

aurait servi l'objet porteur de l'empreinte. Ensuite elle peut être utilisée comme cliché photographique pour obtenir une image de dimensions, soit égales, soit supérieures, à celles de l'empreinte. Enfin il est facile de classer les pellicules, suivant leur numéro d'ordre, dans un meuble de dimensions réduites.

C'est un procédé simple, non coûteux, à la portée de n'importe quel enquêteur, ne demandant aucun matériel encombrant. Voyons maintenant le procédé de M. Leung.

*Procédé de M. Leung.* — C'est un procédé extrêmement original et qui commence déjà à être très connu. M. Leung utilise un produit à base de collodion.

Voici comment il s'exprime dans un article paru dans la *Revue Internationale de Criminologie* : « Après de nombreuses recherches, il m'a été permis de mettre à la disposition du Laboratoire de police technique de Lyon un liquide qui, par son emploi rapide et son prix de revient très peu élevé, permet d'obvier aux inconvénients des procédés habituels de transfert. Ce liquide, à base de collodion, d'acétate d'amyle, d'acétone et d'éther, permet de relever d'une manière parfaite les empreintes digitales découvertes sur des coffres-forts, des meubles, parquets, linoléums cirés, sur des vitres, etc., et cela sans détériorer l'objet sur lequel il est appliqué ».

La technique de l'opération est simple. On révèle toujours les empreintes latentes par les procédés ordinaires, puis on verse un peu de liquide aux endroits intéressants et de façon à les recouvrir totalement. Le liquide sèche très rapidement, en constituant une pellicule transparente. Avant que la dissécatation soit complète, on en soulève le bord avec un canif. On la saisit alors délicatement et on la détache facilement au doigt.

Il est inutile de photographier cette pellicule pour redresser l'empreinte, il suffit de l'examiner par transparence.

Les deux nouveaux procédés que nous venons d'indiquer — et particulièrement celui de M. Leung — donnent des résultats très intéressants. La simplicité des techniques et la sûreté des résultats peuvent les mettre à la portée de tout enquêteur pour le relevé d'indices aussi fragiles que les empreintes digitales.

CH. PLEINDOUX,

*Assistant au Laboratoire de police technique  
de Lyon.*

## XVI<sup>E</sup> CONGRES DE MEDECINE LEGALE DE LANGUE FRANCAISE

(PARIS, 4, 5 ET 6 MAI 1931)

*Présidence de M. le Docteur PAUL (de Paris)*

### LA RESPONSABILITE MEDICALE

*Rapporteurs : MM. DONNEDIEU DE VABRES, M. DUVOIR et Henri DESOILLE, de Paris.*

#### I

#### LES FONDEMENTS DE LA RESPONSABILITÉ

**RESPONSABILITÉ CIVILE.** — La responsabilité médicale est une responsabilité contractuelle. Etant donné l'objet particulier du contrat qui intéresse la vie et la santé de l'individu, il doit être soustrait aux règles strictes du Code civil et soumis à celles du droit naturel, ce qui explique qu'en ce qui concerne la capacité de consentir à une opération il ne soit pas tenu compte, pour les mineurs, de l'âge, et que la femme ne soit pas dans l'obligation sur ce point d'obéir à son mari.

Le médecin est responsable de ses aides et des choses qu'il a sous sa garde.

De toute façon, il faut qu'il y ait faute, qu'il y ait dommage et qu'il existe une relation de cause à effet entre la faute et le dommage. Il est important de remarquer que nulle part le Code ne précise qu'il doit s'agir de faute *lourde*. Pratiquement, elles sont seules admises parce que ce sont les plus faciles à caractériser, mais si une faute légère était précisée et définie et qu'elle ait entraîné un dommage, la responsabilité du médecin serait vraisemblablement admise par les tribunaux.

**RESPONSABILITÉ PÉNALE.** — Elle peut conduire le médecin en

correctionnelle pour coups et blessures ou pour homicide par maladresse ou négligence.

VALEUR DU CONSENTEMENT DU SUJET. — Il ne suffit pas pour légitimer l'action du médecin lorsque cette dernière est illicite ou intempestive. Sauf certaines exceptions (coma, aliéné, sujet anesthésié lorsqu'au cours d'une opération on s'aperçoit devoir modifier l'intervention prévue), le consentement du sujet est indispensable. La preuve du consentement est à la charge du médecin.

PERSONNES QUALIFIÉES POUR DONNER LE CONSENTEMENT. — Si la famille d'un blessé dans le coma ou d'un aliéné est présente, c'est à elle que le consentement sera demandé. Mais dans le cas où l'avis de la famille paraîtrait dicté par un désir d'héritage, le médecin pourra agir selon les véritables intérêts du malade. Il est alors prudent de prendre l'avis de confrères.

FEMME MARIÉE. — La femme doit être consentante et le mari ne peut imposer sa volonté. D'autre part, le consentement du mari n'est pas nécessaire lorsque la femme consciente est consentante à une opération nécessaire. Lorsque la femme est inconsciente et l'opération indispensable, le médecin peut passer outre à l'avis du mari ; il est là encore prudent de provoquer une consultation.

MINEURS. — En principe, l'autorisation des parents est nécessaire. Mais si le mineur est capable de discernement, sa volonté doit dominer celle de ses parents. Ce n'est pas l'âge de l'enfant qui compte, c'est son degré de discernement.

En dehors de l'hôpital, lorsque le médecin constate chez des parents un refus obstiné à faire soigner convenablement leur enfant, que faut-il faire ? Les rapporteurs admettent que dans les cas très graves le médecin puisse prévenir les autorités et faire intenter une action pour sévices, parce que le secret professionnel le lie au malade, c'est-à-dire à l'enfant et non à ceux qui attendent à sa vie.

ATTITUDE DU MÉDECIN DEVANT LE SUICIDE. — Les rapporteurs condamnent formellement l'euthanasie. Mais, devant des souffrances intolérables, le médecin peut prescrire un médicament susceptible d'atténuer les douleurs, même si la vie de son client court le

risque de s'en trouver réduite : il ne faut jamais désarmer devant la maladie, même au cas de mort imminente et tout mettre en oeuvre soit pour relever les forces, soit pour apaiser les souffrances.

Un individu *n'ayant pas son libre arbitre* doit être protégé contre lui-même, au besoin par la force.

Lorsqu'il s'agit d'un individu ayant son libre arbitre, par exemple un prévenu pratiquant la grève de la faim, deux thèses irréductibles s'opposent, que ne vient départager aucune jurisprudence.

L'une considère que la vie humaine appartient, non pas à l'individu, mais à la société et que le suicide est un acte antisocial. Elle admet donc qu'il faut alimenter de force.

