



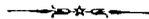
DE LA  
RESPONSABILITÉ

ET DES  
erreurs professionnelles  
en médecine.

---

DISSERTATION INAUGURALE  
*présentée à la faculté de Médecine de Berne*

PAR  
E. DIND  
DE LAUSANNE  
Médecin diplômé de la Confédération suisse.

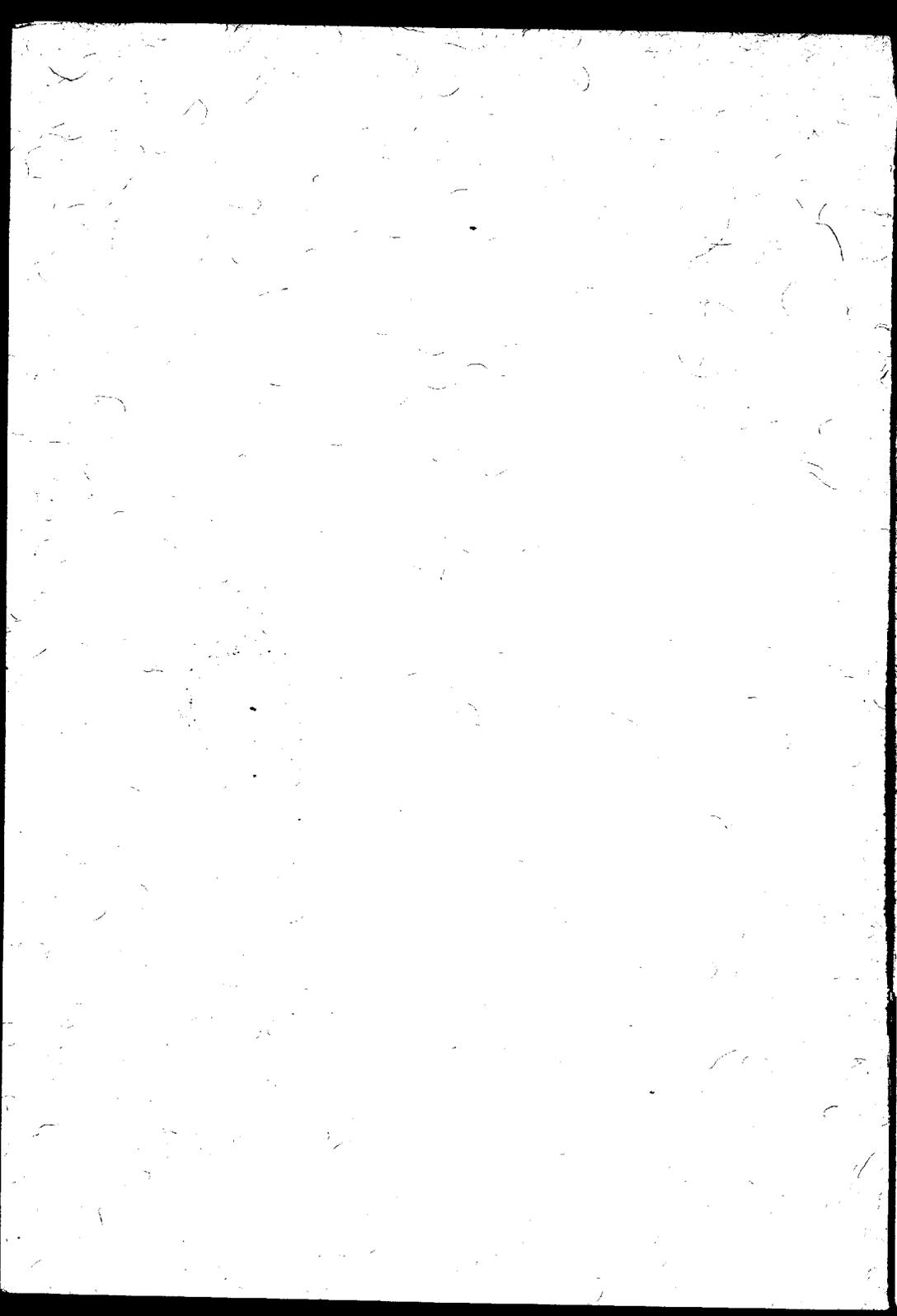


LAUSANNE

IMPRIMERIE A. GENTON ET VIRET

1887





DE LA  
RESPONSABILITÉ

ET DES

erreurs professionnelles  
en médecine.

---

DISSERTATION INAUGURALE

*présentée à la faculté de Médecine de Berne*

PAR

E. DIND

DE LAUSANNE

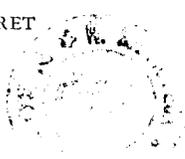
Médecin diplômé de la Confédération suisse.



LAUSANNE

IMPRIMERIE A. GENTON ET VIRET

—  
1887



Dissertation acceptée par la Faculté sur la proposition  
de M. le professeur D<sup>r</sup> EMMERT.

Berne, 8 juin 1887.

*Le Doyen,*  
H. KRONECKER.

*A MES PARENTS*

---

*A MON AMI*

*M. LE DOCTEUR PINARD, A ECHALLENS*

## OUVRAGES CONSULTÉS

- Casper.** Traité pratique de médecine légale, traduction James Bailliére, 1862.
- Maschka.** Handbuch der ger. Medizin. Tubigen, 1882.
- Briand et Chaudé.** Manuel complet de médecine légale. Paris, 1880.
- Kühner.** Die Kunstfehler der Aerzte vor dem Forum der Juristen. Frankfurt a. M., 1886.
- Vibert.** Précis de médecine légale. Paris, 1886.
- Legrand du Saule.** Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale. Paris, 1874.
- Tardieu.** Etude médico-légale sur les maladies accidentellement et involontairement produites par imprudence, etc. Annales d'hygiène publique et de médecine légale, II<sup>me</sup> série, T. XV, p. 93.
- v. **Wyss.** Die chir. Antisepsis und d. ger. Medizin. Corr. Blatt f. schw. Aerzte, 1881.
- V. Nussbaum.** Einfluss d. Antisepsis auf d. ger. Medizin. München, 1880.
- v. **Virchow.** Kunstfehler d. Aerzte. Gesammelte Abhandl. aus d. Gebiete d. oeffentl. Medizin, 1879.



# DE LA RESPONSABILITÉ

ET DES

## ERREURS PROFESSIONNELLES EN MÉDECINE

### I

Peu de questions ont préoccupé les médecins légistes à un degré aussi prononcé que celles qui concernent la *responsabilité médicale*. Outre les ouvrages considérables publiés sur cette partie de la médecine légale et les discussions nombreuses des sociétés savantes, on trouve, dans la plupart des publications périodiques médicales, de nombreux articles sur cette question aussi importante que complexe.

La diversité des appréciations des cas d'erreur professionnelle frappe celui qui parcourt la littérature médico-légale. Cette diversité ne date pas d'hier ; elle existe probablement dans la plupart des pays dont la législation s'occupe de ces questions ; elle a entraîné les différentes cours de justice à rendre les arrêts les plus divers et parfois les plus contradictoires. Ici nous voyons le corps médical déchargé de toute responsabilité<sup>1</sup> ; là, au contraire, des mesures

<sup>1</sup> Nulla præterea lex quæ præmiat inscitiam capitalem, discutunt periculis nostros et experimenta per mortes agunt ; medicoque tantum hominem occidisse impunitas summa est. (Plin. secundi historiae mundi, liber 29, chap. I.)

draconiennes sont appliquées à des personnes qui mériteraient plutôt la reconnaissance de ceux au service desquels ils ont mis leur temps et leurs connaissances scientifiques.

Il faut cependant reconnaître que, si la solution des difficultés inhérentes à cette question n'est peut-être pas encore prochaine, le principe de la responsabilité médicale est néanmoins aujourd'hui un fait unanimement admis. Les médecins sont reconnus responsables du dommage qu'ils causent dans l'exercice de leur profession : la discussion n'existe plus que sur les limites que ce principe doit recevoir dans son application.

Il y a donc un grand chemin parcouru dès le jour où l'Académie française<sup>1</sup> unanime décidait « qu'il était de son devoir de s'inscrire contre la jurisprudence qui tendait à admettre la responsabilité des médecins pour les faits de leur pratique. » Cette manière de voir ne saurait trouver encore de chauds défenseurs. En effet, si, d'une part, l'utilité, nous dirons même la nécessité, de laisser aux médecins la plus grande latitude dans le choix des moyens, des méthodes ou des procédés qui, consciencieusement, leur paraissent applicables dans chaque cas particulier, d'autre part, il ne saurait être question de couvrir d'un manteau d'irresponsabilité, qui n'aurait d'analogue que l'irresponsabilité des aliénés, ceux qui exercent leur art au mépris de ce qu'ordonnent les connaissances médicales les plus élémentaires et de ce que commande l'exercice consciencieux, c'est-à-dire attentif, scrupuleux et prudent de la profession médicale.

Il est donc, croyons-nous, aisé de prouver la nécessité

<sup>1</sup> Bulletin de l'Académie, 1825.

d'admettre la responsabilité professionnelle des médecins. Nous disons responsabilité professionnelle à dessein, parce que c'est de cette dernière seule que nous désirons parler ; seule, en effet, elle peut fournir matière à discussion. La responsabilité civile et pénale du médecin envisagé comme citoyen ne saurait faire l'effet d'aucun doute. S'il plaît à un disciple d'Esculape, dans l'exercice de sa profession ou ailleurs, de commettre un acte coupable, quel qu'il soit, il est de toute évidence que la responsabilité de ses actions lui appartient pleine et entière et, qu'en aucune façon, il ne saurait bénéficier de sa profession pour prétendre à une immunité quelconque.

Nous y verrions même, cas échéant, une circonstance aggravante lorsqu'il serait établi que tel ou tel méfait (nous disons homicide ou blessure, dans le sens médico-légal de ces termes) n'a pu être accompli par l'accusé que grâce à sa qualité de médecin. Par ce fait, la personne lésée a pu lui témoigner toute sa confiance, lui confier tous ses secrets, abdiquer vis-à-vis de lui toutes les précautions qu'elle eût prises à l'égard d'un individu n'exerçant pas la profession médicale. A ce titre, le médecin doit supporter une responsabilité plus considérable que l'ensemble des citoyens puisque sa situation, à certains égards, est absolument privilégiée.

Le principe de la responsabilité professionnelle admis, il doit être facile, semble-t-il, d'en déduire les conséquences logiques avec leurs effets pratiques. Ceci paraît n'être qu'une question secondaire ; en réalité, c'est ici que commencent les difficultés : c'est la partie du problème qui n'a encore reçu et ne recevra peut-être jamais de solution générale bien définie, durable et d'une application facile.

L'impossibilité de pouvoir définir, réglementer ce qui, en chirurgie, en médecine ou en matière d'accouchement répond à un traitement normal et surtout ce qui, vis-à-vis de la science ou de la loi, constitue une négligence en même temps qu'un crime de lèse-science, voilà, en somme, le nœud de la question : c'est là que gît toute la difficulté.

Comme nous le verrons, celle-ci commence déjà lorsque l'on veut définir ce qu'on doit entendre par erreur professionnelle et par responsabilité médicale. Nous nous servons intentionnellement de ces deux termes, quoique le dernier, employé par les auteurs français, ait une portée beaucoup plus générale que le premier, que l'on rencontre de préférence dans les ouvrages de langue allemande (*Kunstfehler*).

*Casper*<sup>1</sup> définit l'erreur professionnelle de la façon suivante : « Le préjudice porté à la santé ou l'homicide résultant d'un traitement médical, chirurgical ou obstétrical, est imputable au médecin lorsque le traitement suivi diffère complètement de celui qui est prescrit dans la médecine ordinaire, dans les auteurs contemporains reconnus comme les maîtres de la science, et de ce qui est reconnu efficace par l'expérience journalière des contemporains. »

Dans les pages qui suivent cette définition, allant au devant de l'objection qui pourrait lui être faite, à savoir qu'en entravant toute tentative nouvelle, il tue tout esprit de recherche et met par conséquent une borne aux progrès de la science, *Casper* s'efforce de corriger le sens restrictif de

<sup>1</sup> Traité pratique de médecine légale. Traduction de Germer Baillière, 1862, 2<sup>e</sup> vol. page 457.

son dire : Lorsque l'expérience à tenter sera inoffensive, lorsque le médecin aura pris préalablement toutes les précautions nécessaires et qu'il ne tente que ce dont il a le droit d'attendre la réussite et sans que, dans tous les cas, il y ait danger pour le patient, *Casper* estime qu'en cas d'insuccès, aucune réclamation en responsabilité ne sera adressée à l'opérateur. Le succès, à plus forte raison, justifierait la marche suivie.

