés et des Carnassiers, Clinique, Sémiologie et Propédeutique, Jurisprudence vétérinaire	AUGER
Pathologie chirurgicale des Equidés et des Carnassiers, Clinique, Anatomie chirurgicale, Médecine opératoire	DOUVILLE
Pathologie bovine, ovine, caprine, porcine et aviaire. Clinique, Médecine opératoire, Obstétrique.....	CUNY
Pathologie générale et Microbiologie, Maladies microbiennes et police sanitaire, Clinique.....	BASSET
Hygiène et Agronomie, Zootechnie et Economie rurale.	LETARD

PROFESSEUR AGRÉGÉ

Industrie et contrôle des produits d'origine animale.....	TAPERNOUX

CHEFS DE TRAVAUX

LOMBARD, COLLET, JEAN-BLAIN.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Président : M. le Dr CADE, Professeur à la Faculté de Médecine, Chevalie, de la Légion d'honneur.

Assesseurs : M. le Dr DOUVILLE, Professeur à l'Ecole Vétérinaire.
M. CADÉAC, Professeur honoraire des Ecoles Vétérinaires, Officier de la Légion d'honneur.

La Faculté de Médecine et l'Ecole Vétérinaire déclarent que les opinions émises dans les dissertations qui leur sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elles n'entendent leur donner ni approbation ni improbation.

A la Mémoire de mon Frère
Henry BESSON

Caporal au 172e régiment d'infanterie. Tué à l'ennemi le 27 septembre 1916, à Bouchavesnes (Somme).

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CADE
de la Faculté de Médecine

A MES JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR DOUVILLE
Professeur de pathologie chirurgicale à l'Ecole Vétérinaire de Lyon

MONSIEUR LE PROFESSEUR CADEAC
Professeur honoraire à l'Ecole Vétérinaire de Lyon

A MONSIEUR PONCEAU
Professeur de philosophie au Lycée de Besançon

Qui a bien voulu nous guider de ses précieux conseils.

Préface

Au temps où le peuple de Rome se pressait pour entendre les comédies de Plaute et de Terence, il était d'usage, qu'au début du spectacle, un acteur vint expliquer au public le plan général et l'idée directrice de la pièce qui allait être jouée. Cette coutume, à peu près complètement abandonnée au théâtre, s'est perpétuée jusqu'à nous pour les livres puisque c'est encore l'habitude de précéder le texte lui-même d'une préface.

Sacrifions donc à l'usage et exposons brièvement ce que nous voulions faire et ce que nous avons fait.

Après avoir lu de nombreux ouvrages où étaient exposées les méthodes pratiques des différents diagnostics, il nous a semblé intéressant d'envisager la question sous un autre angle et d'étudier, non plus le côté technique, mais les grandes étapes et les grandes lois du diagnostic considéré uniquement en tant qu'acte intellectuel.

Voilà le projet qui nous avait séduit. Mais, nous n'avons pu l'amener à la forme dont nous avions rêvé. C'est évidemment le sort de toute œuvre humaine que de ne pas répondre, une fois achevée, à la belle

vision nébuleuse qui lui a donné naissance. Cependant ici, la différence entre le projet et la réalisation est trop grande pour que ne soit pas intervenue une cause particulière. Or, si le défaut de temps et de documentation porte une part importante de responsabilité, le grand coupable est — nous en avons l'impression très nette — notre manque de maturité intellectuelle.

Ne pouvant parer actuellement à ce défaut, nous devons nous borner à nous en excuser.

Aussi, devant notre travail achevé, à l'inverse de l'acteur antique qui, la pièce finie, venait dire : « *Et nunc plaudite cives* », nous demanderons au contraire la bienveillante indulgence des Maîtres qui ont accepté d'être nos juges.

Les étapes logiques successives de l'établissement du diagnostic en médecine vétérinaire

Introduction

Dans l'enfance de la médecine, la maladie quelle qu'elle fut, était uniquement considérée comme un avantage remporté par le *principe mauvais* sur le *principe bon*. Puisque le mal était un et ainsi la cause morbigèce unique, le prêtre qui était en même temps le guérisseur corporel, n'avait pas de raisonnement à faire pour établir la nature et l'origine du trouble morbide : une simple constatation lui suffisait.