L'autre admet bien que l'on puisse forcer à s'alimenter un condamné, parce que l'Administration pénitentiaire l'a en tutelle, mais qu'il n'en est pas ainsi lorsqu'il s'agit d'un prévenu parce qu'on n'a le droit de s'opposer à aucun de ses moyens de défense et qu'il n'y a aucune raison de ne pas suivre pour ce cas particulier les règles admises pour les individus qui refusent les opérations nécessaires. La femme enceinte qui refuse une césarienne commet également un acte antisocial ; or, il n'est pas question de la contraindre à se laisser opérer.

PROCÉDURE. — Une action peut être intentée contre le médecin : 1<sup>o</sup> *Par le client ou ses ayants droit*. Il peut s'agir : a) de poursuites correctionnelles pour blessures ou homicide ; une demande de dommages-intérêts est généralement liée à cette poursuite ; b) d'action civile. 2<sup>o</sup> *Directement par le Parquet*, la sécurité des personnes étant d'ordre public.

A noter que les héritiers du médecin peuvent être poursuivis lorsqu'il s'agit d'une dette civile.

## II

### LES LIMITES DE LA MÉDECINE

Le médecin ne jouit pas d'un privilège. L'exercice de la médecine a des limites hors desquelles la responsabilité est lourdement engagée.

LES ACTES CRIMINELS. — L'avortement criminel, la propagande anticonceptionnelle sont visés par des lois spéciales.

LES EXPÉRIENCES CRIMINELLES qui poursuivent un but purement

scientifique, sans utilité thérapeutique vis-à-vis du sujet sur lequel a lieu l'expérience, entraînent la responsabilité du médecin même lorsque le sujet était consentant.

L'EMBRYOTOMIE ET L'AVORTEMENT THÉRAPEUTIQUE. — L'état de nécessité les rend licites dans les cas où la mort de la femme est certaine, entraînant à coup sûr celle de l'enfant, puisqu'en provoquant d'une façon anticipée un événement fatal, la mort de l'enfant, on peut espérer sauver la mère.

Lié par le secret professionnel, le médecin ne doit prévenir aucun magistrat ; les magistrats n'ont aucune qualité pour recevoir une pareille déclaration, non plus que pour donner aucune autorisation. Il est bon d'appeler un confrère en consultation.

Quant à la déclaration à l'état civil, elle doit être faite comme s'il s'agissait d'un avortement spontané (ordonnance de 1888).

TRAITEMENTS ESTHÉTIQUES. — Juridiquement, lorsqu'un traitement est illicite, le consentement du client n'est pas valable, aucune clause de non-garantie ne peut jouer. Pour qu'un traitement soit licite, il faut que le risque provenant du traitement soit plus faible que le dommage à réparer, sinon le médecin commet une imprudence et l'on peut soutenir que les règles de l'art médical n'ont pas été appliquées.

Mais on ne doit pas limiter les affections auxquelles a droit de remédier la médecine. Soutenir *a priori* que les opérations purement esthétiques sont illicites entraînerait à admettre une *présomption de faute* à l'égard des chirurgiens qui les pratiquent. Cette *présomption de faute ne saurait être admise parce qu'elle est contraire à la loi* (Cour d'Appel de Paris, 12 mars 1931).

Les rapporteurs concluent que toute affection, toute difformité peut être traitée à condition de proportionner le risque à faire courir au mal que l'on veut corriger. Il n'y a là rien de spécial aux traitements esthétiques, c'est le principe fondamental de tout l'art médical. C'est aux spécialistes qu'il appartient d'apprécier chaque cas et de perfectionner leurs techniques. Malheureusement, la technique, si perfectionnée soit elle, ne met pas à l'abri des risques et des succès. On est ainsi conduit à chercher le moyen de couvrir ces risques et d'éviter les procès.

Ce moyen réside dans l'assurance des malades contractée automatiquement par la maison de santé aux frais de ceux-ci. L'objection

que la prime serait chère ne joue pas dans le cas de chirurgien esthétique, puisqu'il s'agit d'opérations de luxe. Cette assurance du malade ne saurait être considérée comme une clause de non-garantie. Elle ne supprime pas une action pénale en cas de faute lourde éventuelle, mais elle supprimerait pratiquement les procès en dommages-intérêts en cas d'insuccès ou de complications. Ce sont ces procès les plus importants.

L'homogreffe, la transfusion sanguine, la fécondation artificielle sont juridiquement étudiées.

### III

#### LES ERREURS ET LES FAUTES MÉDICALES

Les erreurs de plume, les prescriptions insuffisantes, les erreurs grossières de diagnostic ou du traitement engagent la responsabilité du médecin.

LES ACCIDENTS THÉRAPEUTIQUES. — La thérapeutique actuelle tend à employer des méthodes actives qui donnent parfois lieu à des accidents. Il n'est plus alors question d'ignorance du médecin : l'accident est directement lié à la thérapeutique instituée. *Quelles sont donc les précautions à prendre actuellement sous peine de faute ?*

Prenant d'abord en exemple et discutant les accidents des anesthésies, des arsénobenzols, des sérums, les rapporteurs arrivent à dégager des principes fondamentaux : quelle que soit l'opinion scientifiquement adoptée, l'examen général du malade préalable à tout traitement doit être d'autant plus minutieux que le traitement est plus actif : on peut préférer le chloroforme à l'éther ou inversement, on peut continuer l'arsénobenzol, malgré une légère intolérance, etc..., mais il ne faut pas que les traitements soient prescrits ou que les anesthésies soient données d'une manière automatique. Chaque cas doit être discuté. C'est à ce prix que le médecin, en cas d'accident, peut revendiquer sa liberté thérapeutique et établir qu'il n'a pas commis de faute. Faute de quoi les magistrats, sans entrer dans la discussion de doctrines scientifiques, considéreraient qu'il y a eu négligence, puisque le malade n'a pas été observé.

**DISTINCTION ENTRE LA FAUTE ET LA LIBERTÉ SCIENTIFIQUE.** — Un médecin est parfaitement en droit de ne pas suivre les enseignements officiels. Sans doute, une thérapeutique non classique risquera d'être considérée comme une faute, mais, et c'est là le point rassurant, il ne suffit pas pour engager la responsabilité de considérer qu'il y a faute, il faut démontrer d'une façon nette que cette faute a entraîné un dommage. Les rapporteurs précisent à quel point l'expert doit savoir s'élever au dessus des querelles d'école.

On a réclamé des *jurys de médecins*. Il semble qu'au contraire les magistrats et les experts professionnels soient mieux capables de s'abstraire des doctrines du moment qu'une assemblée de médecins praticiens. D'ailleurs ces jurys ne sauraient être constitués uniquement par des médecins et les représentants des clients y seraient probablement adjoints.

**MALADIES TRANSMISES INVOLONTAIREMENT.** — Plusieurs médecins ont été condamnés de ce fait.

#### IV

##### RESPONSABILITÉ DU FAIT DES AIDES ET DES CHOSES

Le médecin est responsable de ses aides, même s'il ne les a pas choisis, à condition qu'il puisse leur donner des ordres. Il n'est pas responsable de son remplaçant — à condition que celui-ci ait les inscriptions réglementaires — parce que le remplacement garde son entière liberté.