Ces arguments ont nécessairement une grande valeur ; toutefois la définition ne nous paraît pas irréprochable. On peut, en effet, rencontrer auprès de ses contemporains des hommes de valeur ayant, sur des points de la plus haute importance, des théories médicales différentes, voire même absolument contradictoires. Citons comme exemple ce qui se rapporte à l'emploi de la saignée, aux théories antiseptiques et à l'utilité thérapeutique du mercure. Le mercure, après avoir été un médicament universellement recommandé, n'a-t-il pas été mis à l'index par une école médicale très nombreuse, et la saignée, après avoir joui d'une vogue excessive, puis à peu près bannie de l'arsenal thérapeutique, n'est-elle pas, pour nombre de cas, rentrée dans la catégorie des opérations utiles et même nécessaires. Nous n'insisterons pas, dans cette partie de notre travail, sur la question des théories antiseptiques, nous réservant d'y revenir dans le chapitre relatif aux erreurs professionnelles de thérapeutique ; mais ce que nous venons de dire de l'emploi de médicaments et de modes de traitement, tour à tour en faveur ou mis à l'index, changements d'opinion quelquefois très rapides, suffit pour faire voir qu'un médecin, recherché en responsabilité médicale, pourra trouver auprès de ses contemporains des auteurs de haute valeur

recommandant pour le même cas des manières de procéder fort différentes, si ce n'est même complètement contradictoires.

Pour prouver que le succès ne justifie pas toujours la méthode suivie, il nous suffira de citer le cas, jugé en Allemagne et rapporté par *Casper* lui-même<sup>1</sup>.

Les règles de la médecine ordinaire, auxquelles *Casper* fait appel, constituent également quelque chose de fort vague et nous croyons que l'individualité du malade, ou la marche tout particulière de la maladie, peut appeler le médecin traitant à sortir complètement des règles ordinaires de la médecine. Pour faire voir combien il est difficile de faire appel à celles-ci, nous ne saurions mieux faire que de parler du traitement des fractures et des différentes affections articulaires telles que la synovite séreuse chronique, la synovite plastique, etc. Il y a peu de temps encore, la thérapie de la synovite classique subaiguë ou chronique, de la synovite plastique reposait dans l'emploi des révulsifs cutanés combinés avec le repos de l'articulation souffrante. Ce traitement était, il y a peu d'années encore, considéré comme classique et enseigné dans la plupart des auditoires de chirurgie. Dès lors de grands changements se sont produits. Ce qui, à ce moment, était justifié serait aujourd'hui considéré comme une faute en présence des résultats brillants donnés par le massage dans le traitement des maladies articulaires. Le mouvement forcé, avec massage et compression élastique, a remplacé dans ce domaine de la chirurgie le repos, les vésicatoires et la teinture d'iode.

Traduisons ceci dans le domaine des faits ; supposons le cas suivant :

<sup>1</sup> Casper, Vierteljahresschrift. Erst. Band, 1852 S. 4.

M. X. reçoit un coup violent dans la région du genou d'où résulte, dans l'articulation, un léger épanchement sero-sanguinolent. M. X. reste au lit jusqu'au moment où, les douleurs ayant disparu, il croit pouvoir, sans inconvénient, reprendre ses occupations habituelles. Au bout de quelques jours les mouvements articulaires deviennent douloureux et le malade constate que son genou a augmenté de volume. Le médecin appelé à ce moment constate la présence d'un épanchement articulaire avec épaissement de la capsule. Un appareil inamovible est appliqué et laissé en place pendant 4 semaines. Ce temps écoulé, non seulement l'amélioration attendue n'existe point, mais en outre le malade remarque que la marche est plus difficile, plus douloureuse et que la roideur articulaire a considérablement augmenté.

Un second médecin consulté par le malade applique la bande élastique, masse et douche vigoureusement l'articulation. Au bout de 15 jours, la guérison est complète et fût intervenue beaucoup plus tôt, dira peut-être cet aimable confrère, si l'on avait, dès le début, suivi un traitement correct.

Le patient intente une action civile à son premier docteur parce qu'il n'a pas suivi le traitement prescrit par les auteurs contemporains reconnus comme les maîtres de la science. Le médecin répondra et se fera fort de prouver que ces maîtres de la science lui ont enseigné le traitement appliqué et que, si ces grands hommes disent blanc ce qu'ils déclareraient noir hier, il ne saurait de ce fait supporter une responsabilité quelconque.

Citerons-nous un 2<sup>me</sup> exemple plus frappant encore ? Condamnerons-nous le chirurgien qui, dans un cas de

fracture de l'extrémité inférieure du radius applique pendant 4 semaines un appareil plâtré allant du coude, y compris, à l'extrémité des doigts et de cette façon procure à son client une ténosynovite adhésive multiple et une roideur articulaire des articulations de l'avant-bras? Lui ferons-nous un crime de ne pas connaître la règle chirurgicale nouvelle qui veut que, dans le traitement des fractures, on laisse beaucoup de jeu aux tendons et que les fractures rapprochées des articulations soient immobilisées le moins longtemps possible. Il répondra avec raison que c'est là un principe tout nouveau pour lui; les princes de la science lui ont, au contraire, prescrit comme traitement dans pareil cas l'immobilisation des articulations situées en dessus et en dessous de la fracture.

De l'exposé de ces faits résulte clairement, à notre avis, l'impossibilité d'appliquer d'une façon pratique l'idée émise par *Casper*.

Le médecin accusé trouvera toujours, surtout lorsqu'il s'agira de questions de doctrines, des confrères de valeur qui lui donneront raison.

La médecine est une science qui présente des changements trop rapides; elle offre trop peu de stabilité pour qu'il soit jamais possible, à quelques rares exceptions près, d'élaborer des lois auxquelles, à moins de commettre une erreur professionnelle punissable, chacun soit tenu de se conformer strictement. Il est clair que s'il devait jamais en être ainsi, si cette science devait jamais promulguer des dogmes immuables, la question de la responsabilité professionnelle serait d'une application bien plus facile. L'inscription de ces dogmes dans le *Recueil des lois* serait bien vite faite et la peine encourue par le médecin coupable d'er-

reur professionnelle résulterait simplement de l'application de tel ou tel article.

Voici la définition que donne *Æsterlen*<sup>1</sup> :

« S'est rendu coupable d'une erreur professionnelle punissable le médecin qui, ayant toute liberté d'agir selon ses connaissances, a causé du dommage ou la mort de celui qui avait eu recours à ses soins, par le fait qu'il a omis d'agir ou a agi contre ce qui est considéré comme règles de l'art.

« Ceci s'applique aux cas où le diagnostic posé est exact aussi bien qu'à ceux dans lesquels il y a eu erreur de diagnostic. Cette dernière faute eût été évitée par l'application d'une dose moyenne de connaissances et d'habileté, et, de cette façon, l'erreur professionnelle n'aurait pas été commise. »

Tout en reconnaissant que cette définition est plus complète que celle de *Casper*, nous croyons néanmoins qu'elle n'échappe pas d'une façon absolue aux reproches que nous ayons adressés à la manière de voir de *Casper*.

En effet, si en tenant compte de la liberté d'action dont a pu jouir le médecin, *Æsterlen* fait ainsi allusion à un des éléments les plus importants de la responsabilité médicale ; d'autre part, comme *Casper*, il fait entrer dans sa définition les règles de l'art et encourt ainsi les mêmes critiques que le médecin légiste berlinois.

*Kühner*<sup>2</sup> n'admet pas la définition d'*Æsterlen* qu'il trouve indigeste et incomplète à la fois. S'en rapportant à la loi

<sup>1</sup> *Æsterlen* in *Maschka's Handbuch der Gerichtlichen Medizin*. Tübingen 1882. Bd III s. 611.

<sup>2</sup> Dr *Kühner*. *Die Kunstfehler der Ärzte vor dem Forum der Juristen*. Frankfurt a. M. 1886. S. 20.

allemande, il préfère dans chaque cas particulier rechercher s'il y a eu négligence ou manque de l'attention indispensable et nécessaire à l'exercice de l'art médical. Le médecin accusé cherchera, dans ce cas, à faire valoir les motifs qui combattent l'application des dispositions pénales ; le médecin légiste établira les faits qui sont nécessaires pour justifier l'application de celles-ci et enfin ce sera la tâche du juge en regard des explications fournies par l'accusé et du rapport des experts d'apprécier le cas et d'appliquer à celui-ci les dispositions légales conformes.

*Kühner* cherche ensuite à définir ce qui constitue la négligence et l'inapplication punissables. Il dit que pour l'apprécier il faudra, dans chaque cas, tenir compte des motifs et du point de départ de la plainte déposée. Ceux-ci ne peuvent résulter que de la conduite du médecin vis-à-vis de la maladie, vis-à-vis du malade et du traitement appliqué. Donc, dans chaque cas, la conduite du malade et de son entourage seront examinés car il en peut résulter des faits à décharge. A la suite de cet examen on peut établir le lien de causalité existant entre l'erreur professionnelle supposée et le dommage prétendu, et conclure, s'il y a lieu, que, par la négligence du médecin, le malade a été lésé.

Les auteurs français (*Briand et Chaudé, Legrand du Saulle, Vibert*) ne cherchent pas à donner la définition de l'erreur professionnelle, mais ils estiment que la responsabilité médicale est encourue dès qu'il est prouvé que le médecin a exercé son art avec négligence, impéritie ou imprudence. Ces auteurs admettent la responsabilité civile et pénale du corps médical ; mais son application doit se restreindre à des cas exceptionnels.

Les médecins ne sont pas coupables d'erreurs qu'ils peuvent commettre dans l'exercice consciencieux et régulier de leur profession. Les fautes légères ne leur sont pas imputables parce qu'il faut faire la part de la faiblesse humaine ; ils deviennent par contre responsables lorsqu'ils méconnaissent ce qu'un homme doué d'une intelligence et d'une attention ordinaires eût remarqué, en d'autres termes *quia non intellexerunt quod omnes intelligunt*.

Quelle part devra être faite à la faiblesse humaine ? Quelle part entraîne, au contraire, la responsabilité ? C'est ce que le juge appréciera dans chaque cas particulier après avoir pris l'avis d'experts compétents. C'est assurément le point difficile et son application est hérissée de difficultés de toute espèce.

Il faut reconnaître qu'en disant qu'une part doit être faite à la faiblesse humaine, on n'a pas tranché la question, puisqu'il s'agit dans chaque cas de savoir quelle somme d'erreur peut être couverte par cette faiblesse dont on admet l'existence nécessaire.

Il est bien certain que ce facteur est essentiellement variable et que, plus il est développé, plus la responsabilité du médecin devrait diminuer. En d'autres termes, l'application des sciences médicales sera d'autant plus irréprochable que l'individu qui est chargé de cette opération est plus savant.

D'après *Briand* et *Chaudé*<sup>1</sup>, le juge punira le médecin coupable d'avoir commis une faute grossière. Dans chaque cas concret il faudra établir ce qui constitue la grossièreté de la faute ; cela ne peut être défini à l'avance. Le juge se

<sup>1</sup> *J. Briand* et *Ern. Chaudé*. Manuel complet de médecine légale. 1880. Pages 65 et suiv.

renseignera auprès d'experts et jugera en tenant compte du rapport de ceux-ci.

Le même point de vue est admis par *Vibert*<sup>1</sup>, qui rapporte la définition de la responsabilité médicale telle que la donne *Dupuis*, procureur général :

« Du moment que les faits reprochés aux médecins sortent de la classe de ceux qui, par leur nature, sont exclusivement réservés aux doutes et aux discussions de la science, du moment qu'ils se compliquent de négligence, de légèreté ou d'ignorance de choses que l'on doit nécessairement savoir, la responsabilité de droit commun est encourue et la compétence de la justice est ouverte. »

---

**Articles de la loi française applicables aux cas de responsabilité médicale :**

*Code civil.* Art. 1382. « Tout fait quelconque de l'homme »  
» qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute »  
» duquel il est arrivé à le réparer. »

Art. 1383. « Chacun est responsable du dommage qu'il »  
» a causé, non seulement par son fait, mais encore par sa »  
» négligence ou par son imprudence. »

*Code pénal.* Art. 319. « Quiconque par maladresse, im- »  
» prudence, inattention, négligence ou inobservation des »  
» règlements aura commis involontairement un homicide »  
» ou en aura été involontairement la cause, sera puni d'un »  
» emprisonnement de 3 mois à 2 ans et d'une amende de »  
» à 50 600 fr. »

<sup>1</sup> *Cb. Vibert.* Précis de méd. légale. 1886. Page 657.