Mais, en observant mieux, l'homme fut amené peu à peu à reconnaître différentes sortes de maux et à penser que chacune d'elles devait avoir une origine particulière. C'est alors, que pour distinguer d'une façon exacte les différentes maladies, et pour déterminer avec certitude leurs causes que le raisonnement devint indispensable.

A ce moment, le diagnostic était né.

Bien entendu, ce diagnostic fut établi au début par des moyens que ne dirigeait aucune idée scientifique. Les Egyptiens et les Grecs faisaient coucher le malade dans un temple pour qu'en songe, la divinité lui révélât de quel trouble il était atteint et quels étaient

les moyens propres à le guérir. Chez les Romains, l'examen du vol des oiseaux et des entrailles des victimes étaient d'un grand secours pour connaître l'origine du mal. Mais, au Moyen Age d'abord, puis surtout dans les Temps Modernes, rejetant ces pratiques augurales, le praticien tire des conclusions diagnostiques du seul examen du malade. Enfin, de nos jours, nous renforçons l'examen clinique par des techniques de laboratoire.

Cet historique du diagnostic, bien que rapide, nous permet cependant de dégager le processus général de cet acte.

Que ce soit dans l'Antiquité, au Moyen Age, ou de nos jours, le médecin ne peut diagnostiquer par intuition : sa recherche de la vérité est laborieuse. Pour l'effectuer, il dispose de deux moyens :

Ses sens ;

Son entendement.

Les sens observent le milieu extérieur et fournissent les documents.

L'entendement interprète les documents et en tire les conséquences.

Ces deux agents n'agissent pas l'un sans l'autre, l'un après l'autre. Non, ils se prêtent toujours une aide réciproque, leurs interpénétrations sont continuelles. Cependant, nous sommes obligés de schématiser de cette façon pour arriver à un exposé d'une clarté suffisante.

Et ainsi, nous étudierons successivement :

1° L'OBSERVATION DIAGNOSTIQUE ;

2° LE RAISONNEMENT DIAGNOSTIQUE.

L'Observation diagnostique

D'une façon générale, on définit l'observation, comme l'attention donnée à une chose pour savoir tout d'abord ce que cette chose est, puis ensuite comment elle se passe.

La façon de penser médicale a, comme toutes les autres, pour origine les sensations reçues du monde extérieur : la donnée sensorielle est le fondement de toutes nos réactions aussi bien sentimentales qu'intellectuelles. Aussi, l'observation est la première phase obligée de tout diagnostic puisqu'elle a pour but de fournir à l'esprit les matériaux sur lesquels il raisonnera.

Notre observation portera sur *tout* le malade. *Tout* désignant :

1° *Dans l'espace :* le malade en entier et les parties de son entourage qui peuvent agir sur lui (circumfusa, applicata, etc...) ;

2° *Dans le temps :* le malade non seulement en son état actuel, mais encore en tous ses états passés.

Pour l'étude, la division dans le temps sera la plus commode. Donc, nous envisagerons successivement :

1° L'observation actuelle ;

2° L'observation passée.

Mais, avant d'entreprendre l'étude de ces modes de l'observation, il est bon de parler ici d'une particularité qui leur est commune en médecine vétérinaire.

Le médecin de l'homme peut, dans la majorité des cas (1), entrer en relations verbales avec son malade et obtenir ainsi de nombreux renseignements fort précieux : renseignements sur le siège du mal, sur l'intensité, sur la durée de la douleur, etc... Le vétérinaire, au contraire, se trouve devant un animal intelligent, certes, mais incapable de traduire le mal ressenti autrement que par un regard douloureux et navré.

La parole, heureusement, n'est pas le seul moyen de communication possible entre les êtres animés : la physionomie, le regard, l'attitude, sont autant d'éléments d'un langage rudimentaire, mais cependant fort utile. Poussant même plus loin la valeur de cette langue muette, certains sont allés jusqu'à prétendre que le mutisme du patient était un gros avantage pour le praticien. « Celui-ci, disent-ils, ne risque pas d'être impressionné par les racontars du malade, par les introspections plus ou moins fantaisistes ».

En vérité, s'il y a là avantage, ce n'est qu'avantage purement négatif. Ne vaut-il pas mieux avoir à tirer le vrai du faux parmi les dires du malade que de chercher à savoir ce que ressent un muet ?

Non, cette particularité de notre diagnostic, loin de nous aider en aucune façon, nous met au contraire dans un état d'infériorité très net.