L'article 1384, relatif à la responsabilité du fait des choses serait applicable aux médecins.

#### V

##### RESPONSABILITÉ DU FAIT D'OBLIGATIONS SOCIALES

**RÉQUISITIONS.** — Le médecin n'a pas le droit de se refuser à une réquisition soit de l'autorité administrative, soit de l'autorité judiciaire.

**ÉTAT CIVIL. — Naissances.** — Le médecin doit la déclarer s'il sait que la déclaration ne sera pas faite par la famille, ou en cas

d'accouchement clandestin (en ce cas il ne donne ni le nom, ni l'adresse).

**Décès.** — Le médecin n'a pas à déclarer le décès, mais il peut être amené à le faire lorsqu'ayant pratiqué l'accouchement il s'agit d'un mort-né. En outre, dans le département de la Seine, on doit déclarer les embryons ; ceux-ci sont déposés dans un local désigné par le maire.

**MALADIES CONTAGIEUSES.** — Leur non-déclaration entraîne une amende.

**REFUS DE SE RENDRE A L'APPEL D'UN MALADE.** — Un médecin est libre d'accorder ou de refuser ses soins aux particuliers qui les réclament (s'il n'en est requis), mais sa responsabilité est engagée : a) s'il avait promis des soins et qu'il ne vient pas, sauf en cas de force majeure ; b) lorsque les soins étaient commencés ; c) lorsqu'il refuse d'appeler un consultant s'il est ultérieurement prouvé que cette abstention a nui au malade.

Le médecin peut refuser de continuer ses soins s'il ne reçoit pas un accueil conforme à sa dignité, si ses prescriptions ne sont pas exécutées, si un confrère est appelé à son insu.

La coalition de médecins contre un mauvais payeur a été condamnée par la Cour de Bourges en 1909. Les rapporteurs ne trouvent pas ce jugement admissible au point de vue juridique.

#### VI

##### DÉFENSE CONTRE LES ACTIONS EN RESPONSABILITÉ

Il faut préconiser les assurances. D'autre part, en cas d'action injustifiée de la part d'un client, le médecin doit demander des dommages-intérêts ; en ce cas, il devra démontrer la mauvaise foi du client ou son désir de nuire. Si c'est le client qui a pris l'initiative d'assigner le médecin en justice, ce dernier, défendeur au procès, formulera une *demande reconventionnelle*. Lorsqu'au contraire c'est le médecin qui, à l'occasion d'une demande en justice pour se faire payer ses honoraires, se voit contraint de défendre à une demande reconventionnelle pour prétendue faute professionnelle, il ne peut pas à son tour formuler une demande reconven-

tionnelle contre son client : « Reconvention sur reconvention ne vaut » ; mais il pourra ultérieurement engager une demande en dommages-intérêts. La juridiction répressive peut être saisie au reçu d'une lettre constituant manifestement un chantage, le médecin n'a qu'à la déposer entre les mains du Procureur de la République avec une plainte écrite ou à se constituer partie civile devant le Juge d'Instruction.

#### CONCLUSIONS

Le médecin ne possède pas en privilège le droit de faire tout ce qu'il lui plaît. La médecine a des limites qu'elle ne saurait franchir. A l'intérieur de ces limites, le médecin est responsable des fautes qu'il commet si elles entraînent un dommage, mais il faut établir la faute d'une manière indiscutable, qu'elle soit lourde ou légère. En pratique ce sont avant tout les fautes lourdes qui se révèlent indiscutables.

L'exercice du mandat médical, qui, suivant l'expression du Code civil, « soumet celui qui en est chargé à y apporter tous les soins d'un bon père de famille », est une tâche à la fois très noble et très lourde puisqu'il faut parfois prendre en mains l'intérêt d'un malade inconscient, au besoin, contre ses proches, décider pour lui, tout en acceptant la charge redoutable d'inévitables ressentiments.

Le médecin doit accepter que ses droits soient limités. Du moins, la hauteur à laquelle il peut élever la conscience de ses devoirs et de sa mission ne relève que de lui : ce doit être sa suprême satisfaction.

#### DISCUSSION

M. MAZEL (*de Lyon*), souligne l'intérêt de ce rapport qui associe heureusement et complète les unes par les autres les données du droit et les précisions de la médecine.

Il attire l'attention sur quelques données générales essentielles en pratique. La distinction entre « faute lourde » et « faute légère » n'a pas de valeur légale ; la seule affirmation qu'aucune faute lourde n'a été commise par le médecin ne suffit pas à l'exonérer de toute condamnation. Dans un cas où l'expert avait conclu que le médecin n'avait pas commis une faute lourde, le Tribunal paraît avoir traduit qu'il avait donc commis une faute légère et a accordé

des dommages-intérêts, légers eux aussi. Plutôt que la distinction, d'ailleurs souvent délicate à établir, entre « faute lourde » et « faute légère », il vaut mieux séparer nettement *l'erreur*, toujours possible dans la pratique médicale et très souvent excusable, et la *faute*, c'est-à-dire l'erreur évitable, l'erreur qui n'aurait pas été commise si le médecin avait apporté l'application et les connaissances que l'on est en droit d'attendre de tout praticien. Il s'agit là, non comme on pourrait le croire d'une question de mots, mais d'une distinction importante, car susceptible d'influer sur la décision de justice. Une expertise médicale est presque toujours nécessaire pour faire le point de départ entre l'erreur et la faute ; en raison des difficultés très spéciales qu'elle comporte, il est préférable qu'elle soit confiée à trois experts.

Mais l'existence de la faute doit être recherchée, non pas « *in abstracto* », mais « *in concreto* » : telle erreur, excusable en certaines circonstances et pour certains médecins, l'est beaucoup moins ou ne l'est plus du tout pour d'autres. La faute ne saurait être la même pour un praticien de campagne, tentant une intervention chirurgicale dans un cas d'extrême urgence avec des moyens matériels limités, et pour un chirurgien spécialisé, opérant, pour ainsi dire à tête reposée dans une clinique.

Il faut aussi retenir qu'un élément d'appréciation sera tiré par le tribunal de la proportion (ou de la disproportion) existant entre la gravité propre de l'affection (ou de l'état qui a nécessité l'intervention) et les dangers inhérents à cette intervention elle-même. C'est là l'une des raisons, non la seule, qui explique la sévérité extrême des tribunaux dans le domaine de la chirurgie esthétique.