Art. 320. « S'il n'est résulté du défaut d'adresse ou de »  
» précaution que des blessures ou coups, le coupable sera »  
» puni de 6 jours à 2 mois d'emprisonnement et d'une »  
» amende de 16 fr. à 100 fr. ou de l'une de ces deux »  
» peines seulement. »



La jurisprudence française ne s'efforce nullement de définir ce qui constitue l'erreur professionnelle mais recherche, par contre, dans chaque cas, si le médecin, le chirurgien ou l'accoucheur mis en cause a agi avec une négligence ou une impéritie punissables. Comme nous le disons plus haut, le juge apprécie dans chaque cas la gravité de l'impéritie ou de la négligence.

Le médecin qui oublie d'appliquer dans un cas concret les connaissances médicales qu'il a commet une négligence ; l'oubli peut provenir de ce que le médecin omet complètement de visiter un client gravement malade ou de ce qu'il ne prend pas telle ou telle mesure propre à assurer la guérison de celui-ci. L'impéritie entraîne la notion d'incapacité manuelle, d'ignorance et d'imprudence.

Les cas où l'impéritie et la négligence peuvent entraîner la responsabilité médicale sont excessivement divers. Depuis l'oubli pur et simple de visiter le client dont la guérison dépend de soins assidus (irrigations désinfectantes dans un cas d'endométrite puerpérale) jusqu'à l'opération grave entreprise par un médecin insuffisant, alors que l'urgence de l'opération ne saurait être invoquée, il y a une variété infinie de cas et de situations différentes.

Il n'est pas besoin de longues réflexions pour se convaincre de la diversité énorme des cas d'erreurs professionnelles et de responsabilité médicale qui peuvent se présenter. Cette diversité tient aussi bien à l'étendue même des sciences médicales qu'à l'application de celles-ci, soit, en d'autres termes, à l'exercice de l'art médical. Les cas pourront varier à l'infini dans chacune des subdivisions des sciences médicales : médecine interne, chirurgie, accouchement. Leurs différences pourront tenir à des circonstances tout pratiques, telles que la difficulté que rencontre l'exercice de l'art médical dans des pays où les distances à parcourir seront énormes, où les communications seront difficiles, où la clientèle du médecin sera forcément considérable, non pas seulement à cause du nombre des malades que par le fait des distances à parcourir, chaque visite exigeant un temps considérable.

Les circonstances peuvent varier à cause du malade lui-même. Son caractère, son tempérament, son inexactitude à observer les conseils du médecin, sa mauvaise position de fortune, facteur qui ne permet pas, par crainte de dépense, d'ordonner ce qui serait dans chaque cas avantageux ; le domicile plus ou moins sain qu'il habite, peuvent être des causes qui influent d'une manière très importante sur la marche de la maladie.

L'exposé succinct de tous ces facteurs montre fort bien combien, dans le cas concret, l'application des dispositions juridiques, pénales ou civiles pourra devenir difficile.

---

Pour faciliter l'étude et simplifier l'exposition de cette partie de la médecine légale, les erreurs professionnelles ont été classées en différents chapitres.

Cette division peut s'établir de la manière suivante, en deux groupes :

L'un comprendrait les cas dans lesquels le médecin, par négligence, par *omission* des moyens appropriés, cause la mort de son client ou lui occasionne un préjudice quelconque (blessure, dans le sens médico-légal de ce terme).

Dans le 2<sup>e</sup> groupe, erreurs par *commission*, l'on réunirait les cas dans lesquels le préjudice serait résulté de la mise en jeu de l'*action* de moyens thérapeutiques mal choisis ou mal appliqués.

Nous ne pensons pas que ce mode de division soit le plus heureux ; il engendre la confusion, vu que beaucoup de cas d'erreurs professionnelles pourraient rentrer dans l'un ou dans l'autre groupe ou même forcément dans les deux.

Le second système de classification, système adopté par la majorité des auteurs, étudie les erreurs professionnelles dans les trois principales branches des sciences médicales et les divise d'après celles-ci et traite donc des erreurs professionnelles :

En médecine,  
En chirurgie,  
En accouchement.

Suivant en cela la méthode développée dans son cours par M. C. Emmert, Dr, professeur de médecine légale à l'Université de Berne, auquel nous témoignons ici notre vive gratitude pour les bienveillants et judicieux conseils qu'il nous a prodigués lors de l'élaboration du présent tra-

vail, nous préférons la division suivante, qui a l'avantage de la simplicité et qui nous permet d'éviter les nombreuses répétitions qu'entraîne la division ci-dessus :

- a) Erreurs de diagnostic,
- b)    »       prognostic,
- c)    »       traitement.

L'examen critique des divers cas qui peuvent se présenter nous paraît facilité par cette classification qui permet pour chacun de ces 3 chapitres d'étudier les questions d'accouchement et de médecine interne, ainsi que les cas chirurgicaux.



## II

### Erreurs professionnelles de diagnostic.

Le titre de ce chapitre est suffisamment explicite, en tenant compte des explications données dans la partie générale de ce travail, pour nous permettre d'éviter de donner de longs développements à ce que l'on doit entendre par erreur professionnelle de diagnostic.

Nous ne pouvons que répéter ce qui a été dit dans le chapitre précédent, à savoir qu'il y aura erreur professionnelle de diagnostic lorsque, dans l'examen d'un patient, une faute grossière aura été commise, fait qui aurait été évité par la possession ou l'emploi de connaissances médicales élémentaires.

Nous estimons nécessaire d'insister sur les difficultés du diagnostic en général et sur la diversité des symptômes que peut présenter une seule et même maladie. Le carcinôme d'estomac chez tel malade donnera des symptômes tellement accusés qu'ils entraîneront forcément un diagnostic très exact ; dans d'autres cas, l'amaigrissement progressif du malade et une anorexie légère révéleront seuls l'existence de la lésion stomachale. Des faits analogues se présenteront pour le carcinôme utérin ; chez une malade on constatera de bonne heure des métrorrhagies fréquentes,

un écoulement vaginal fétide, des troubles vésicaux et rectaux hâtifs ; chez une deuxième patiente, tout se bornera pendant longtemps à quelques douleurs vagues dans la région lombaire et la maladie sera devenue inopérable lorsque quelques symptômes plus accentués en auront fait reconnaître l'existence.

Les difficultés peuvent encore provenir du manque de commémoratifs de la part du malade ou de son entourage. Cette insuffisance peut être due à la maladie même ; la syncope, l'état cataleptique, l'ivresse, l'idiotisme, le crétinisme, l'aliénation mentale peuvent, en effet, grâce à l'état mental qui les accompagne, priver d'une façon durable ou momentanée le médecin des renseignements nécessaires. Il en sera de même lorsqu'il s'agit d'enfants en bas âge ou de vieillards dont l'intelligence est notablement atrophiée.

On comprendra que le manque absolu de renseignements anamnestiques doit rendre la tâche du médecin bien difficile ; les difficultés seront encore augmentées lorsque le malade, loin de venir en aide à son médecin, s'efforcera de le tromper en lui donnant des renseignements absolument erronés. Ce dernier cas s'observe fréquemment lorsque la maladie, dont l'on cherche à cacher l'existence, n'est pas facilement avouable, ou lorsque, en vue d'une action civile, une personne lésée cherche à exagérer la gravité de la maladie dont il est atteint.

Il est surtout légitime d'insister sur la quantité de connaissances, réellement immense, que devrait posséder un médecin pour n'être jamais, ou plutôt pas trop souvent embarrassé par les difficultés du diagnostic d'une maladie compliquée. Le nombre des médecins également experts dans les différentes branches des sciences médicales n'est pas considérable.

Nous nous étendons à dessein dans ce chapitre sur ces difficultés pour éviter, autant que possible, d'y revenir lorsque nous traiterons des erreurs professionnelles de pronostic et de traitement. Nous ferons encore remarquer que l'examen du patient n'a pas toujours lieu, c'est peut-être même le cas le moins fréquent, dans des conditions favorables pour celui qui le pratique. Le médecin ne peut, dans beaucoup de cas, renvoyer à plus tard l'examen de son client, comme le juriste peut renvoyer l'examen d'une cause. Le cas est urgent, le patient doit être visité au plus tôt, sans souci du moment et de la disposition d'esprit ou de corps de celui qui doit y procéder.

*Volens, nolens*, de jour comme de nuit, dispos ou las, le médecin a l'obligation morale de venir immédiatement en aide à son prochain. Il doit à celui-ci tous ses instants et lui sacrifier souvent son sommeil et, parfois même, sa santé. On ne croit pas volontiers aux indispositions des médecins ; ils partagent cet avantage avec les diplomates, avec la différence que ces derniers paraissent fort habiles, tandis que le médecin sera taxé de négligence et de paresse.

Le tableau très succinct que nous venons de faire des difficultés que rencontre le médecin dans la première opération qu'entraîne la visite d'un malade prouve d'une façon indiscutable combien l'exercice de cette profession est hérissée de difficultés de toute espèce tenant, d'une part, aux sciences médicales mêmes, d'autre part, aux malades et à leur entourage aussi bien qu'à l'imperfection forcée de celui qui a mission d'exercer l'art médical. Ces difficultés ne se rencontrent absolument pas au même degré dans l'application des sciences exactes telles que les sciences physiques ou les sciences mathématiques.

Les erreurs de diagnostic peuvent provenir de deux sortes de causes absolument différentes :

- 1° De l'impéritie ;
  - 2° De la négligence.
- 

Dans le premier cas, le médecin s'acquitte consciencieusement de son travail et applique à l'examen de son patient la totalité de ses connaissances ; il déploie à cette recherche la somme d'activité que l'on est en droit de demander d'une personne qui tient à remplir scrupuleusement son devoir ; seulement, semblable au paralytique qui ne peut marcher malgré tous ses efforts, il ne peut poser un diagnostic exact parce que les moyens scientifiques nécessaires à cette opération lui font défaut : Ne sachant pas comment on constate la présence du sucre dans l'urine, il ne peut poser avec certitude le diagnostic de diabète sucré ; ignorant les symptômes du goître carcimonateux, il n'est pas à même d'en faire le diagnostic différentiel et d'instituer, en temps voulu, un traitement utile.

Le médecin qui, par impéritie, commet une erreur de diagnostic, est-il responsable et jusqu'où s'étend cette responsabilité ? La question est, comme nous allons tâcher de le démontrer, aussi importante que difficile à résoudre.

L'impéritie peut résulter du fait que le médecin, ayant quitté dès longtemps l'Université, a oublié ce qu'il y avait appris, ou encore parce que, ne suivant pas le mouvement scientifique contemporain, il n'a pas pu faire son profit des découvertes nouvelles. Il se trouve par là dans une infériorité réelle vis-à-vis de ses confrères qui viennent d'obtenir

leur diplôme et l'on peut fort bien admettre que, fréquemment, il ne serait plus à même de subir avec succès les épreuves nécessaires à l'obtention de ce dernier. Et néanmoins il exerce son art avec l'autorisation, nous dirons, pour beaucoup de pays, avec la protection de l'Etat, puisque la plupart des législations n'admettent pas le libre exercice de la profession médicale.

L'on peut prétendre, c'est là le point de vue émis par *Virchow*<sup>1</sup>, que le diplôme délivré par l'Etat à la suite d'épreuves jugées suffisantes par lui, couvre complètement le médecin, voire même lorsque celui-ci ne serait pas au courant des conquêtes nouvelles de la science. *Kühner* partage également cette manière de voir. Nous ne saurions être aussi affirmatif; il nous semble que si, après examen, l'Etat délivre un diplôme et abdique dès ce moment son droit de contrôler le bagage scientifique des médecins qu'il protège (monopole), c'est qu'il estime que ceux-ci, par leur travail, chercheront à s'assimiler les découvertes contemporaines et qu'ils s'efforceront d'en faire bénéficier leurs malades.

Les changements constants que subissent les sciences médicales, nous voulons parler ici seulement de la partie qui a trait au diagnostic et aux moyens de l'établir, exigent de la part du médecin praticien un labeur constant qui,

<sup>1</sup> « Niemand wird in Abrede stellen, dass auch ein Arzt mit zum Theil veaaltesten Kenntnissen durch seine Approbation geschützt ist, selbst dann wenn er sich eines Verfahrens der Behandlung bedingt welcher inzwischen einer grossen Zahl anderer Aerzte als unzweckmässig oder gar als schädlich verlassen worden ist. »

Kunstfehler der Aerzte. Gutachten der könig. Wissenschaft Deputation für das Medizinalwesen. Referent *Virchow*; in dessen gesammelten Abhandlungen aus dem Gebiete der öffentl. Medizin. Bd II, S. 514.

seul, lui permet de ne pas démeriter de la confiance générale et surtout de celle que lui a accordée l'Etat en lui confiant une autorisation d'une durée illimitée. Concevons-nous un médecin qui estimerait que la gale est une dyscrasie quelconque et non point due à la présence de l'*acarus scabiei* !