(1) Sauf quand il s'agit d'un très jeune enfant, d'un muet ou d'un fou.

Observation actuelle

Voici l'animal devant nous.

Nous ne pouvons, d'un coup d'œil, embrasser toutes ses extériorisations, car elles sont trop nombreuses et trop diverses. Pour avoir quelques chances d'arriver à bien, il est de toute nécessité d'opérer méthodiquement, en séparant les uns des autres les différents phénomènes, appliquant ainsi la deuxième règle du Discours de Descartes : « ... diviser chacune des difficultés que j'examinais en autant de parcelles qu'il se pourrait et qu'il serait requis pour les mieux résoudre ».

Une fois les phénomènes isolés les uns des autres, chacun sera examiné à son tour.

Pour cela, nous mettrons en œuvre tous nos moyens de communication avec le monde extérieur, c'est-à-dire nos sens : ouïe, tact, etc... la plupart étant aiguisés par les appareils les plus divers : lentilles, thermomètres, stéthoscopes et autres. Mais, pour que cet examen soit productif, il ne suffit pas d'avoir des yeux, des oreilles, de posséder le toucher, l'odorat, de se placer dans certaines conditions physiques, de braquer ses instruments. Des dispositions et des actes intellectuels doivent encore intervenir : il ne suffit pas de *regarder*, il faut *voir*.

Le fait rudimentaire existe bien en lui-même, mais qu'il existe même près de nous, même sous nos sens, n'est pas suffisant pour que nous le connaissions. Notre connaissance du monde extérieur nécessite la

participation de nos idées : leur projection sur le phénomène, cette projection amenant une combinaison de nous et de la partie du Cosmos observée, réalisant ainsi une « transformation du fait en pensée (1) ».

C'est à ce prix, et à ce prix seulement, que l'observation nous donnera une véritable connaissance.

Cette observation directe, effectuée grâce à nos sens, donne des résultats précieux mais cependant parfois insuffisants : dans un certain nombre de cas, on est obligé de recourir aux différentes techniques modernes :

Cultures,

Analyses,

Dosages, etc...

L'exécution de ces techniques est devenue, grâce à des perfectionnements successifs, d'une simplicité enfantine : elle ne nécessite aucune connaissance précise de physique ni de chimie, car elle est souvent réduite à un simple mélange suivi d'une lecture.

Séduit par la variété, par l'exactitude de ces techniques, on a pensé un moment pouvoir ramener à elles seules tout le diagnostic, transformant ainsi en science cette partie de l'art médical. Au lieu d'apprécier à l'œil le mauvais état du sujet, d'ausculter sa poitrine, on aurait fait une série d'analyses, de graphiques... De cette façon, le cas du malade aurait été traduit par une suite de constatations numériques dont, sans erreur possible, on aurait tiré le diagnostic.

(1) A ce sujet Bacon disait : « *Apis vero, ratio media est, quae materiem ex floribus harti et agri elicit sed tamen eam propria facultate vertit et digerit.* »

Mais, ce n'était qu'un beau rêve : une première condition indispensable à sa réalisation n'est pas remplie. En effet, si on veut opérer comme en mathématiques, il faut connaître toutes les données du problème. Or, chaque jour, les progrès du laboratoire nous apportent des faits nouveaux et nous donnent ainsi la certitude d'en ignorer encore, à l'heure actuelle, de très nombreux et de très importants.

Puis, en admettant même que nous puissions connaître tout le malade, quelle perte de temps éprouverions-nous pour arriver à cette connaissance complète ! et ne risquerions-nous pas de trop nous confiner dans le détail, de nous comporter comme des myopes et de négliger ainsi ce qui est sans doute le plus important : le coup d'œil général.

En somme les méthodes de laboratoire, bien qu'extrêmement utiles, « ne doivent jamais prendre le pas sur l'observation directe des malades, leurs résultats ne doivent jamais être considérés isolément. Ils doivent seulement prendre place au milieu du faisceau des signes fournis par les autres procédés d'investigation pour être discutés et interprétés avec eux dans chaque cas particulier. » (Bard).

Valeur de l'observation actuelle. — Nous pourrions maintenant nous demander jusqu'à quel point nous devons nous fier aux données que viennent de nous fournir nos sens et leurs « prolongements scientifiques ».