Pour ce qui est de la défense du Corps médical vis-à-vis des actions en responsabilité, toujours plus nombreuses, l'assurance professionnelle du médecin doit être préconisée. Mais il faut aussi que soient favorablement accueillies les demandes reconventionnelles formées par les praticiens dans tous les cas où le demandeur est de mauvaise foi, dans ceux, par exemple, où l'instance engagée par lui a pour but le non-paiement des honoraires. Ces faits ne sont pas rares. Il faut aussi se rappeler que, trop souvent, une telle action trouve son point de départ dans une parole ou même dans une attestation imprudente d'un médecin vis-à-vis de la ligne de conduite antérieurement adoptée par un confrère.

M. COSTEDOAT (*de Paris*), ne pense pas que les simulateurs mili-

taires doivent être récupérés de force, c'est-à-dire qu'on puisse leur appliquer un traitement contre leur consentement. Cette question se pose et surtout s'est posée pendant la guerre, en présence de militaires qui arguent de leur état de santé pour se soustraire au danger ; la seule conduite possible est de les signaler au commandement qui prendra à leur égard les sanctions appropriées.

La responsabilité serait de même engagée si, chez un soldat atteint de troubles fonctionnels hystériques, le médecin employait, dans un but curatif, le traitement de son choix, contre la volonté de l'intéressé ; bien qu'atteint d'un trouble de l'imagination, l'hystérique a un discernement suffisant pour guérir par la simple persuasion et ne peut être considéré comme un aliéné dont on serait autorisé à négliger l'avis.

D'une manière générale, il semble douteux que, hors les cas prévus par la loi, on soit en droit d'imposer comme un ordre à un soldat tel traitement qu'il refuse en pleine connaissance de cause ; à plus forte raison, de le lui appliquer contre son consentement.

M. FRIBOURG-BLANC (*de Paris*), envisage l'attitude à adopter par le médecin militaire devant la réaction-suicide, fréquente dans l'armée. Elle doit être combattue par tous les moyens. Il convient, en effet, de fixer des limites à la liberté individuelle. La tentative de suicide, et en particulier la grève de la faim, est, chez le détenu, lorsqu'il ne s'agit pas d'un psychopathe, un procédé d'intimidation, qu'on peut assimiler à une tentative d'évasion. Or, dans les services de détenus des hôpitaux militaires, le médecin est rendu strictement responsable de toutes évasions des sujets qui lui sont confiés soit pour observation, soit pour traitement. De sévères sanctions peuvent être prises contre lui. La discipline militaire a dans ce cas, comme en beaucoup d'autres, des exigences formelles auxquelles les médecins ne peuvent que se soumettre.

M. MAZEL. — Les problèmes envisagés par M. Costedoat et par M. Fribourg-Blanc ont trait aux questions de responsabilité dans la pratique de la médecine militaire. De telles questions, déjà délicates dans la pratique de la médecine civile, sont d'une solution plus difficile encore pour nos confrères militaires, en raison de la situation assez difficile dans laquelle ils sont placés. Ils assument, en effet, successivement, parfois simultanément, le rôle d'un médecin

traitant et celui d'un médecin-conseil ou d'un médecin-contrôleur. En tant que médecin-traitant, ils sont astreints au secret professionnel ; ils en sont libérés en tant que médecin-conseil ou contrôleur. Ils peuvent donc se trouver dans des situations très embarrassantes et il paraît très difficile, sinon impossible, que l'on puisse fixer à l'avance des règles valables pour chaque cas particulier.

M. DE RECHTER (*de Bruxelles*), prétend que les incohérences des jugements prononcés par les tribunaux contre les médecins ne peuvent aboutir qu'à paralyser toute activité médicale. Bientôt, on n'osera plus pratiquer la médecine. On est puni si on omet de faire une injection antitétanique, on est puni si on en fait une qui soit suivie d'accidents sériques. L'orateur condamne la tendance des magistrats à s'attribuer une compétence en matière de médecine. Une juridiction particulière, avec un collège médical ou bien des experts, serait l'organisme le plus approprié pour juger les affaires de responsabilité médicale.

M. BALTHAZARD (*de Paris*), se refuse à admettre une pareille juridiction particulière qui serait très mal vue par le grand public. La désignation d'experts réguliers avec la possibilité d'une contre-expertise convient mieux qu'un collège médical prémanent propre à éveiller la méfiance des parties plaignantes.

M<sup>e</sup> MAURICE GARÇON (*de Paris*), parle de la chirurgie esthétique et déclare que la chirurgie cesse d'être de la chirurgie en face d'un sujet bien portant. Le chirurgien n'agit plus en qualité de médecin, son diplôme ne l'autorise pas à porter le scalpel partout où il lui plaît. Les risques qu'il assume sont les mêmes risques qu'assumerait quiconque causerait des coups et blessures à une personne par consentement mutuel.

M. DUVOIR (*de Paris*), oppose à la chirurgie esthétique proprement dite, la chirurgie réparatrice, dans les cas de plaies de la face par exemple, qu'il s'agisse de blessures de guerre ou d'accidents du travail ou de la circulation. On ne peut pas empêcher les tentatives de réparation des dommages produits.

M. MÉDAKOVITCH (*de Paris*), insite sur quelques problèmes concernant la responsabilité du médecin ou du chirurgien d'un asile

d'aliénés. A défaut du consentement de ces malades, qui dans bien des cas ne peut pas être considéré comme valable, la tradition veut que l'on demande celui de la famille. Il semble que, dans certains cas de refus injustifiés, le médecin devrait pouvoir passer outre, dans l'intérêt même du malade. Il en est ainsi, par exemple, quand la famille d'un paralytique général s'oppose au traitement de celui-ci par l'inoculation de la malaria.

M. DONNEDIEU DE VABRES insiste sur l'importance des circonstances dans chaque cas particulier, ce qui réduit beaucoup l'intérêt de la distinction entre la notion abstraite de faute lourde et celle de faute légère.

Puis, revenant à la chirurgie esthétique, il fait intervenir une comparaison entre le risque que fait courir l'opération et le but poursuivi. Une opération esthétique présente parfois un intérêt considérable, notamment au point de vue professionnel.

M. MARCEL HÉGER (*de Bruxelles*), attire l'attention sur diverses interprétations possibles de l'article du Code civil relatif à la déclaration de naissances.

M. MICHEL (*de Paris*), précise l'importance de la conscience professionnelle. Le médecin de campagne peut ignorer certaines choses, mais il sait bien où s'arrête sa science et doit appeler, si c'est nécessaire, un plus compétent que lui. Mais, en cas d'urgence, quand ce praticien aura fait tout ce qu'il pouvait, selon sa conscience, dans les mauvaises conditions où il se trouve, il semble que sa responsabilité juridique ne devrait pas être engagée.

#### LA MÉDECINE LÉGALE ET LA MÉDECINE SOCIALE DES ACCIDENTS D'AUTOMOBILE

Rapporteur : M. SIMONIN (*de Strasbourg*)

L'automobilisme modifie profondément nos mœurs. Or, nous sommes encore à la période d'adaptation de nos habitudes à ce nouveau moyen de locomotion dont l'usage raisonnable exige une discipline qui s'acquiert seulement au prix d'une expérience dou-

loureuse et onéreuse. A l'origine des chemins de fer, les mêmes phénomènes ont été observés.