Cela nous paraît aussi inadmissible que le diagnostic d'une pleurésie sans le concours des éléments que fournissent l'auscultation et la percussion pulmonaires.

La justification d'une faute grossière ne saurait, à notre avis, résulter de l'ancienneté du diplôme du médecin coupable. Le médecin praticien ne peut, il est vrai, être immédiatement au courant de tous les faits nouveaux, mais il doit néanmoins suivre le mouvement scientifique d'assez près pour éviter de commettre des fautes grossières par ignorance des découvertes récentes.

Personne ne niera que dans ces matières la sage-femme ne doit jouir des mêmes prérogatives que le médecin puisque, comme celui-ci, elle subit les épreuves d'un examen d'Etat dont la réussite seule lui confère le droit d'exercer sa profession. L'ancienneté de son diplôme lui confère-t-elle l'immunité lorsqu'elle ne met pas en pratique les enseignements fournis par les notions antiseptiques ? Si cela est peut-être vrai pour beaucoup de pays qui n'ont pas encore réglementé sévèrement l'exercice de la profession de sage-femme, il en est autrement dans les pays qui ont édicté à leur égard des ordonnances nouvelles. Le règlement en vigueur au canton de Vaud prescrit aux sages-femmes la manière de procéder dans les accouchements qu'elles sont appelées à diriger. Lorsque, par ignorance ou négligence, elles manquent à ces prescriptions, elles peu-

vent être appelées à suivre un cours supplémentaire d'une certaine durée ; en cas d'insuffisance notoire, l'autorisation de pratiquer peut même leur être retirée. Des mesures pareilles seront prochainement prises par les autorités sanitaires neuchâteloises, et nous croyons qu'en Allemagne un projet analogue va entrer incessamment en vigueur.

Ces dispositions existent dans les cantons de Zurich, de Soleure et de Bâle :

Die Direction des Sanitätswesens hat die Befugniss solche Hebammen welche nach den Jahresberichten der Bezirksärzte einer Ergänzung ihrer Kenntnisse bedürftig sind, zu ein oder mehrtägigen Repetitions Kursen einzuberufen. (*Règl. du canton de Zurich sur les sages-femmes, art. 16.*)

Mit sämmtlichen ihren Beruf ausübenden Hebammen sollen jährlich Revisionsprüfungen vorgenommen werden. (*Règlement de Soleure sur les sages-femmes, art. 23.*)

Wenigstens alle 3 Jahre ist eine belehrende Prüfung der Hebammen, und eine Inspection ihrer Geräthschaften vorzunehmen. (*Règlement de Bâle-Campagne sur les sages-femmes, art. 37.*)

Mieux que tous les raisonnements, les citations ci-dessus prouvent que l'Etat entend conserver à l'égard du corps médical des prérogatives dont celui-ci ne saurait s'affranchir. Il entend que l'exercice de l'art de guérir ne soit confié qu'à des personnes qui sont et demeurent à la hauteur scientifique de leur tâche.

L'erreur de diagnostic peut encore provenir de négligence ; mais celle-ci résultera nécessairement d'un examen insuffisant. Nous pouvons signaler comme tel une néphrite aiguë non reconnue parce que l'urine n'a point été analysée. Citons encore le cas de position transverse du fœtus méconnue ou non diagnostiquée en temps utile parce que le docteur appelé, estimant que l'examen extérieur lui donnait la certitude qu'il s'agissait d'une position céphalique, a renvoyé l'examen interne. Au moment où il se décide à

pratiquer celui-ci, la version ne peut plus être faite. Nous avons connaissance d'un fait à peu près semblable :

Un médecin de campagne, appelé pendant la nuit auprès d'une parturiente, estimant que l'accouchement n'était pas encore suffisamment avancé pour intervenir, alla se coucher et ne voulut se lever, malgré des appels répétés, qu'au moment où toute tentative pour sauver le fœtus était absolument inutile.

---

Nous citerons encore les cas suivants que nous a communiqués M. le prof. D.-C. Emmert ; ces cas rentrent dans les deux catégories d'erreurs professionnelles de diagnostic :

Dans un cours militaire, un soldat devient subitement souffrant et présente à l'examen superficiel fait par le médecin de l'école les symptômes suivants : Inappétence, langue sèche et chargée, vomissements et constipation. Le médecin diagnostique un catarrhe d'estomac et prescrit un émétique, puis un purgatif. Malgré cette médication, l'état du patient empire, la constipation, les vomissements persistent et de plus l'abdomen se ballonne et est fort douloureux à la pression, de telle façon que le médecin, qui n'avait pas encore procédé à un examen attentif, pense à la possibilité d'une péritonite. Ce ne fut qu'après la mort du patient, mort qui survint au bout de peu de jours, que l'on reconnut l'existence d'une hernie inguinale étranglée.

---

Dans les années où l'ovariotomie devint une opération plus familière et où le nombre d'opérations de cette nature faites par un chirurgien excitait encore la jalousie de ses confrères, se présenta le cas suivant : Un chirurgien diagnostiqua chez une malade la présence d'un kyste ovarique. La laparotomie fut faite sans retard et ce n'est qu'après ouverture de la cavité péritoniale que la nature de la tumeur fut reconnue : Il s'agissait en réalité d'un carcinôme inopérable du grand épiploon. La plaie péritoniale et les parois abdominales furent refermées, mais, malheureusement, l'opérée succomba au bout de quelques jours aux suites de la tentative opératoire.

---

Dans une clientèle de campagne, un médecin est appelé pour un accouchement grave. Quoique la tête de l'enfant n'ait pas encore franchi le détroit supérieur, il applique le forceps à répétées reprises, mais sans succès, car l'instrument, à chaque traction, glisse sur la tête insuffisamment engagée. Ce voyant, il essaie de pratiquer la version podalique ; à ce moment, soit par le fait de la tension utérine, soit par le fait des tentatives d'application du forceps, se produit une déchirure de la matrice et l'enfant disparaît dans la cavité péritoniale. Pendant que l'accoucheur s'efforce de ramener l'enfant dans la cavité du bassin se produit un prolapsus de l'intestin ; grâce au mauvais éclairage (une mauvaise lampe à huile) dont dispose le docteur épuisé de fatigue, il croit avoir devant lui le cordon ombilical, le lie à deux endroits et entre ceux-ci pratique la section de l'intestin ! Une autopsie médico-légale eut lieu et l'on reconnut l'erreur. Le jugement qui fut rendu dans cette affaire tint compte des circonstances délicates dans lesquelles le médecin avait déployé son activité.

---

Une dame se plaignait d'une enflure considérable de l'abdomen, fait qui faisait penser à la possibilité d'une grossesse, appelle un médecin. Celui-ci, admettant la présence d'un ascite, pratique une ponction de la cavité abdominale, ponction qui donne issue à un liquide sero-sanguinolent. Quelques heures plus tard, les contractions utérines s'établissent et la malade met au monde deux jumeaux dont l'un, un monstre, était mort.

Il y avait donc eu erreur de diagnostic.

La mère succomba aux suites de l'accouchement et le mari, mettant en rapport la ponction abdominale et l'issue fâcheuse de l'accouchement, déposa une plainte contre son médecin.

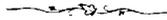
L'expertise qui eut lieu reconnut que l'utérus avait été blessé lors de l'opération, mais ne crut pas devoir admettre l'existence d'un lien de causalité entre la ponction faite et la mort de la malade. Les experts admirent l'existence d'une erreur professionnelle de diagnostic, parce qu'une grossesse à terme avait été méconnue. Aucune pénalité n'atteignit le médecin coupable qui, du reste, pâtit largement de sa grossière erreur.

Pour terminer, nous citerons encore le cas publié par le Dr Köhl, premier assistant à la clinique chirurgicale de Zurich<sup>1</sup> :

<sup>1</sup> Correspondenzbl. f. schw. Ärzte. 1886. S. 627.

Un enfant avale un bouton de chemise qui se fixe au haut de l'œsophage, provoque des accès de suffocation et une ostéite suppurée de la vertèbre correspondante. Le patient meurt sans que, par manque de renseignements anamnestiques, l'on ait pensé à la possibilité de la présence d'un corps étranger dans l'œsophage et procédé à l'examen objectif de cet organe.

Quoique la responsabilité qui résulte de ces différents cas soit bien différente, nous estimons qu'elle ne saurait être niée. Elle est aussi bien pour les erreurs dont la cause est l'impéritie du médecin que pour celles qui résultent de la négligence de celui-ci. Ce sera, dans chaque cas, l'affaire du tribunal, sur rapports d'experts, d'apprécier ce qui est imputable à la faiblesse humaine et ce qui, d'autre part, doit être mis à la charge de l'impéritie ou de la négligence du médecin en cause.



### III

#### Erreurs professionnelles de pronostic.

Ce chapitre constitue la partie la moins importante et la moins considérable de ce travail, et c'est aussi à cette partie que nous donnerons les développements les moins étendus.

Cependant l'importance du pronostic dans l'exercice de la profession médicale étant considérable, nous avons dû consacrer quelques lignes à la description des responsabilités qui peuvent résulter d'un pronostic entaché d'erreur.

L'on pourrait, il est vrai, faire rentrer dans ce chapitre tous les cas dans lesquels une erreur de pronostic a été faite par suite et comme conséquence plus ou moins nécessaire d'une erreur dans le diagnostic. Tel serait le cas du chirurgien qui donne un pronostic favorable dans un cas d'ostéosarcome du maxillaire parce qu'il a posé le diagnostic de périostite chronique ou d'abcès. Nous préférons laisser de côté cette catégorie de cas, craignant de faire une répétition oiseuse et, surtout, parce qu'en réalité, dans ce cas concret, l'erreur commise est une faute de diagnostic qui, seule, a entraîné l'erreur de pronostic, tout comme elle entraînera forcément une thérapie irrationnelle.

Nous croyons néanmoins qu'il existe une catégorie de

cas, peu nombreux il est vrai, dans lesquels le médecin, après avoir reconnu l'affection dont souffre son client, croyant à une marche favorable ou non immédiatement fâcheuse, posera un pronostic plus ou moins favorable. La conséquence de cette conduite pourra être une faute de traitement.

L'erreur professionnelle de pronostic est le résultat d'une non intervention en temps utile alors que le médecin avait reconnu la nature de la maladie et judicieusement choisi le mode thérapeutique que le traitement de celle-ci réclamait.

Le cas que voici, que nous devons à une bienveillante communication de M. le prof. D.-C. *Emmert*, nous paraît rentrer dans cette catégorie de faits :

A la suite d'une piqûre profonde de la région cervicale latérale gauche se développa, chez un patient, un anévrysme diffus de la région pharyngienne. La nature du mal fut immédiatement reconnue par le chirurgien aux soins duquel le malade était confié. Le patient, sujet à des accès de suffocation pendant la veille et surtout pendant le sommeil, succomba pendant un de ces accès avant qu'aucune tentative opératoire ait été faite. Comme la lésion avait été faite par une main étrangère, le cas fut porté devant le tribunal. A cette occasion fut posée aux experts la question de savoir si, par une ligature en temps utile, de la carotide commune ou du tronc de la faciale, la mort du patient n'eût pas pu être évitée ?

La réponse faite fut affirmative, mais les experts firent ressortir que le succès d'une opération pareille restant douteux, il ne fallait point attacher à ce fait une importance médico-légale trop considérable.

Nous reconnaissons que c'est dans ces cas-là qu'il serait le plus difficile d'établir clairement la responsabilité professionnelle, soit civile, soit pénale. Le médecin aura nécessairement pour lui nombre de raisons et de faits qui établiront sans difficulté que rien n'est difficile à prévoir comme la marche de la maladie dans chaque cas particulier. Il arrive malheureusement fort souvent que le client, dont nous attendons la guérison prochaine, meurt sans

que rien n'ait fait prévoir un événement pareil, tout comme aussi, dans quelques cas heureux, le malade, que nous condamnons sans appel, guérit en dépit du pronostic médical.