Une discussion sur la créance absolue que nous pouvons accorder à nos observations serait oiseuse. Constatons seulement que, dans la majorité des cas,

tout se passe comme si nous avions une idée exacte du réel.

Par contre, il est intéressant de connaître les erreurs qui nous menacent. Nous avons à éviter deux sortes d'erreurs :

Les erreurs systématiques ;

Les erreurs accidentelles.

Les premières sont celles que produit un mauvais fonctionnement de nos sens ou de nos instruments : daltonisme, thermomètre inexact. Elles n'ont pas une grosse importance, car elles sont faciles à découvrir et, par suite, à conjurer.

Comme exemple des secondes, nous pouvons citer : une mauvaise lecture du thermomètre, une erreur dans le compte des mouvements respiratoires. Elles sont fréquentes, mais comme leur amplitude n'est jamais très grande et que nous ne sommes pas dans une science exacte, elles n'influent pas beaucoup sur le résultat final.

Observation passée

Par l'observation actuelle, nous avons obtenu des renseignements sur l'état présent de l'animal. Mais ces renseignements ne nous suffisent pas.

Au point de vue absolu, la maladie dont nous sommes témoins dépend non seulement des causes qui viennent d'agir sur le sujet, mais encore de tous les états successifs par lesquels ce sujet est passé et par lesquels même sont passés ses parents. Poussées dans toute leur rigueur, étiologie et pathogénie nous mène-

raient donc fort loin; mais, au point de vue pratique, ces recherches si éloignées sont le plus souvent inutiles. Il nous suffit de savoir :

Depuis quand le malade présente des troubles ;

Comment ces troubles se sont établis.

En médecine vétérinaire militaire, grâce à l'existence du « livret d'infirmerie », nous pouvons tabler sur des documents écrits. Mais, dans les circonstances ordinaires de la clientèle civile, le seul moyen de nous renseigner est d'interroger celui qui s'occupe de l'animal.

L'interrogatoire que nous faisons subir au propriétaire ou au vacher ou au palefrenier est toujours d'une conduite délicate. Certains, pleins de bonne volonté, noient le praticien sous un flot d'explications embrouillées ; d'autres, au contraire, croyant que l'on cherche à critiquer leur conduite, ne répondent que brièvement et à contre-cœur. De plus, fréquemment, les domestiques qui se sentent responsables cherchent à dérouter le praticien par des mensonges adroits.

En tous cas, les questions doivent être aussi peu nombreuses que possible et posées clairement. On exigera des réponses nettes ; au besoin on renouvellera la question sous une forme différente pour faire des recoupements. De plus, on procédera méthodiquement, pour éviter les répétitions qui produisent toujours sur le propriétaire un effet désastreux.

Valeur de l'observation passée. — Que donne cette recherche des commémoratifs ? En somme, de faibles résultats : nous ne pouvons obtenir, dans les cas les

plus heureux, qu'une approximation des symptômes les plus grossiers.

Les propriétaires des gros animaux observent peu d'ordinaire : leur attention n'est attirée que, lorsque la lésion ayant déjà bien évolué, le sujet ne peut plus satisfaire aux conditions qu'on lui impose pour lui accorder l'existence.

Les propriétaires des petits animaux, au contraire, ont souvent trop observé. L'affection qu'ils ressentent pour leurs bêtes et le défaut naturel d'esprit observateur les amènent à rapporter des symptômes d'une façon tellement fantaisiste qu'ils sont plutôt nuisibles qu'utiles au praticien.

En résumé, l'étude de l'observation nous montre que, dans cet acte très important, le vétérinaire rencontre de grosses difficultés. Pour les surmonter, il doit soumettre un esprit inventif à une méthode rigoureuse, utiliser à propos les différents outils mis par la science à sa disposition et enfin faire preuve de sagacité pour distinguer le vrai du faux, l'inventé du réel.

Le raisonnement diagnostique

L'observation vient de nous fournir, sur l'état du malade, des renseignements que nous distinguons en :

Phénomènes ;
Symptômes ;
Signes.