Il y a donc un problème social important à étudier pour faciliter l'adaptation des individus à l'automobilisme et hâter l'agencement approprié des lois et des règlements. Les accidents d'automobile soulèvent également des problèmes juridiques complexes à propos desquels les médecins-experts sont fréquemment sollicités.

#### I. — FRÉQUENCE ET GRAVITÉ DES ACCIDENTS D'AUTOMOBILES. —

Il y a lieu de distinguer les chiffres absolus et les valeurs relatives.

Les chiffres absolus sont impressionnants puisqu'ils croissent rapidement d'année en année, dans tous les pays. En France, en 1930, plus de 3000 personnes ont été tuées en circulant et les blessés ont été 40 fois plus nombreux. Il arrive actuellement que le nombre des accidents mortels d'automobiles dépasse celui des morts dues à la fièvre typhoïde ou à la diphtérie ou à la rougeole. Ainsi, l'automobile est un agent homicide plus dangereux que le bacille d'Eberth et le bacille de Loëffler ; les agents physiques tendent donc à prendre la place des agents microbiens parmi les causes de mortalité.

Toutefois, pour avoir une idée exacte du péril automobile, il faut rechercher les *valeurs relatives* qui tiennent compte de deux facteurs : du nombre des véhicules en circulation et de la population. L'auteur établit ainsi ce qu'il appelle le *coefficient d'adaptation sociale à la locomotion automobile* :

Si l'on appelle ce coefficient C, on l'obtient en divisant le nombre de véhicules automobiles, V, au carré, soit V<sup>2</sup>, par le nombre d'accidents mortels, A, multiplié par le nombre d'habitants, H, selon la formule suivante :

$$C = \frac{V^2}{A \times H}$$

L'examen comparatif des diverses statistiques indique que la France est le pays le moins atteint par le péril de la locomotion automobile à laquelle nous paraissions nous adapter plus rapidement que les autres peuples.

#### II. — LES BASES LÉGALES DES POURSUITES JUDICIAIRES. — Le rap-

porteur examine rapidement les deux sortes de responsabilités mises en jeu par l'accident d'automobile. Il indique le revirement qui s'est produit dans la jurisprudence consacrée par un arrêt solennel des Chambres réunies de la Cour de Cassation du 13 février 1930, puis il étudie plus spécialement le cas complexe de l'écrasement successif d'un piéton par deux automobiles, cas où l'expertise médico-légale prend une importance capitale.

III. — LES FORMES MÉDICO-LÉGALES DES ÉCRASEMENTS PAR AUTOMOBILE. — Si les écrasements accidentels sont les plus fréquents, il faut savoir que, dans certains cas, l'automobile peut servir au suicide, à l'homicide, ou bien l'accident peut être simulé pour masquer un homicide ; ou bien encore l'écrasement est dissimulé par son auteur qui cherche à échapper aux conséquences judiciaires d'un homicide involontaire. Plusieurs exemples illustrent chacun de ces types.

IV. — L'ORIGINE ET LES CAUSES DES ACCIDENTS. — Les statistiques donnent des indications beaucoup plus sur les *causes apparentes* que sur les conditions véritables des accidents. Elles nous enseignent qu'en moyenne 48 pour cent des accidents proviennent de la faute des conducteurs et 46 pour cent, de celle des victimes. Elles indiquent aussi qu'ils résultent parfois des défauts de la route ou des défauts du véhicule.

Les accidents imputables aux conducteurs peuvent toujours se rattacher à l'une des quatre catégories suivantes : imprudence, inexpérience, infirmités psychiques ou physiques, intempérance. Le rapporteur insiste surtout sur l'une des formes de l'imprudence : l'excès de vitesse. Il démontre que les réactions psycho-motrices ne permettent pas au chauffeur d'arrêter instantanément son véhicule. Il n'est donc pas absolument « maître de sa vitesse ». Les distances minima d'arrêt sont proportionnelles à la vitesse de l'automobile. La distraction, l'émotivité, la nervosité, la témérité, l'inattention sont encore des facteurs d'accidents. L'auteur rapporte de nombreux exemples d'accidents dus à des états pathologiques ou à l'intempérance.

Les *piétons* portent, dans un certain nombre de cas, la responsabilité de l'accident. Ceux qui s'exposent le plus aux dangers de la circulation se signalent par l'inattention, l'insouciance, ou l'af-folement, l'hésitation en traversant une rue ou l'ignorance des règles

de la circulation. Ce sont toujours les mêmes qui se font écraser : vieillards, infirmes, enfants, campagnards, savants, ivrognes.

V. — LE MÉCANISME DES ACCIDENTS. — Les accidents d'automobile présentent une très grande variété.

La collision d'une automobile avec un autre véhicule ou contre un obstacle provoque des blessures occasionnées surtout par l'arrêt brusque de la voiture qui projette le chauffeur contre le volant et les voyageurs contre les vitres.

L'écrasement d'un piéton s'opère généralement en trois temps, car le sujet est le plus souvent surpris debout : il y a d'abord tamponnement, puis chute ou projection, enfin franchissement et quelquefois aussi traînage.

VI. — CARACTÈRES ANATOMO-PATHOLOGIQUES DES LÉSIONS. — Par leur fréquence et par leurs particularités étiologiques en rapport avec telle ou telle phase de l'accident, les lésions observées dans les accidents de la route présentent un grand intérêt médico-légal.

1<sup>o</sup> *Les lésions de tamponnement* siègent au point d'application du choc sur les jambes, les cuisses, les hanches, les lombes, et consistent en ecchymoses, plaies contuses, fractures directes, lésions dont l'aspect et l'importance sont en rapport avec la forme de l'agent percutant (phare, pare-choc, pare-boue, marchepied, radiateur) et avec la violence du traumatisme.

2<sup>o</sup> *Les lésions de chute ou de projection* se groupent en lésions superficielles, généralement bénignes, et en lésions crâniennes, souvent mortelles qui font de la chute un des temps les plus redoutables de l'accident. Les lésions superficielles se rencontrent aux parties saillantes du corps sur lesquelles se produit la chute sur le sol : épaule, coude, genou, mains, etc... et se présentent sous l'aspect d'ecchymoses, d'érosions et d'excoriations rugueuses produites par le gravier. Dans les projections brutales du corps à terre, la tête vient frapper le sol avec violence ; il en résulte une contusion ecchymotique du cuir chevelu, une suffusion épicienne et souvent une ou plusieurs fissures du crâne irradiés à la base avec hémorragie méningée et foyers de contusion cérébrale de cause directe ou par contre-coup.