Citons encore les cas de hernies étranglées, cas malheureusement très fréquents : La lésion est reconnue au premier examen être une hernie crurale étranglée. Le médecin sachant que dans la hernie en général, le danger de gangrène ne devient réellement menaçant qu'à partir d'un temps que nous fixerons à 24 heures d'étranglement, et ignorant que pour les hernies crurales le temps est bien moindre, retarde la herniotomie, tient à en épargner les souffrances à son malade et, croyant à l'absence de lésions gangreneuses, donne à la famille et au malade un pronostic relativement favorable.

Lorsqu'après avoir pratiqué le taxis à 2 ou 3 reprises, ordonné des bains et appliqué la bande élastique pendant un certain temps, il se décide à pratiquer l'herniotomie, le médecin se trouve en présence, à son grand étonnement, d'une perforation intestinale avec commencement de péritonite suppurée.

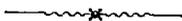
Il y a, dans ce cas, double erreur dans le traitement aussi bien que dans le pronostic ; seulement il peut fort bien se faire que la première soit la conséquence de la seconde et que le médecin, opérateur distingué, ait retardé l'intervention chirurgicale, non parce qu'il la craignait, mais parce qu'il n'en voyait pas encore la nécessité.

Exposer ces faits, c'est reconnaître que c'est dans ce domaine que la responsabilité médicale est la plus restreinte et qu'il est peu de cas dans lesquels il serait possible d'encourir une condamnation quelconque pour erreur professionnelle de pronostic.

Les cas dans lesquels la responsabilité professionnelle pourrait être invoquée sont surtout des cas dus à l'ignorance du médecin. Nous pourrions encore, pour faire ressortir ce facteur, citer le fait suivant :

Un médecin constate chez un client une inflammation suppurative du tissu cellulaire retropharyngien. Il fait savoir au malade qu'il s'agit d'un abcès qu'il faudrait inciser. Sur la demande du malade, ou même à ce défaut, le médecin essaie de pratiquer un badigeonnage de teinture d'iode sur la paroi pharyngienne, pensant qu'il sera temps encore de pratiquer plus tard l'incision de l'abcès. Malheureusement, le décollement de la partie pharyngienne marche avec rapidité et atteint, à la visite suivante du docteur, la hauteur du larynx, ce qui rend l'état du patient bien autrement sérieux. Il nous semble que, dans un cas analogue, une certaine responsabilité ne saurait être refusée au médecin ; mais, comme nous le disons ci-dessus, le médecin aura toujours à sa décharge d'en appeler aux difficultés du pronostic, aussi bien dans les affections chirurgicales que dans les maladies internes ou gynécologiques.

La médecine, comme nous l'avons établi dans la partie générale de ce travail, est une science trop peu mathématique pour que la personne qui l'exerce, si distinguée soit-elle, puisse être rendue responsable de toutes les erreurs qu'elle a pu commettre. Lorsqu'il peut être établi qu'elles sont le fait de la science, qui laisse à celui qui la représente trop d'incertitude sur différents points très difficiles ; lorsqu'elles ne rentrent point dans les erreurs grossières qu'une attention suffisante ou une connaissance des choses que tous doivent connaître eût permis d'éviter, la responsabilité médicale ne saurait être invoquée.



## IV

### **Erreurs professionnelles de traitement.**

Cette partie de notre travail est certainement celle qui, pratiquement, a la plus grande importance ; c'est à cause d'erreurs ou de prétendues erreurs de traitement que la responsabilité médicale est le plus souvent mise en cause. C'est une chose aisée à comprendre parce que, si l'ensemble des hommes n'a pas la prétention d'établir le diagnostic ou le pronostic d'une maladie, cette prétention existe, au contraire, à un degré accentué pour ce qui concerne les soins à donner aux blessés et aux malades. Le traitement empirique, symptomatique est la conséquence directe de cet état de choses. De tous temps les maladies ont exigé des soins ; c'est un fait qui a dû s'imposer, sans tenir compte du développement scientifique de l'époque. Quelque paradoxal que cela puisse paraître, il est bien évident que les malades ont été soignés sans que la maladie dont ils souffraient ait pu être reconnue, sans que les causes qui la faisaient naître et que son évolution probable aient pu être établies. La partie thérapeutique, l'office du bon Samaritain ont devancé les investigations de la science qui, seule, lentement, péniblement arrive à nous faire connaître la cause morbide.

Ce fait, qui a existé de tout temps, existe encore aujourd'hui. Le médecin donne fréquemment des soins assidus, souvent avec un plein succès, à des malades atteints d'une affection dont il n'est pas à même d'établir le diagnostic.

Le public non médical contrôle donc l'activité thérapeutique du médecin parce qu'il a la prétention d'y connaître quelque chose. Tout médecin sait par expérience que la famille du malade demande souvent quel traitement sera appliqué, elle discutera même le traitement proposé, fera des propositions, voire même des objections; elle s'enquerra de la durée probable de la maladie, beaucoup plus rarement elle cherchera à se rendre compte de la maladie même, de son essence et des organes atteints par elle.

Il n'est donc pas étonnant que le malade ou sa famille, à la suite d'un traitement malheureux, ou qui sera qualifié de cette façon, adresse fréquemment des reproches aux médecins, chirurgiens ou accoucheurs. Ces critiques se traduiront par des recherches en responsabilité de jour en jour plus fréquentes.

A côté de cet élément, il en existe un autre d'une importance considérable. La partie thérapeutique de l'art médical, tout en étant d'une importance extrême, celle à laquelle le public attache de beaucoup l'importance la plus grande, n'est cependant pas la partie la plus scientifique des sciences médicales. Bien au contraire c'est celle qui, pour les raisons exprimées ci-dessus, procède le plus de l'empirisme. Ces règles scientifiques étant moins accentuées que dans la partie qui concerne le diagnostic des maladies, il en résulte une bien plus grande liberté d'allures pour les médecins en ce qui concerne la partie thérapeu-

tique de leur art. Les écoles médicales sont essentiellement basées sur des dogmes thérapeutiques différents (homéopathie, allopathie, hydropathie, etc.). Leurs principes sont très souvent absolument opposés, aussi bien pour la nécessité d'intervenir que pour les médicaments à employer et les doses auxquelles ils doivent être prescrits. N'a-t-on pas prescrit et admis pour beaucoup de cas, comme méthode curative, le traitement purement expectatif (*Expectative Behandlung*), c'est-à-dire admis comme système de traitement la non intervention momentanée? Pour nombre de médecins distingués, à notre avis plus scientifiques que médicaux, cette méthode de traitement joue un rôle très considérable; d'aucuns sont même sceptiques pour une grande partie des médicaments et des méthodes curatives recommandés.

Comme on peut aisément s'en convaincre en parcourant la littérature médicale, la controverse ne concerne pas seulement des points secondaires de la thérapie médicale; des méthodes de la plus haute importance admises comme justifiées à tous égards sont aujourd'hui considérées comme inexactes par des hommes de haute valeur.

Ne voyons-nous pas M. le Dr *Rouge*<sup>1</sup>, membre correspondant de l'Académie de chirurgie de Paris, émettre, en matière de trachéotomie et de traitement du croup, des idées absolument opposées à la presque unanimité du corps médical? Il considère la trachéotomie comme étant une opération appartenant à l'enfance de l'art et ne désespère

<sup>1</sup> Dr *Rouge*. Feuilles volantes. Premier cahier. Causeries chirurgicales et menus propos d'un chirurgien. Lausanne, 1881.

*Id.* A propos de la trachéotomie. Revue médicale de la Suisse romande, année 1885, n° 11, pages 585 et suivantes.

pas de la voir abandonnée dans le traitement du croup où elle serait remplacée par le cathétérisme du larynx.

Ce même fait ne se produit-il pas au sujet de l'opération de Hegar ? Les admirateurs de cette méthode de traitement dans l'hystérie vantaient les résultats de ce mode de faire et d'autres auteurs prétendent qu'elle doit être réservée aux cas d'hystéro-épilepsie grave et dans les seuls cas où l'on peut constater une affection pathologique des ovaires.

M. le prof. Dr *Forel*<sup>1</sup>, à Zurich, cite un cas d'aggravation des symptômes de la névrose après une castration ovarique : A la suite de la relation de ce cas malheureux, le médecin distingué de l'Hôpital des aliénés du canton de Zurich, faisant allusion à la castration, ajoute ces lignes auxquelles nous applaudissons absolument :

« Je voulais seulement rappeler que dans un tout pathologique aussi complexe que l'hystérie, il n'est pas possible d'instituer un système (thérapeutique). Chaque cas doit être individualisé, etc. »

A ce même propos, M. le Dr *Widmer*<sup>2</sup> écrit :

« La question de la justification de la castration n'est point encore résolue. Cependant on paraît tendre à rejeter comme injustifiée une ovariectomie qui a pour but d'enlever des ovaires dans lesquels l'examen de la malade n'a pas fait découvrir des transformations pathologiques. »

La Société bernoise<sup>3</sup> de médecine et de pharmacie va même encore plus loin. Nous traduisons textuellement les

<sup>1</sup> Prof. Dr *Forel*. Corresp. Bl. f. schweiz. Erzte. 1886. Seite 476 u. folgende.

<sup>2</sup> Dr *Widmer*. Corresp. Bl. f. schweiz. Erzte. 1886. S. 295.

<sup>3</sup> Corresp. Bl. f. schw. Erzte. 1887. S. 87.

dernières lignes du procès-verbal de la séance du 29 juin 1886 de cette Société. Ces dernières lignes résument la discussion qui a porté sur la question dont nous parlons ici :

« L'opinion qui n'admet pas une relation aussi fréquente »  
» et aussi intime entre l'hystérie et les affections génitales »  
» paraît gagner de plus en plus de terrain. En tenant »  
» compte de cette manière de voir, on doit regarder comme »  
» peu justifiée une castration pour cause d'hystérie. »

En voyant une pareille divergence exister entre des hommes de valeur, hommes qui ont fait de l'étude des sciences médicales le but de toute leur vie, il ne faut pas s'étonner de voir le public apprécier mal les méthodes thérapeutiques employées dans tel ou tel cas particulier.

---

Les erreurs professionnelles de traitement peuvent provenir de négligence, omission ou impéritie dues à ce que, dans un cas donné, le médecin n'a pas eu recours à un mode de traitement qui aurait été utile ; dans d'autres cas, au contraire, le médecin a, par imprudence, employé un mode de faire qui a causé du tort à son malade, soit parce que le mode employé était faux, trop risqué, soit parce que la main qui l'appliquait ne jouissait pas de la dextérité, de l'adresse nécessaires.

Comme pour les erreurs de diagnostic, la négligence peut provenir de ce que le médecin oublie de visiter son malade ou qu'il le visite trop rarement. Le nombre des visites médicales que réclame le traitement d'un malade dépend de la gravité de la maladie et des modifications théra-

peutiques que peut provoquer une évolution prompte du processus morbide. Si le médecin n'était pas souvent surchargé de besogne, s'il se trouvait à portée du malade et surtout si celui-ci lui laissait carte blanche pour l'institution du traitement, le médecin pourrait être rendu responsable lorsque le nombre des visites faites serait reconnu insuffisant. En réalité, il n'en saurait être ainsi. Le médecin ne dispose pas toujours de tout le temps nécessaire et si, à certains moments, à certaines périodes de l'année, il a beaucoup de loisirs, il n'en est souvent plus ainsi lors des mois d'hiver ou lorsqu'une épidémie sévit dans sa clientèle. Obligé de faire face à une tâche excessive, il ne peut matériellement pas visiter ses patients aussi fréquemment qu'il serait bon de le faire. Il en peut résulter des inconvénients fort graves dont il ne saurait supporter la responsabilité.

A côté de ces cas de force majeure, il est nécessaire d'insister sur le rôle que joue le médecin dans sa clientèle. Lorsqu'il est appelé des clients sans fortune, il lui est facile de voir son malade aussi souvent que nécessaire ; il en est de même dans les maisons où il remplit réellement et surtout depuis longtemps le rôle de médecin de famille ; par contre, il n'en est plus ainsi lorsqu'il est appelé chez des personnes qu'il connaît peu. Les visites sont-elles trop fréquentes aux yeux du client, vite celui-ci s'imaginera qu'un but peu avouable en est le mobile ; sont-elles trop rares, on accusera le docteur de négligence coupable. Voilà qui peint d'une façon concise les difficultés que la fixation de la responsabilité médicale dans ce chapitre peut entraîner. Le tact du médecin l'avertira de la position fautive dans laquelle il peut se trouver en faisant à un malade des

visites qui paraissent trop fréquentes à ce dernier. Le tableau net de la gravité du cas, tableau présenté aux parents du malade, justifiera la fréquence des visites, sinon le médecin agira sagement, croyons-nous, en déclinant toute responsabilité et en laissant à cette famille, peu soucieuse de la santé des siens, le soin de venir le quérir lorsqu'elle le jugera convenable.