Dans le langage courant, ces trois termes ne pourraient servir à une distinction exacte car, tout *symptôme* est un *signe,* tout *symptôme* ou tout *signe* est en lui-même un *phénomène.* Mais, en médecine, on admet d'ordinaire :

Qu'un *phénomène* est tout changement qui s'opère dans un corps malade ou sain ;

Qu'un *symptôme* est un changement s'accomplissant seulement par l'effet de la maladie ;

Qu'un *signe* est tout ce qui peut faire connaître ce qu'il y a de caché dans l'état actuel ou futur du malade.

D'ailleurs, tout le parler médical est conventionnel; et c'est un des caractères que l'on peut évoquer lorsqu'on reproche au médecin en particulier ce qu'on a reproché au savant en général, c'est-à-dire de « créer le fait scientifique »; si cette critique était émise ici, nous la repousserions facilement par la même dé-

monstration que celle utilisée par H. Poincaré dans « la valeur de la science », où il montre que le fait scientifique est encore le fait brut mais traduit dans une langue commode.

Tout le soin que nous avons apporté, dans l'observation du malade, à la récolte des renseignements, serait d'une inutilité absolue si, une fois en possession des *phénomènes, symptômes, signes,* notre esprit restait inerte. Nous serions alors dans la même situation que le primitif qu'aucun phénomène n'émeut, qui, par conséquent, ne recherche ni le pourquoi ni le comment, et par suite, ne fait nul progrès. Mais, heureusement, il n'en est pas ainsi. Au contraire, dès que nous sommes en possession d'un élément, nous voudrions commencer à raisonner sur lui seul. Et, c'est une des difficultés du raisonnement diagnostique que la nécessité d'attendre la récolte d'un nombre de symptômes suffisant pour émettre un avis sur la nature de la maladie.

Puisque notre raisonnement doit nous faire connaître tout ce qui nous sera utile pour poser le diagnostic et instituer le traitement, nous allons successivement chercher à savoir :

Quel est l'organe affecté ou, s'il ne l'est qu'en partie, quelle est cette partie

Quelle est la nature de l'affection

Quelle est la gravité de l'affection

c'est le *diagnostic anatomique.*

Puis, quelle résistance l'organisme va pouvoir opposer à la maladie

c'est le *diagnostic de l'état général.*

Enfin, quelle est la cause productrice des troubles dont nous sommes témoins

c'est le *diagnostic étiologique.*

Ceci n'est, bien entendu, qu'un thème sur lequel chaque circonstance modulera les variations appropriées.

1° Diagnostic anatomique

Ici nous allons donc chercher :

Quel est l'organe atteint

Quelle est la nature de l'affection

Quelle est la gravité de l'affection

A. Quel est l'organe affecté ? — L'indication grossière de l'organe atteint est faite, en médecine humaine, par le malade lui-même ; en médecine vétérinaire, par le propriétaire de l'animal. Les connaissances anatomo-physiologiques vulgaires permettent, en effet, à n'importe qui, une interprétation des symptômes principaux. Mais le praticien n'accepte cette indication que sous toute réserve, se promettant bien de n'accorder créance qu'à ce qu'il verra lui-même ; car, la constatation de l'irrégularité de fonctionnement d'un organe conduit tout de suite une personne non avertie à penser à la lésion de cet organe : d'un

souffle court, elle accuse une affection du poumon, alors qu'il s'agit peut-être d'une affection du cœur.

Nous prendrons un exemple facile pour illustrer la façon dont le praticien progresse dans cette partie du diagnostic.

Soit un malade dont l'examen nous a donné les résultats suivants :

Observation actuelle : fièvre élevée ;
expectorations rouillées ;
matité thoracique.

Observation passée : début brusque par des frissons.

Expectorations rouillées et matité thoracique nous indiquent qu'il s'agit d'une affection de l'appareil respiratoire. Mais quelle est la partie de cet appareil atteinte : bronches ? poumons ? plèvres ? Reprenons les symptômes. La matité thoracique montre que nous avons à faire à une affection de la deuxième partie de l'appareil : les bronches ne sont pas atteintes. Quelle est donc cette deuxième partie touchée : poumons ou plèvres? La présence du jetage nous permet d'écarter la pleurésie, au surplus, une ponction exploratrice donnerait une réponse absolument certaine.

Voici donc la première partie du diagnostic anatomique posée :

Affection du poumon.