3<sup>o</sup> *Les lésions de franchissement*, dues au passage du véhicule



sur le corps, sont essentiellement caractérisées par la disproportion entre les lésions externes, presque toujours insignifiantes, et les dégâts internes, considérables : broiements osseux, déchirures, ruptures, et éclatements viscéraux. Une des lésions tégumentaires des plus typiques est la plaque parcheminée striée qui présente des caractères histologiques bien différenciés ; très particuliers aussi sont les décollements sous-cutanés, avec poches sanguines ou séro-sanguinolentes ; on note aussi parfois l'arrachement des fibres musculaires des fessiers, les lésions profondes diffèrent suivant la région du corps franchie par le véhicule, c'est-à-dire, suivant que le franchissement est céphalique, thoracique, dorsal, ventral, oblique, ou longitudinal.

4<sup>o</sup> *Le traînage* peut produire aussi des lésions par usure des téguments et des surfaces osseuses par frottement sur le sol.

Sont décrites aussi les blessures particulières aux collisions d'automobiles, blessures dues surtout aux éclats de vitre.

VII. — L'EXPERTISE MÉDICO-LÉGALE DANS LES ACCIDENTS D'AUTOMOBILES. — La contribution médico-légale peut apporter aux tribunaux un concours précieux.

Dans les cas d'*accidents mortels* simples, les éléments d'appréciation fournis par l'expertise contribuent : 1<sup>o</sup> à déterminer si la mort, qu'elle soit immédiate ou tardive, est la conséquence de l'accident ; 2<sup>o</sup> à reconstituer les circonstances et les phases de l'accident ; 3<sup>o</sup> à alléger ou à aggraver la responsabilité du conducteur ou de la victime (infirmités exposant aux dangers de l'écrasement, état pathologique modifiant l'évolution des plaies, affection mortelle préexistante, état d'ivresse, etc...). Certaines causes de mort (hémorragies cérébrales, complications pulmonaires des traumatismes du crâne, embolie graisseuse, méningo-encéphalite traumatique, état pathologique antérieur à l'accident, etc...) doivent être recherchées et interprétées judicieusement. De même, l'interprétation des lésions de tamponnement, de chute, de franchissement, de traînage de la victime, permet dans nombre de cas de reconstituer les circonstances d'un accident.

Dans le cas d'*écrasement compliqué de délit de fuite*, l'expertise est encore plus ardue, mais la mise en œuvre de toute une série de recherches et d'épreuves (empreintes laissées sur la route, débris abandonnés par la voiture, traces qu'elle a arrachées à la victime ou

qu'elle a prises à la route) aboutit fréquemment à l'identification du véhicule homicide et à l'arrestation du coupable.

VIII. — LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS. — Les mesures préventives doivent s'adresser aux individus plus qu'aux choses. Les unes présentant un caractère médical, car elles ont pour objectif d'interdire la pratique de l'automobile aux personnes qui y sont physiquement ou psychiquement inaptes. Les autres visent à faciliter l'adaptation des individus à la circulation routière.

Le rapporteur étudie longuement les bases de la sélection médicale des chauffeurs et envisage successivement les conditions visuelles et auditives, les incapacités pour infirmités locomotrices, les causes psychiques et nerveuses d'inaptitude, les exclusions dues à certains état pathologiques et, enfin, les qualités psychomotrices requises pour diriger une automobile avec sécurité. En ce qui concerne l'acuité visuelle ou auditive minimum pour conduire une auto, M. Simonin relève le caractère arbitraire de son évaluation et place sur le terrain expérimental le problème qui se pose ainsi : Quelle est l'acuité visuelle ou auditive nécessaire à un conducteur pour lui permettre de voir un obstacle ou d'entendre un signal suffisamment à temps pour arrêter sa voiture, si besoin est, sans accident ? Or, la distance minimum d'arrêt d'un véhicule est proportionnelle à la vitesse de celui-ci : à 80 kilomètres à l'heure, elle est de 35 mètres. Telle devrait donc être la distance minimum de vision ou d'audition d'un chauffeur, mais il faut tenir compte encore d'une « marge de sécurité » pour parer au cas où l'obstacle est également mobile et se dirige en sens contraire du véhicule.

Comment organiser maintenant la sélection médicale des chauffeurs ? Trois systèmes se trouvent en présence : a) *l'examen préventif obligatoire*, très sévère en Allemagne, n'y a pas fait ses preuves. D'autres considérations (organisation médicale spéciale, périodicité indispensable, dépenses élevées, etc...) le rendent impraticable ; b) *le système de l'incapacité légale et de la responsabilité pénale du conducteur inapte*, qui consiste à interdire par une loi la pratique de l'automobile aux individus porteurs de certaines tare physiques ou de maladies expressément dénoncées comme dangereuses pour la sécurité publique, en raison des accidents qu'elles peuvent occasionner, comporte aussi des inconvénients dont le principal est la difficulté de faire la preuve de la relation directe et certaine de cause à effet entre l'infirmité et l'accident ; c) c'est

le troisième système qui paraît le plus acceptable : *le retrait médical* du permis de conduire. Il repose sur deux principes : 1<sup>o</sup> Sévérité de la sélection médicale proportionnelle à la responsabilité professionnelle du chauffeur : les conducteurs professionnels étant soumis à un examen médical préventif et périodique ; 2<sup>o</sup> L'élimination naturelle par le retrait du permis de conduire, sanctionnée par un examen médical subi après un accident, des conducteurs qui font ainsi la preuve expérimentale de leur inaptitude physique et psychique ; exclusion aussi des nombreux récidivistes de l'accident. Ce mode de sélection n'agit pas trop tard, car les accidents matériels sont 40 fois plus fréquents que les accidents de personnes.

Enfin, lorsqu'un chauffeur est suspect d'intoxication alcoolique, l'état d'ivresse doit être systématiquement recherché et établi médicalement.

La menace de retrait du permis, soit pour cause d'inaptitude psychique, soit pour récurrence d'accidents, soit pour ivresse, planerait sur tous les automobilistes et serait capable d'assagir les plus téméraires.

Les mesures administratives de sécurité ont pour but d'exiger des automobilistes la compétence (permis de conduire), la discipline (organisation de la police routière), la prudence (limitation de la vitesse) et de former l'éducation des piétons (éducation morale et psychologique de tous les usagers).

Le rapporteur termine son exposé par l'énumération rapide des diverses mesures de sécurité qui sont préconisées.

Et il conclut en disant que de longs et patients efforts sont encore nécessaires pour faciliter l'adaptation de la collectivité à l'automobilisme, facteur de progrès et de richesse dont on ne saurait amoindrir l'essor sans porter atteinte aux intérêts vitaux du pays.