Nous ne reviendrons pas sur l'ignorance du médecin comme cause d'erreur professionnelle de traitement. Les développements que nous avons donnés à cette idée dans la page 22 nous paraissent suffisants. En résumé, on ne saurait exiger du médecin que tout mode nouveau de traitement lui soit connu. C'est là chose impossible, les occupations d'une vie professionnelle active ne lui laissant pas pour cette étude assez de temps disponible. Cependant nous ne croyons pas qu'il lui soit permis d'ignorer les progrès importants réalisés dans ce domaine.

Assurément le médecin de campagne, qui doit s'occuper aussi bien de gynécologie que de médecine interne, de chirurgie ou des maladies des yeux, des oreilles et du larynx, mérite, sous ce rapport, une indulgence plus considérable que le médecin de ville qui voue son temps à l'étude d'une spécialité.

L'impéritie médicale qui consiste à entreprendre une opération ou un traitement quelconque au-dessus de ses forces, autrement dit l'imprudence, peut également donner lieu à des recherches en responsabilité médicale. Le médecin qui, dans notre pays où des ophthalmologistes distingués ne font pas défaut, se hasarderait à pratiquer l'opération de la cataracte, sans que l'urgence de cette opération fût établie d'une façon péremptoire, commettrait, nous

semble-t-il, une erreur professionnelle indiscutable. Cette manière d'apprécier que nous estimons correcte pour l'exercice de la profession médicale dans notre pays, peut n'être pas exacte dans les contrées où l'éloignement et le petit nombre des médecins rendent l'exercice de cette profession absolument différent.

Cela veut-il dire que nous interdisons toute tentative hardie au jeune médecin qu'un passé distingué, glorieux permet de justifier ? Tel n'est pas notre avis ; mais il nous paraît que lorsqu'une cause majeure force un médecin à intervenir dans des circonstances pareilles, il fera bien, pour cela, de s'entourer de toutes les lumières possibles, de prendre l'avis d'un confrère afin de partager la responsabilité des événements qui peuvent surgir.

On a cherché de tout temps à établir certaines règles de traitement médical, règles qui devaient être la résultante de l'expérience thérapeutique de tous et non point les fruits d'écoles ou du travail de quelques personnalités médicales éminentes. Cet effort, qui devait ne pas aboutir jusqu'à aujourd'hui, parce qu'il existe entre les différents cas une diversité par trop considérable, répondait et répond encore à un sentiment bien naturel de la situation ; seulement l'application de ce code, qui n'est écrit nulle part et ne le sera probablement jamais, demanderait la plus grande prudence.

S'il est vrai qu'en médecine interne, dépasser la dose maximale d'un médicament puisse être utile ou même nécessaire au traitement d'un malade, il ne saurait s'en suivre que ceci soit érigé en méthode. Un fait particulier, isolé, ne saurait infirmer une règle générale. Nous croyons que les doses maximales sont calculées avec assez d'élasti-

cité pour que l'immense majorité des cas puisse s'y mouvoir. Il est nécessaire d'ajouter que, dans certains cas, la prescription d'un médicament tel que l'opium, dans la clientèle infantile, en dose de beaucoup inférieure à la dose maximale, peut être envisagée comme une faute<sup>1</sup>. Il faut cependant faire remarquer ici que l'existence d'une dose maximale n'exclut nullement la prudence dans la prescription des médicaments, et, pour ce qui concerne l'exemple choisi, tout médecin doit savoir que l'administration des narcotiques dans la tendre enfance exige les plus grandes précautions.

En chirurgie on a, de tout temps, admis l'existence de lois auxquelles chaque chirurgien est tenu de se conformer ; elles concernent la reposition des fractures, des luxations, la ligature des grands vaisseaux lésés, etc. On ne peut nier que ces lois constituent de vrais dogmes auxquels tout chirurgien se conformera volontiers.

Cependant il peut arriver que, dans un cas donné, le médecin, croyant son malade au bord du tombeau, cherchera à lui éviter les souffrances d'une opération qui s'imposerait dans toute autre circonstance.

« Un médecin donne des soins à un patient atteint de dé-  
» générescence graisseuse du cœur avec œdème prononcé  
» des extrémités inférieures et de catarrhe bronchique faisant  
» prévoir une terminaison fatale à brève échéance. Le ma-  
» lade, dans le délire, tombe de son lit, chute qui provoque  
» une luxation de l'humerus gauche. Le médecin, appelé,  
» constate la lésion et néanmoins ne cherche pas à y porter  
» remède, craignant, dans un cas *in extremis*, augmenter  
» les souffrances de son client. »

<sup>1</sup> Kühner. Loc. cit., p. 39.

Dans le cas que nous citons, l'expérience donna raison au médecin. Son malade succomba peu de jours après l'accident. Si les faits s'étaient passés différemment, si le malade que l'on condamnait judicieusement avait trompé le pronostic du médecin, aurait-il été possible de rechercher ce dernier en responsabilité ? Nous ne saurions admettre une théorie pareille quoique, dans ce cas, une règle chirurgicale d'une importance incontestable n'ait pas été respectée. Des faits pareils à ceux que nous venons de citer constituent une exception rare qui ne saurait infirmer en quoi que ce soit la règle générale.

Il en est de même de l'obligation qu'a tout chirurgien de lier ou comprimer toute artère blessée, du moins lorsque celle-ci atteint un calibre un peu considérable. Aucune théorie médicale ne saurait justifier l'inaction dans un cas pareil. Il peut néanmoins se présenter des circonstances atténuantes d'une valeur telle que, même dans ce cas, la non responsabilité du médecin devient évidente. Nous ne pouvons résister de citer ici un cas rapporté par Kühner, quoique, à vrai dire, l'erreur professionnelle soit aussi bien une erreur de diagnostic qu'une erreur de traitement :

« Un homme, pour en finir avec la vie, se coupe la  
» radiale avec un rasoir. L'envie de mourir s'en allant avec  
» son sang, le malheureux essaie de tamponner la plaie  
» avec des chiffons et fait appeler le médecin, qui accourt  
» promptement. Mais, au lieu de lui conter ce qui s'est  
» passé, la femme du malade lui raconte que celui-ci a eu  
» des crachements de sang. Son mari ne voulait pas que  
» l'on sût qu'il avait commis une tentative de suicide. Le  
» médecin, trompé, ne procéda pas à l'examen objectif de  
» son client, prescrivit des médicaments et vit son malade

» expirer au bout de quelques instants. Le ministère public  
» ne mit pas la femme en accusation, mais, par contre,  
» consulta le médecin légiste de l'arrondissement, aux fins  
» de savoir si la responsabilité médicale ne pouvait pas  
» être invoquée. L'expert donna une réponse négative, se  
» basant sur le fait que le médecin, dans son intervention,  
» doit pouvoir s'en rapporter à la sincérité des données  
» du malade et de son entourage et que, vu la clientèle  
» campagnarde à laquelle le cas se rapportait, le médecin  
» disposait de trop peu de temps pour que, dans chaque  
» cas, le malade puisse objectivement être examiné à  
» fond. « Personne ne pouvant faire à un médecin, qui  
» visite de nombreux malades dans un village, alors qu'il  
» sait que d'autres malades l'attendent dans d'autres vil-  
» lages, un reproche de ce que chaque examen n'est pas  
» fait avec toute l'exactitude désirable. » Le préavis du  
» médecin légiste fut adopté et aucune poursuite ne fut  
» faite contre le médecin traitant<sup>1</sup>. »

L'existence de faits pareils fait voir que les règles de la chirurgie, comme nous l'avons démontré, de la médecine interne, et, comme nous pourrions facilement l'établir, en matière d'accouchement, n'ont rien d'absolu. Elles ont néanmoins une valeur réelle et, pour les enfreindre, il faut que le médecin ait des raisons toutes spéciales qui, cas échéant, pourront justifier sa manière de faire devant un tribunal.

La question des théories antiseptiques et de leur application a été souvent discutée ; nous croyons faire bien en exposant brièvement les deux points de vue opposés. Nous ferons suivre ce tableau de l'opinion qui nous paraît être

<sup>1</sup> *Kühner*, loc. cit., page 40.

la mieux fondée. On a voulu, en présence des résultats magnifiques donnés par le traitement antiseptique des plaies, proclamer pour chaque cas la nécessité de l'instituer. Telle est la théorie que soutient et que développe avec une grande force M. le prof. Dr *Nussbaum*<sup>1</sup>.

Le célèbre professeur de Munich, après avoir fait un tableau frappant de la chirurgie ancienne, tableau dans lequel il cite Nélaton faisant précéder, pour l'instruction de ses élèves, une opération d'anévrisme de l'artère fessière, d'une ligature de cette même artère sur le cadavre et voyant son opéré mourir pyémique, expose ensuite brièvement les découvertes de la chirurgie moderne. Celle-ci a prouvé qu'il peut suffire de toucher une plaie avec un doigt non désinfecté pour la rendre septique et qu'elle permet, au contraire, au chirurgien qui observe les règles de l'antisepsie d'éviter toutes les complications d'origine infectieuse. La médecine légale doit enfin, dit *Nussbaum*, tenir compte de ces faits dont l'exactitude est reconnue. Il admet que le chirurgien qui n'agit pas conformément à la méthode antiseptique tombe sous le coup du § 230 du Code pénal prussien, spécialement du 2<sup>e</sup> alinéa de ce §<sup>2</sup>. Il estime que les principes, qui sont à la base de la chirurgie moderne doivent enfin entrer dans le domaine de la médecine légale. Si l'hydropathe ou l'homéopathe, en négligeant d'appliquer

<sup>1</sup> Einfluss d. Antiseptik auf d. gericht. Medizin, aus dem Schlussvortrag der Winterklinik v. Prof. Dr *Nussbaum*. München, 1880.

<sup>2</sup> Art. 230. Wer durch Fahrlässigkeit die Körperverletzung eines anderen verursacht, wird mit Geldstrafe bis 300 Thalern oder mit Gefängniss bis zu 2 Jahren bestraft.

War der Thäter zu der Aufmerksamkeit, welche er aus den Augen setzte, vermöge seines Amtes, Berufes oder Gewerbes besonders verpflichtet, so kann die Strafe auf drei Jahre Gefängniss erhöht werden.

des médicaments appropriés, à dose convenable, peuvent être recherchés pour responsabilité médicale, cette manière de faire doit, à plus forte raison, s'appliquer au traitement antiseptique des plaies, traitement qui offre des garanties de succès bien autrement sérieuses que ne le font les médicaments recommandés par la médecine interne. Sans cacher sa préférence pour le pansement classique de Lister, Nussbaum reconnaît qu'en prévenant l'infection par un mode quelconque de pansement, le médecin a satisfait aux exigences médico-légales.

Cette manière de voir a soulevé de vives protestations, dont M. le professeur *Wyss*, de Zurich, s'est fait l'écho dans deux intéressants articles<sup>1</sup>.

Faisant ressortir les résultats mauvais donnés par les essais de division médico-légale des blessures suivant leur degré de gravité et faisant valoir qu'il est impossible de tracer un tableau des blessures suivant leur importance, M. *Wyss* estime que, en consacrant par un paragraphe de loi (comme ne craint pas de le demander M. Nussbaum) la nécessité de soigner les plaies par la méthode antiseptique, on ferait faire à la médecine légale un immense recul ; l'Etat ne saurait prescrire un mode de thérapeutique chirurgicale, pas plus qu'un traitement médical pour telle ou telle affection interne. La seule recherche en responsabilité qui pourrait être faite, dit M. *Wyss*, concernerait le chirurgien qui procéderait à une ovariectomie après avoir procédé à une autopsie. En outre, M. *Wyss* fait ressortir que l'antisepsie la plus rigoureuse n'empêche pas d'une façon absolue les accidents infectieux, et que, dans les mains des

<sup>1</sup> Corr. Bl. f. schw. Erzte. Nos 2 et 3. 1881.

chirurgiens les plus distingués, on voit encore des opérés succomber aux accidents pyémiques ou érysipélateux.