Comment notre progression s'est-elle effectuée ? En somme, nous avons essayé de mettre un phénomène constaté (par exemple ici la présence du jetage) en rapport avec un état plus profond. Pour cela, nous avons construit diverses suppositions expliquant le phénomène. Entre ces suppositions nous avons choisi, aidés dans notre choix par d'autres constatations (ici

matité thoracique) et par nos connaissances anatomiques physiologiques, pathologiques. (Irrité, l'épithélium d'une partie de l'appareil respiratoire réagit en sécrétant du mucus plus abondant que d'ordinaire et de nature différente.)

B. Quelle est la nature de l'affection ? — Nous savons quel organe est malade, mais nous ignorons encore de quelle maladie il est atteint. Nous serons fixés par une analyse des symptômes. Comme toujours dans les sciences physiques, cette analyse comprend deux parties :

1° Construction de diverses hypothèses grâce à nos connaissances médicales : dans le cas présent, nous pouvons avoir à faire :

soit à une congestion pulmonaire,
soit à de la gangrène pulmonaire,
soit à une pneumonie franche ;

2° Elimination de toutes ces diverses hypothèses, sauf une. L'élévation de la température, l'intensité de l'hépatisation et sa grande étendue nous permettent d'écarter la congestion pulmonaire. S'il s'agissait de la gangrène, le jetage, ainsi que l'haleine seraient fétides ; la dyspnée serait intense. Ces deux maladies étant écartées, il ne reste plus comme affection courante que la pneumonie franche.

C. Quelle est l'intensité de l'affection ? — Ce dernier renseignement nous sera donné par une appréciation quantitative des différents troubles: ici fièvre et surtout matité thoracique.

2° Diagnostic de l'état général

Pour que le pronostic soit facile à poser, pour que le traitement soit complet et efficace, il nous faut avoir une connaissance complète du terrain sur lequel va évoluer la maladie et de la résistance dont l'organisme est capable.

Le diagnostic de l'état général est délicat chez nos animaux qui, d'ordinaire, extériorisent peu. Pour l'obtenir on s'aide :

de l'intensité de la fièvre ;

de la persistance ou de la disparition de l'appétit, de la gaîté ;

de l'apparence du poil ;

de la couleur des muqueuses apparentes, etc., etc...

3° Diagnostic étiologique

Le traitement, pour être suffisant, ne doit pas combattre seulement les troubles que nous constatons : il devra s'attaquer de plus aux causes du mal. La connaissance de ces causes est donc indispensable et c'est par le diagnostic étiologique que nous l'obtiendrons.

Pour plus de clarté, aidons-nous ici d'un exemple.

L'animal, dont nous avons étudié le cas plus haut, présentait de la fièvre. Ce symptôme nous permet-il de remonter à l'origine du mal ? Non, à coup sûr, car l'organisme répond par de la fièvre à de nombreuses

excitations très différentes les unes des autres : un traumatisme, une maladie infectieuse provoquent de la fièvre. Ce signe, important comme nous l'avons vu à d'autres points de vue (diagnostic de l'état général, recherche de la gravité de l'affection), ne nous est d'aucun secours dans le diagnostic étiologique. Si nous n'avions que lui seul nous serions donc arrêtés. Mais, heureusement, l'observation nous a fourni en plus : jetage, matité thoracique. Cette matité nous indique que le poumon est hépatisé, que dans ses alvéoles il y a un exsudat fibrino-cellulaire. Nous avons, d'ailleurs, une extériorisation de cet exsudat dans le jetage. Ce jetage étant le produit même de la maladie, nous sommes amenés à penser qu'en lui peut bien être l'agent causal que nous recherchons et, de fait, l'examen microscopique nous montre le pneumocoque.

Quelle a été notre marche pour arriver à ce résultat ?

Tout d'abord, au point de vue intellectuel, ayant constaté les troubles morbides qui sont les *effets*, nous avons atteint la *cause* qui est ici un microbe. Notre marche fut donc analytique puisque c'est le propre de l'analyse que de remonter des *conséquences* aux *principes*.

Maintenant, au point de vue sécurité. Nous nous sommes livrés à des constructions problématiques rendues possibles grâce à notre expérience puis, entre ces constructions, nous avons fait un choix. Notre raisonnement fut donc inductif.