#### DISCUSSION.

M. COUTELA (*de Paris*), estime que la réglementation médicale, indispensable pour les conducteurs professionnels (transports en commun et par camions), devrait être généralisée, mais il fait remarquer, d'une part, que les statistiques signalées montrent la fréquence aussi grande des accidents dans tous les pays (réglementés ou non) et, d'autre part, qu'un grand nombre d'amétropes à vision très faible, insoucieux, volontairement ou non, de toute correction, conduisent des automobiles sans avoir le moindre accident. Il y

a donc surtout lieu de tenir compte de facteurs psychologiques divers, de ce qu'on a appelé « le sens de la route », etc...

Il signale l'erreur à laquelle donne lieu « l'acuité visuelle totalisée », addition des fractions d'acuité visuelle, manifestement fautive en clinique : une telle expression gagnerait à être supprimée.

Prendre comme base les conditions exigées des mécaniciens de locomotives doit être abandonné.

La notion du champ visuel est plus important encore que celle de l'acuité visuelle centrale. Celle-ci, quoi qu'on ait pu dire, ne se modifie nullement avec l'extrême vitesse du véhicule. Le sens lumineux est d'extrême importance, mais pratiquement combien difficile à évaluer à l'heure crépusculaire ; l'expérience démontre que les examens périodiques sont de première nécessité.

En ce qui concerne les borgnes, il y a lieu de considérer : le champ visuel qui est largement suffisant pour percevoir en temps voulu la largeur de la route et ses à-côtés, le degré de vision centrale, toujours un peu moindre avec un seul œil qu'avec les deux (notion classique journalièrement confirmée), l'appréciation des distances qui, affaire d'éducation et d'expérience, peut se trouver plus ou moins vite réalisée à la longue chez beaucoup de sujets (fait bien connu depuis longtemps), et la perte du contrôle donné par la double visée ; enfin, la possibilité, pour le borgne, de recevoir un corps étranger (moustiques) dans l'œil.

Ces trois derniers points de vue étant discutés, le borgne pourrait être admis à conduire, mais réhabiliter le borgne, en admettant son aptitude à la conduite automobile, ne saurait diminuer en rien l'incapacité professionnelle évidente qui résulte d'une telle infirmité : c'est là un problème complètement différent.

MM. LECLERCQ et MULLER (*de Lille*), rapportent un certain nombre d'observations d'accidents d'automobiles. Ils insistent sur le diagnostic de l'ivresse des victimes, et souhaitent qu'on puisse aussi le pratiquer sur les conducteurs par le dosage de l'alcool dans les urines. Puis, ils signalent les difficultés du diagnostic des lésions par choc direct et par chute, d'après leurs caractères anatomo-pathologiques, tant externes qu'internes. Ils insistent aussi sur la possibilité des manifestations nerveuses et psychiques post-traumatiques. Ils étudient, enfin, les mesures à prendre pour éviter les accidents d'auto-cars, si graves, et terminent par quelques mots sur la sélection médicale des chauffeurs.

M. DUVOIR attire l'attention sur les avortements qui se produisent à la suite d'un accident, et qui peuvent être attribués soit à la contusion, soit à l'émotion même. Il en rapporte un certain nombre de cas et étudie l'évaluation des diverses invalidités et incapacités temporaires. Il signale aussi le danger de rencontrer des familles qui cherchent à tirer tous les avantages possibles d'un tel accident.

M. BALTHAZARD indique les règles précises qui permettent de rattacher l'avortement à l'accident et signale la tendance actuelle à admettre les avortements consécutifs à une émotion.

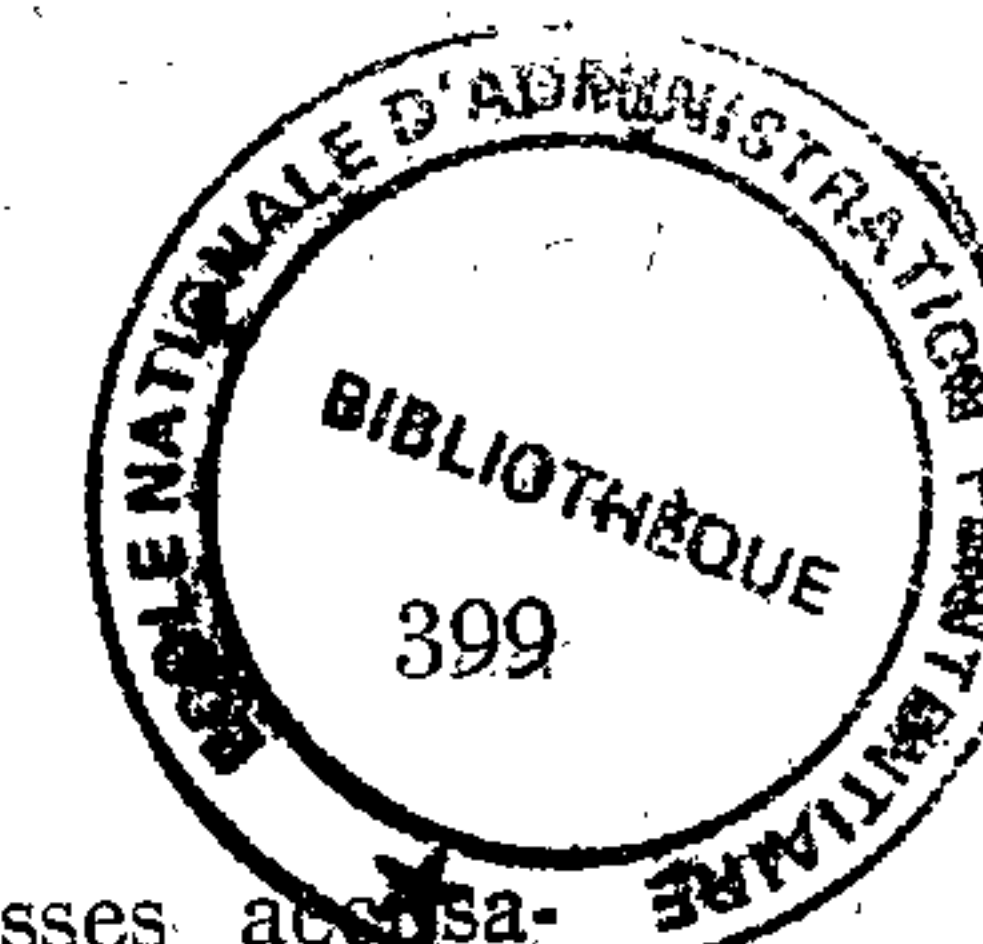
M. Etienne MARTIN (*de Lyon*), étudie plus particulièrement les lésions du crâne, à la suite des accidents d'automobile. Il obtient ainsi de grandes précisions sur le mécanisme même de l'accident.

M. PATRY insiste plus particulièrement au point de vue ophtalmologique sur la sélection médicale des conducteurs, tout au moins professionnels, mais il fait remarquer que ce sont les gens les moins sûrs d'eux-mêmes qui conduisent avec le plus de prudence.