Dans l'hypothèse de mort par pyémie d'un blessé auquel un pansement antiseptique n'a pas été appliqué, M. Wyss estime que le médecin-légiste *pourrait* indiquer *tout au plus* que le danger d'infection eût été diminué par un traitement antiseptique ; il ne saurait admettre que les accidents sont arrivés *parce que* le patient n'a pas été traité selon les règles de l'antisepsie. Il serait même préférable, dit M. Wyss, que l'expert se bornât, en regard du genre de blessure et de sa gravité, à exposer les chances que courrait le blessé de contracter une infection. Dans cet article, M. Wyss cherche à faire voir les absurdités auxquelles le système préconisé par M. Nussbaum pourrait entraîner. Il cite le cas d'un médecin appelé auprès d'une personne souffrant depuis *quelques* jours, par suite de batterie, d'une plaie quelconque. Le patient soigné sans l'emploi des antiseptiques succombe à une érysipèle. Comme conséquence du système de Nussbaum, l'auteur de la plaie serait puni légèrement parce que la plaie était peu grave ; le médecin serait, au contraire, sévèrement condamné, parce que, par un traitement incorrect, il aurait provoqué indirectement la mort du malade.

Qu'il nous soit permis de faire remarquer que l'exemple est mal choisi. En effet, M. Nussbaum dit textuellement que dans des cas de recherche en responsabilité, la question de savoir si le médecin a été appelé en *temps utile*, c'est-à-dire avant que le malade eût de la fièvre, avant que sa plaie fût infectée, etc., devra toujours être posée. Il est clair que le médecin ne peut supporter la responsabilité d'accidents arrivés avant qu'il eût pris possession du malade.

Nous résumerons cette question de traitement antiseptique des plaies et de sa valeur au point de vue de la responsabilité médicale de la façon suivante. Il est vrai que l'Etat, sans nuire au développement de la médecine légale et sans bouleverser ce qui existe aujourd'hui, ne peut prescrire tel ou tel mode de traitement pour tel ou tel cas particulier. Nous ne pensons pas qu'un traitement aussi compliqué que ce traitement listérien, auquel M. Nusbaum donne une préférence marquée, puisse être exigé. Nous comprenons cependant que, dans l'état actuel de la chirurgie, étant donnée la quasi-certitude que cette dernière donne d'éviter les accidents septiques, il n'est pas possible d'admettre un autre mode de traitement que celui qui a pour base la défense du champ opératoire contre tout germe infectieux. Que l'on obtienne ou plutôt que l'on cherche à obtenir ce résultat au moyen du pansement listérien classique, au moyen du pansement iodoformé ou par les solutions du sublimé ou même que, dans ce but, l'on se contente de nettoyer le membre à amputer avec du savon mou, de passer ses instruments dans l'eau bouillante et que pour tout pansement on applique le pansement ouaté Guérin, à notre avis, peu importe. L'Etat ne saurait entrer dans des réglementations pareilles et ne saurait discuter si tel ou tel mode d'opérer et de panser vaut mieux que tel autre et doit seul être reconnu comme correct. Il doit se contenter de savoir que le chirurgien a cherché, par le moyen qui lui a paru le meilleur, à combattre l'entrée dans la plaie qu'il a faite ou dans la blessure qu'il pansait, de substances infectieuses quelconques.

Ainsi que chacun le reconnaît, la pratique de l'antisepsie ne garantit pas contre toute infection, puisque

des maîtres de l'art perdent par ci par là un malade d'érysipèle ou de pyémie. M. Wyss a tort, à notre avis, de se prévaloir de ce fait pour dire que l'antisepsie ne saurait par conséquent être exigée comme un traitement normal. Perdre un malade de pyémie *malgré* un traitement antiseptique ou le perdre du même accident *lorsqu'aucun* traitement antiseptique n'a été institué est assurément égal pour le défunt! Au point de vue de la responsabilité médicale il n'en saurait être de même, car dans le premier cas, le médecin a fait, et dans le second cas, il a négligé ce qu'il était possible de faire pour prévenir la complication qui a emporté son malade. Il ne saurait pâtir de ce que la méthode listérienne, ou plutôt son application, n'est pas infaillible dans tous les cas. Comme nous l'avons fait ressortir dans la page 23 de ce travail, certains cantons exigent des précautions antiseptiques de leurs sages-femmes appelées pour des accouchements. Le Conseil sanitaire de l'empire allemand agit de la même façon vis-à-vis des médecins-vaccinateurs. Ces faits consacrent pratiquement les vues du professeur Nussbaum. Si les mesures prises par nos cantons à l'égard des sages-femmes ne sont point ordonnées aux médecins, c'est que l'Etat estime que point n'est besoin de le faire. Si le traitement antiseptique est exigé d'une sage-femme, à plus forte raison pourra-t-on l'exiger, sans qu'il soit inscrit dans un code quelconque, d'un médecin dont la culture scientifique doit être bien plus développée. Nous croyons que la responsabilité du médecin doit être proportionnellement bien plus considérable que celle d'une sage-femme ayant pour toute culture scientifique suivi un cours de quelques mois dans un hôpital.

Un autre argument possède une valeur plus considérable

encore : Chacun sait que l'application des théories listériennes a élargi considérablement le domaine de la chirurgie opératoire moderne. Les laparotomies, les résections intestinales et stomachales, les néphrectomies au travers de la cavité péritonéale, les extirpations de goîtres, etc., ne sont plus qu'une question de dextérité dans la main des chirurgiens contemporains ; une seule condition est en outre nécessaire, *absolument indispensable* : c'est l'antisepsie la plus rigoureuse, condition *sine qua non* de réussite pour ces différentes opérations. Sauf pour les cas d'urgence où les précautions antiseptiques perdent leurs droits, le chirurgien qui pratique les opérations redoutables que je viens de citer, doit pouvoir répondre, dans la mesure du possible, de l'exactitude de son antisepsie. Vouloir pratiquer les opérations ci-dessus sans remplir cette dernière et importante condition, *parce que* d'autres chirurgiens listériens les font avec succès ne saurait être admis. Assurément le chirurgien listérien, pas plus que celui qui ne l'est pas, ne peut éviter des insuccès, mais sa responsabilité sera couverte par le fait qu'il a pris, pour éviter les complications postopératoires, les précautions que commande impérieusement l'état actuel de la chirurgie.

Qu'un disciple de Lister pratique une laparotomie dans un but diagnostique, nous le comprenons, pourvu que le patient ait été préalablement mis au courant de la gravité de la chose ; autoriser à faire la même opération, celui qui ne possède pas la science théorique et pratique de l'antisepsie ne nous paraît pas possible ! Il en sera de même, à nos yeux, du médecin qui, entraîné par le succès des résections intestinales, pratiquera, dans des circonstances absolument défavorables au point de vue antiseptique, cette

opération grave au lieu de pratiquer simplement l'anus contre nature lorsque dans une herniotomie il rencontre une gangrène intestinale.

L'influence de l'antisepsie sur la médecine légale se traduit encore d'une façon très évidente dans la manière dont remplissent aujourd'hui leurs fonctions les médecins légistes. Appelés à visiter un blessé, sauf raisons spéciales, ils mettront moins de pédanterie à mesurer une plaie, à la sonder dans tous les sens pour en décrire exactement la profondeur; ils ne se permettront plus de défaire un pansement pour se livrer à ces différentes recherches. Laissant au médecin traitant la responsabilité du traitement qu'il a entrepris, ils chercheront à savoir s'il existe des complications. Ils rechercheront si celles-ci sont le fait de la lésion même ou si elles en sont indépendantes, et pourront même rechercher si ces complications eussent pu être évitées par un traitement convenable; ils pourront même éventuellement admettre qu'elles sont en relation directe avec le traitement institué. Sans que du reste la culpabilité de l'auteur de la blessure puisse en être diminuée, il peut résulter de ces recherches une responsabilité indéniable pour le médecin traitant. Citons dans cet ordre de faits le traitement d'une fracture au moyen d'un appareil contentif trop serré, ayant provoqué par ce fait la mortification d'un membre. A moins qu'il n'y ait eu imprudence du malade, ou que la négligence ne soit imputable à la famille, il nous paraît que la responsabilité médicale ne saurait être niée. Admettons qu'un patient dont on vient de placer la jambe dans un pansement plâtré ressente au bout de quelques heures des souffrances intolérables, fait dont il est donné connaissance au médecin. Celui-ci, estimant

qu'il s'agit des souffrances que provoque fréquemment l'application d'un appareil contentif, refuse ou renvoie, malgré des demandes réitérées, de visiter son patient. Si cet état de choses entraîne une gangrène de la jambe, nous croyons qu'une recherche en responsabilité médicale est parfaitement justifiée. Seules, des circonstances majeures telles qu'un accident, une indisposition, pourront mettre relativement le médecin à couvert ; nous disons relativement parce que, même dans ces cas, il sera généralement possible de donner à la famille du blessé des conseils qui, s'ils sont suivis, permettront d'éviter la gangrène. Si ces directions ont été données, il ne saurait, quoi qu'il arrive, être question d'erreur professionnelle.

En matière d'accouchement, des faits analogues peuvent se présenter : Un médecin de campagne en course peut être appelé à enlever un placenta prævia après avoir, quelques instants auparavant, examiné et pansé une plaie septique telle qu'un carcinome rectal. N'ayant pas sur soi les solutions antiseptiques nécessaires à une désinfection minutieuse de ses doigts, il devra pratiquer une opération indispensable au risque de procurer à son opérée des accidents secondaires redoutables. Jusqu'à ce moment, tout est bien et sera bien, quoi qu'il advienne, si le médecin, appréciant exactement le devoir qui lui incombe, voue à son accouchée toute la sollicitude nécessaire pour combattre à temps les accidents sceptiques qu'il a pu provoquer. Si, malgré les renseignements inquiétants qui lui sont donnés (lochies fétides, fièvre intense), le médecin n'accourt pas au premier appel, il encourt assurément une légitime responsabilité.

La propagation des maladies contagieuses par les mem-

bres du corps médical peut, dans certaines circonstances, constituer une erreur professionnelle de traitement et entraîner, lorsque l'analyse des faits prouve qu'il y a eu imprudence ou négligence grave, une recherche en responsabilité médicale. On ne saurait cependant donner une extension abusive à cette interprétation. L'exercice de l'art médical force les médecins à visiter les personnes atteintes d'affections contagieuses. Hormis les mesures d'isolement, si difficilement admises par les populations, il n'existe pas de moyen absolu de parer à tout risque de contagion ; les médecins, comme les malades et leur entourage immédiat, peuvent être porteurs du contagion et ne peuvent guère éviter de l'être. Ils devraient donc se consacrer au traitement du malade atteint, par exemple, de variole, et renoncer à tous leurs autres patients. Ceci n'est réalisable qu'au moyen d'hospitiaux d'isolement.

Il existe cependant un certain nombre d'affections contagieuses, non épidémiques, résultant d'un contact direct, qui peuvent être le résultat d'une erreur professionnelle de traitement. Tel sera le cas d'un médecin qui pratiquera le cathétérisme d'un malade atteint de parésie vésicale avec le même instrument qui, peu d'instant auparavant et sans avoir été ensuite soigneusement désinfecté, aurait servi à examiner un urèthre atteint d'affection blennorrhagique.

Dans la même catégorie de faits, nous citerons encore le cas du médecin<sup>1</sup> qui transmet la syphilis à plusieurs clients en cathétérisant la trompe d'Eustache avec un instrument qui avait servi à pratiquer la même opération

<sup>1</sup> *Gazette hebdomadaire des hôpitaux*, 4 mars 1886.

sur un sujet manifestement atteint de syphilis de l'arrière-bouche.

Des faits analogues se sont fréquemment présentés dans la clientèle des sages-femmes.

Le traitement de la rage par la méthode Pasteur peut-il prêter à des observations du même genre? Assurément nous ne pouvons, d'aucune manière, nous associer aux attaques passionnées dont la méthode Pasteur a été l'objet de la part de quelques-uns de ses collègues de l'Académie de médecine. Nous ne suivrons pas M. le *prof. Peter*<sup>1</sup>, disant que grâce au laboratoire de la rue d'Ulin, le nombre des décès par la rage va augmentant et que l'on a, de toutes pièces, créé une maladie nouvelle, expérimentale, d'origine lapine et à laquelle plusieurs personnes vaccinées par les soins de M. Pasteur, auraient déjà succombé. Il y a dans ces attaques trop de passion et trop peu de recherches scientifiques pour que nous puissions y applaudir. Cependant la lecture des comptes-rendus des séances de l'Académie de médecine consacrées à la discussion de la vaccination antirabique ne nous a pas donné une confiance illimitée dans l'immunité, dans l'innocuité absolue de cette méthode de traitement. En voyant les chauds partisans de celui-ci, tels que M. le *prof.-docteur Grancher*<sup>2</sup>, « être tout préparé à accepter la possibilité d'un *accident*, » et dire plus loin<sup>3</sup> « *aujourd'hui* nous graduons le traitement pour chaque » malade..... Nous *espérons* ainsi parvenir à obtenir le » maximum d'effets utiles..... en faisant courir le mini-

<sup>1</sup> *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1887, nos 1, 2, 3. Séances du 4, 11 et 18 janvier 1887.