C'est ce caractère inductif que l'on relève fréquem-

ment pour en faire l'objet d'une critique. L'induction dit-on est un procédé dont il n'y a rien à conclure au point de vue de la vérité absolue, l'induction, c'est le risque intellectuel. On s'y appuie sur un des liens qui rattachent la cause à l'effet : sur le « principe de causalité inverse » en vertu duquel un ensemble de circonstances déterminées ne peut provenir que d'une seule cause. Or, si le principe de causalité lui-même n'est pas évident, s'il n'est pas justifiable de démonstration expérimentale, il en est de même pour le principe de causalité inverse qu'il faut admettre comme un postulat.

Et ajoute-t-on, utilisant l'induction, on est dans la même position que le joueur qui suppute ses chances « Toutes les fois qu'il (le physicien) raisonne par induction, il fait plus ou moins usage du calcul des probabilités » dit H. Poincaré.

Malgré ces objections, nous ne rejetons pas la marche inductive : d'une part, bien que le principe de causalité ne soit pas vérifiable, tout se passe comme s'il était exact — d'autre part, l'induction utilise bien le calcul des probabilités, mais condamner ce calcul serait condamner la science entière.

Nous n'arrivons pas évidemment à une vérité absolue, mais nous ne sommes pas dans une science exacte et l'expérience nous montre que nos connaissances sont assez proches de la vérité pour que nous puissions exercer une influence satisfaisante sur les conditions naturelles.

Le raisonnement par analogie

Ainsi, nous venons de voir les différentes parties du raisonnement diagnostique. Mais, nous en avons jusqu'ici négligé volontairement un mode, pensant que son importance lui méritait une étude à part : nous voulons parler du raisonnement par analogie.

D'une façon générale, on raisonne par analogie :

Quand on juge du rapport qui doit être entre les effets par celui qui est entre les causes ou réciproquement;

Quand on conclut de l'analogie des moyens à celle des fins;

Quand une ressemblance partielle fait admettre une ressemblance totale.

Le second mode est utilisé non pour le diagnostic mais en thérapeutique où il dirige le choix des médicaments. On se sert des deux autres dans le diagnostic, mais de chacun à un moment différent de cet acte.

Le premier est employé au diagnostic étiologique où l'on conclut de la similitude des effets à la similitude des causes.

Quant au troisième, c'est grâce à lui qu'il nous est parfois possible de poser d'un seul coup un diagnostic complet. En constatant chez le malade actuel A un symptôme d'une maladie M déjà vue ou seulement étudiée, on peut, en généralisant, attribuer au malade A la maladie M.

Utilisé de façon simpliste et brutale, ce raisonnement peut être dangereux et conduire à de grosses

erreurs. Par exemple, celui qui considérerait comme signe certain de piroplasmose l'hémoglobinurie, serait amené à soigner comme atteints de piroplasmose des malades qui ont en réalité de l'hématurie due à une lithiase rénale, à un traumatisme de l'appareil urinaire, etc.

Au contraire, manié judicieusement, prudemment, il rend de très grands services, car il permet d'utiliser d'une façon directe et rapide les connaissances acquises par l'expérience.

La valeur de ce raisonnement est donc toute entière fonction de la valeur propre de celui qui l'emploie.

Discussion du «Sens clinique»

Une étude du diagnostic serait nettement incomplète si elle ne comprenait une discussion de ce fameux « sens clinique » tant glorifié par les uns, tant discrédité par les autres. Ses adversaires, n'admettant que le raisonnement appuyé sur l'expérience, nient jusqu'à son existence réelle; mais il a des partisans qui le défendent vigoureusement. Pour nous, nous ne saurions douter de l'existence du sens clinique, fortifiés que nous sommes en cette opinion par un exemple de notre maître, M. le Professeur Cadéac, que nous nous permettons de rapporter ici :

Comme on lui présentait un cheval en lui demandant son opinion sur sa valeur, M. le Professeur Cadéac répondit sans autre examen qu'un simple regard et *sans épreuve en allure:* « cet animal serait excellent, mais il corne ».

Certains, influencés par les origines théosophiques de la médecine ont considéré ce sens clinique comme un don particulier, comme une qualité divinatoire que posséderaient des élus et qu'il serait impossible d'acquérir. Ces êtres privilégiés percevraient directement, sans raisonnement aucun et d'une façon infaillible les troubles dont est atteint le malade. Nous retrouvons donc ici l'éternelle querelle sévissant entre l'intuition et le raisonnement : l'intuition plaît à la foule qui malgré ses prétentions scientifiques actuelles raffole des tours de magie, le raisonnement est seul accepté par les esprits plus pondérés.