<sup>2</sup> *Bulletin* n° 2, 1887, page 31.

<sup>3</sup> *Bulletin* n° 2, 1887, page 31.

» mum de risques..... » on est bien conduit à admettre la possibilité de transmettre la rage au moyen de la vaccination antirabique. M. Dujardin-Beaupritz le reconnaît plus explicitement encore dans la séance du 11 janvier<sup>1</sup>.

« Quant à moi, je suis persuadé que la méthode de » M. Pasteur a guéri bon nombre d'enragés. Que cette méthode ait eu ses insuccès et même ses accidents, je l'accepte, etc..... »

En présence de pareils aveux, nous ne pouvons nous refuser de prêter l'oreille aux paroles de M. le *prof. Colin* (d'Alfort), dans la séance de l'Académie de médecine du 9 novembre 1886<sup>2</sup>.

« ..... Je crains ces dangers encore aujourd'hui depuis » que j'entends parler de ces vaccinations intensives, coup sur coup, avec les moelles rabiques du 3<sup>e</sup>, du 2<sup>e</sup>, du 1<sup>er</sup> jour. Si elles sont réellement actives et très actives, on ne voit pas pourquoi elles ne pourraient faire quelquefois renaître la rage, etc..... »

En faisant ces diverses citations nous ne voulons pas donner à entendre que nous sommes opposés à l'application de la découverte que nous devons au génie de M. Pasteur; nous croyons cependant que cette application ne devrait être faite qu'après que la personne qui doit en être l'objet, ou tout au moins sa famille, auront été mis au courant des dangers possibles de l'opération. De cette façon, toute recherche pour erreur professionnelle sera évitée.

Cette réserve nous est imposée par les résultats auxquels est arrivé le bactériologiste viennois A. v. Frisch dans son travail sur le traitement de la rage par la méthode dite

<sup>1</sup> *Bulletin* n° 2, pages 42 et 43.

<sup>2</sup> *Bulletin* n° 45, page 396.

intensive. Nous n'avons pu nous procurer ce travail et n'en avons eu connaissance que par un petit résumé du Dr Schnirer<sup>2</sup>, mais nous croyons devoir donner connaissance des conclusions auxquelles arrive l'auteur.

Celui-ci déclare que l'application de la méthode rapide ne s'est pas seulement montrée inefficace chez la plupart des animaux après l'infection avec la rage des rues, par voie sous-cutanée, mais encore elle a eu pour conséquence une accélération de l'éclosion de la rage chez les animaux infectés. La moelle de ces animaux a présenté dans la vaccination ultérieure sur des lapins une augmentation de virulence.

Des lapins et des chiens soumis au procédé rapide sans autre infection préalable ont été infectés avec la rage par ces injections préventives mêmes. Il s'en suit, au dire de v. Frisch, avec grande probabilité, que cette méthode doit présenter, aussi chez l'homme, des dangers sérieux.

Nous terminons cette partie en citant quelques cas d'erreurs professionnelles de traitement :

« En 1832, le docteur Thouzet-Noroy, en pratiquant une saignée à un malade ouvrit l'art. brachiale ; il en résulta un anévrysme, et ultérieurement la gangrène du membre, qui nécessita l'amputation. Le médecin fut condamné à payer au malade une indemnité de 600 francs, plus une pension viagère de 150 fr. Il faut remarquer que le jugement relevait contre lui non seulement sa maladresse, mais sa négligence dans le traitement des accidents qu'il avait occasionnés, et l'abandon dans lequel il avait ensuite laissé le malade<sup>1</sup>. »

« En 1860, X., officier de santé, appelé auprès d'un jeune garçon atteint d'une fracture du bras, appliqua un appareil trop serré ; la gan-

<sup>1</sup> Die Behandl. der Wuthkrankheit p. A. v. Frisch. Résumé de la *Semaine médicale*, 1887, page 228.

<sup>2</sup> Dr Ch. Fibert. Précis de médecine légale. 1886, page 660.

grène se déclara et entraîna la perte de la main. Bien que les experts médecins consultés ne se fussent pas prononcés d'une manière absolument affirmative sur la cause de la gangrène, X. fut condamné à payer 4000 fr. à titre de dommages-intérêts<sup>1</sup>. »

« En 1862, le docteur N. fut appelé pour un accouchement laborieux avec présentation des extrémités supérieures de l'enfant. Croyant l'enfant mort, le docteur N. procéda à l'amputation des bras. L'enfant vécut et actionna le docteur N. en dommages-intérêts. Le Tribunal, malgré les protestations de l'Académie de médecine qui avait désigné des contre-experts, adoptant l'opinion des premiers experts, condamna le docteur N., parce que rien ne prouvait que les bras fussent sphacelés, que l'impossibilité de la version n'était pas établie et que l'amputation n'était point nécessaire puisque l'urgence de terminer l'accouchement n'était pas établie<sup>2</sup>. »

« En 1873, une sage-femme atteinte d'un chancre syphilitique au doigt, communiqua la syphilis à nombre de ses clientes et par celles-ci, à leurs enfants et à leurs maris. Une plainte fut déposée, et l'accusée reconnue coupable d'homicide par imprudence (quelques enfants avaient succombé à la contagion,) et de blessures involontaires, fut condamnée à 2 ans de prison et 50 fr. d'amende<sup>3</sup>. »

Dans un cas de rétention urinaire, due à une hypertrophie de la prostate, le médecin appelé, après avoir vainement essayé de pratiquer le cathétérisme vésical, fit, dans la région périnéale, une incision de plusieurs centimètres de longueur. L'incision, qui n'intéressait que les tissus cutanés et sous-cutanés, avait pour but de produire une détente de la région, détente qui devait faciliter l'introduction du cathéter. L'insuccès fut complet, et le malade transporté à l'infirmerie de N. où le cathétérisme vésical fut couronné de succès. La rétention urinaire n'était que momentanée, et le malade eût pu quitter l'hôpital au bout de quelques jours sans la plaie périnéale dont la guérison ne fut obtenue qu'après quelques semaines. Le malade actionna son médecin en responsabilité médicale.

Le médecin fut condamné. Les experts appelés estimèrent que l'opé-

<sup>1</sup> *D<sup>r</sup> Ch. Vibert*. Loc. cit., p. 661.

<sup>2</sup> *Dubrac*. Traité de jurisprudence médicale et pharmaceutique. Paris, 1882, page 138.

<sup>3</sup> *M. Bardinet*. Ann. d'hyg. et de méd. lég. 2<sup>me</sup> série, T. XLII, 1874, p. 134.

ration faite était irrationnelle et constituait une erreur professionnelle de traitement. (Communication du Prof. Dr Emmert.)

Un médecin qui s'occupait spécialement d'opérer des goîtres sans avoir les connaissances nécessaires fit, dans un cas d'hypertrophie générale de la glande thyroïde, des injections de teinture d'iode analogues à celles que l'on pratique pour les goîtres cystiques. Il en résulta un thyroidite intense avec suppuration et sphacèle, le tout accompagné d'accès de suffocation. Le médecin chercha à diminuer l'enflure en enfonçant dans l'intérieur du goitre une aiguille à tricoter. L'état du malade empira. Ne sachant plus que faire, le médecin abandonna son malade. D'autres confrères appelés ne purent que constater l'état désespéré du patient et assister à ses derniers moments. Il mourut de septicémie. Une autopsie médico-légale fut faite par M. le prof.-Dr Emmert, professeur de médecine légale à l'Université de Berne. Ce dernier constata une infiltration purulente de la glande thyroïde, avec foyers gangréneux, le tout accompagné d'une perforation de la paroi antérieure de la trachée.

L'autorisation d'exercer l'art de guérir fut retiré au médecin coupable. Ce jugement fut basé sur ce que son opération était absolument contraire aux règles de l'art. (Communication du Prof. Dr Emmert.)

Les exemples choisis appartiennent aux différentes branches des sciences médicales : médecine interne, chirurgie et accouchement.

L'interprétation des tribunaux est très instructive. Elle montre, en effet, que, même dans les pays comme la Suisse, dans lesquels ce principe n'est, à notre connaissance, mentionné spécialement dans aucun code, la responsabilité professionnelle du corps médical existe réellement. Les peines sévères appliquées aux médecins coupables d'avoir commis des fautes graves dans l'exercice de leur art en fournit une preuve éclatante.

En terminant cette étude, bien incomplète, des erreurs professionnelles, nous nous résumons brièvement en admettant, qu'à nos yeux, la responsabilité médicale peut être invoquée plus fréquemment qu'elle ne l'est généralement. Elle le sera plus fréquemment à l'avenir, au fur et à mesure que se développeront les sciences médicales. La précision et l'exactitude qu'elles acquerront permettront de définir, croyons-nous, d'une façon plus précise ce que l'on doit envisager comme une erreur professionnelle et de déterminer plus exactement les cas où la responsabilité médicale peut ou doit être invoquée.

En attendant ce moment, assurément encore lointain, et tout en déclarant que les recherches en responsabilité nous inspirent moins de répugnance que n'en témoignent les auteurs des traités et des articles que nous avons lus, nous croyons que dans chaque cas particulier on doit apporter une grande prudence dans la marche à suivre pour établir l'existence d'une erreur professionnelle. Il faudra, dans chaque cas, rechercher le mobile de la plainte qui, fréquemment, a son origine ailleurs que dans l'erreur professionnelle supposée ou vraie. Le plaignant devra établir l'existence de cette erreur et prouver de plus qu'elle est en relation avec le dommage dont parle la partie plaignante. Le

juge recherchera si l'erreur commise est imputable au médecin ou si peut-être le malade ou son entourage, n'ayant pas fourni à ce dernier tous les éléments nécessaires à son activité, n'en sont pas les auteurs indirects. Dans cette partie de l'enquête, la conduite du malade, de son entourage, du médecin, la marche de la maladie devront être livrées à un examen méticuleux qui permettra souvent d'établir le ou les auteurs du dommage, si dommage il y a. Le médecin accusé justifiera le traitement suivi en le mettant en rapport avec les différentes phases de la maladie ; il expliquera son insuccès par le cours peut-être extraordinaire de la maladie, par la conduite du patient, par la constitution physique de ce dernier, et par l'influence que son entourage, sa position de fortune, son habitation ont pu exercer sur la marche de l'affection morbide.

De l'appréciation de ces différents facteurs, dont aucun n'échappera à l'examen, résultera pour le juge la conduite à suivre dans chaque cas particulier. Lorsqu'une erreur médicale aura réellement été commise, il faudra rechercher si, seule, elle est cause du dommage ou si peut-être quelques-uns des facteurs énumérés ci-dessus y ont coopéré et, si oui, dans quelle mesure cette coopération a eu lieu.

Lorsqu'il sera établi qu'une erreur professionnelle a été commise et qu'elle a été préjudiciable au malade, il s'agira de faire la preuve que cette erreur entraîne la responsabilité du médecin, en d'autre terme qu'elle appartient à la catégorie des fautes grossières, *culpa gravis*, et qu'elle n'est point compatible avec l'exercice consciencieux et éclairé de l'art médical ; car, comme nous avons eu plusieurs fois l'occasion de l'établir dans le cours de cette étude, la responsabilité médicale ne saurait s'appliquer aux fautes qui

ne revêtent pas le caractère de fautes grossières. Nous n'avons presque pas besoin d'ajouter que les cas douteux doivent être au bénéfice de l'accusé. C'est au plaignant qu'il incombe de faire la preuve qu'une faute grossière a été commise, et, en deuxième ligne seulement, au médecin accusé à justifier la conduite qu'il a suivie.

Grâce à toutes ces recherches, qui devront être faites avec une scrupuleuse exactitude, la culpabilité ou l'innocence du médecin pourra être établie, et, dans la première alternative, l'enquête fera peut-être découvrir des circonstances atténuantes qui diminueront la responsabilité de l'accusé.

Les médecins-experts, après avoir établi le lien qui réunit l'erreur professionnelle et l'issue fâcheuse du traitement, auront soin d'éviter des dissertations savantes sur la responsabilité médicale. Ils s'efforceront de s'en tenir au cas concret et se garderont d'aggraver l'erreur commise, ce qui pourrait aisément arriver à des médecins de mérite appelés à apprécier la conduite d'un confrère dont le bagage scientifique est modeste ou même léger.

Les médecins-experts, comme le juge, devront se souvenir qu'entre la *culpa gravis* qui tombe sous le coup de la loi et le traitement le plus scientifique peut et doit régner une latitude considérable.





13688

17