Pour essayer de nous faire une opinion solide, serrons la question d'un peu plus près.

Quand le sens clinique se manifeste-t-il ? — N'importe quand, en n'importe quelle circonstance : aussi bien au sujet d'un accident qu'au sujet d'une maladie chronique. De ce côté donc, aucune indication.

Quels sont les praticiens qui possèdent le sens clinique ? — Ici, ce qui nous frappe au premier abord, c'est de constater que seuls les praticiens âgés font preuve efficacement de sens clinique. Les jeunes qui prétendent être *doués* n'arrivent pas plus souvent à la vérité qu'un hésitant qui tirerait à pile ou face.

Cette localisation du sens clinique chez des hommes d'une grande expérience nous donne du problème une solution fort satisfaisante.

Le praticien qui possède actuellement un grand sens clinique, a débuté comme tout autre par l'étude

de certaines maladies qui schématisent chacune un groupe d'affections. Puis, avec le temps, voyant des cas toujours différents des données livresques, mais dans leur diversité ayant toujours quelques points communs, il s'est fait une pathologie personnelle, applicable d'une façon stricte à l'époque et au pays dans lequel il exerce. De là l'existence pour lui de symptômes à peu près certainement pathognomoniques qui lui permettent par la troisième modalité du raisonnement analogique que nous avons vu plus haut, de poser un diagnostic rapide et exact. De plus, ses connaissances anatomiques, physiologiques et autres, se sont petit à petit dégagées de leur science pure et mieux appliquées à la clinique.

Reprenons l'exemple de M. le Professeur Cadéac que nous citions plus haut. Nous avons vu qu'il lui avait été possible de poser d'un coup d'œil le diagnostic de cornage, ce diagnostic nécessitant d'ordinaire un long exercice en action. Il posa ce diagnostic grâce à la constatation d'un tremblement de la lèvre inférieure et de la langue. L'animal était atteint de paralysie labio-glosso laryngée, donc son larynx ne devait pas fonctionner naturellement, donc il devait corner.

Ainsi, le sens clinique nous apparaît non pas comme une nébuleuse qualité divinatoire réservée à quelques privilégiés, mais, comme une formation spéciale de l'esprit due à une longue pratique et à un contact prolongé avec les réalités. Et par cela même il reste le partage des praticiens âgés comme le fruit de leur expérience est la récompense de leur long labeur.

Conclusions

I. — Le diagnostic comprend deux parties bien distinctes :

1° La recherche et la mise en évidence des symptômes;

2° L'appréciation et l'utilisation de ces symptômes.

II. — La première partie du diagnostic nécessite des qualités d'observation.

La deuxième nécessite des qualités de raisonnement.

III. — Par une mise en œuvre judicieuse de son observation et de sa dialectique, le médecin vétérinaire doit arriver à une connaissance suffisamment précise de l'affection.

Les méthodes de laboratoire interviennent quand il lui est impossible de diagnostiquer d'une façon clinique ou quand il veut apporter à ses résultats une vérification rigoureuse.

Vu : Le Directeur
de l'Ecole Vétérinaire de Lyon
CH. PORCHER.

Le Professeur
de l'Ecole Vétérinaire,
Dr DOUVILLE.

Vu : Le Doyen,
JEAN LEPINE.

Le Président de la Thèse,
Dr CADE.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, 17 Mars 1930.
Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
J. GHEUSI.

Bibliographie

CADÉAC. — Encyclopédie.
CHAUMEL. — Eléments de pathologie générale.
CONDILLAC. — De la logique.
HOUSSAY (F.). — Force et cause.
LECLERC DE SABLON. — L'unité de la science.
PASTEUR. — Du dogmatisme scientifique et de l'usage qu'on en peut faire.
PINEL. — La médecine clinique rendue plus précise par l'application de l'analyse.
POINCARÉ. — La valeur de la science.
RISUENO D'AMADO. — Calcul des probabilités.
ROGER. — La Médecine.
SAVY. — Traité de pratique médicale.

TABLE DES MATIÈRES

Préface 7

Introduction 9

L'Observation diagnostique 11

Le raisonnement diagnostique 19

Conclusions 31

Bibliographie 33

IMP. BOSC FRÈRES & RIOU
42, QUAI GAILLETON
LYON