M. DE CLÉRAMBAULT (*de Paris*), expose les conditions dans lesquelles se fait le retrait médical du permis de conduire chez les différentes catégories de psychopathes, qu'il s'agisse d'épileptiques, de toxicomanes, d'hallucinés ou d'individus anormalement émotifs.

M. DERVIEUX (*de Paris*), insiste sur le rôle passif joué par l'automobile, dans le cas où la victime de l'accident, en général un motocycliste, vient se jeter contre la voiture. L'autopsie fournit souvent alors de précieux renseignements, en permettant, d'après le siège des lésions traumatiques, de dégager complètement la responsabilité de l'automobiliste au détriment de celle de la victime.

M. P. SCHIFF et TRELLES (*de Paris*), rapportent l'observation d'un malade chez lequel s'est progressivement développé, après un traumatisme crânien par accident d'automobile, un syndrome d'hyperostose frontale interne (syndrome de Stewart-Morel) avec image radiologique caractéristique, hypercalcémie, obésité, troubles psychiques. Les auteurs discutent la pathologie, probablement infundibulo-tuberienne, des troubles et leurs conséquences médico-légales.



M. FORTIN (*de Niort*), signale le danger des fausses accusations portées par les témoins d'un accident, contre l'automobiliste qui s'arrête pour porter secours aux victimes, alors que l'auteur de l'accident a pris la fuite.

Enfin, sur la proposition de MM. DUFOUR (*de Marseille*), et PIÉTRI (*de Nice*), le Congrès émet, à l'unanimité, le vœu que, dans tous les cas d'accidents mortels d'automobile, l'autopsie soit obligatoirement pratiquée. L'autopsie précoce est, en effet, indispensable pour établir la condition corporelle antérieure de la victime (ivresse, tares physiques diminuant sa valeur sociale), mais aussi le mécanisme même de l'accident. Elle permet ainsi de déterminer les responsabilités réciproques du chauffeur et de la victime.

## L'APPENDICITE TRAUMATIQUE

Rapporteur : M. WIART (*de Paris*).

Pour que l'on puisse admettre l'origine traumatique d'une appendicite, la réunion de trois facteurs est nécessaire :

- 1° Un traumatisme causal.
- 2° Des lésions traumatiques de l'appendice.
- 3° Une inflammation de l'appendice, suite et conséquence des lésions traumatiques qui l'ont atteint.

*Le trauma initial* peut agir directement ou indirectement.

*Le trauma doit atteindre et léser l'appendice.*

Deux cas très différents sont alors à envisager :

*Si l'appendice est sain*, il faut, pour qu'il soit atteint directement par une contusion abdominale, que le corps contondant ait un certain volume, au moins le volume du poing, et que la contusion soit violente. Certaines dispositions anatomiques peuvent, d'ailleurs, favoriser la lésion, qu'il s'agisse de la situation même de l'appendice ou de diverses dispositions du méso-appendice. Le mécanisme de production le plus fréquent des lésions indirectes est l'exagération brusque et considérable de la pression intra-abdominale. L'abdomen est, en effet, un espace clos rempli de liquide et de gaz où toute pression se propage dans toutes les directions d'une façon égale.

Mais l'appendice peut aussi être déjà *pathologique*, soit qu'il s'agisse d'un appendice libre, mais rempli de pus ou de mucopus

infecté, d'un appendice adhérent et fixé, d'un appendice calculeux ou bien encore d'une appendicite avec abcès latent. L'éclatement et la perforation par le traumatisme d'un tel appendice sont alors grandement favorisés.

*La lésion traumatique appendiculaire doit être l'origine et la cause déterminante d'une inflammation vraie d'une maladie infectieuse de l'appendice.* — Il en existe, tant en France qu'à l'étranger, quelques observations indiscutables que l'auteur rapporte. Mais il a dépouillé avec autant de soin un certain nombre de cas d'appendicite, d'origine soi-disant traumatique, où aucune trace, aucun reliquat du trauma incriminé ne se retrouve à l'examen de l'appendice, où celui-ci ne présente que les seules lésions macroscopiques et microscopiques de l'inflammation aiguë banale.

La question a une grosse importance médico-légale, puisque la responsabilité du traumatisme — si elle est admise — confère au blessé le droit à l'indemnisation de la crise appendiculaire et de toutes ses conséquences.

De l'exposé de son rapport, l'auteur tire les quatre conclusions suivantes :

1<sup>o</sup> La majorité des soi-disant appendicites traumatiques graves rentrent dans le cadre des contusions de l'abdomen, dont elles présentent les manifestations cliniques, entraînant les mêmes complications et comportant le même pronostic.

2<sup>o</sup> Il existe quelques cas, très rares, mais incontestables, d'appendicite traumatique aiguë primitive vraie, survenue sur un appendice sain. La lésion traumatique, trop légère pour déterminer des accidents immédiats, s'est compliquée de lésions inflammatoires typiques.

3<sup>o</sup> On peut voir aussi des appendicites traumatiques « secondaires » ou à « manifestations retardées », aiguës ou chroniques, survenant sur un appendice sain, mais leur existence ne doit être acceptée qu'après enquête sur les antécédents du patient et l'histoire de l'accident incriminé, corroborée par des constatations opératoires et microscopiques.

4<sup>o</sup> Le réveil traumatique, le passage à l'état aigu d'une inflammation chronique assoupie, est une éventualité possible. Le délai d'apparition des premiers symptômes ne doit pas alors dépasser 48 heures.

De ces conclusions découlent quelques considérations médico-lé-

gales. Pour chacune des quatre variétés de lésions étudiées ci-dessus, l'auteur envisage successivement le cas où il s'agit d'un accident de travail et celui où il s'agit d'un accident de droit commun. Dans le premier cas, on ne tient pas compte des prédispositions morbides et des lésions latentes. Dans le second cas, l'état antérieur doit être pris en considération et les responsabilités doivent être partagées au prorata des lésions antérieures, d'une part, et des effets nocifs du traumatisme, d'autre part.

#### DISCUSSION.

M. J. LECLERCQ (*de Lille*), signale qu'il a eu l'occasion de rassembler, tant en clientèle qu'en pratique médico-légale, quinze observations dans lesquelles il a pu attribuer à un traumatisme, soit le réveil d'une appendicite demeurée latente après une ou plusieurs crises antérieures, soit l'éclosion d'une première poussée inflammatoire de l'appendice. Il étudie surtout la pathogénie de ces appendicites traumatiques, et il rapporte deux observations qui lui ont permis de constater que l'appendice, malgré ses caractères et sa position anatomique, peut être directement intéressé par un choc direct. Dans la seconde observation, il montre qu'il ne s'agit pas seulement d'une simple contusion de l'organe, mais d'une infection appendiculaire consécutive à cette contusion. Ces observations sont de nature à éclaircir la genèse de certaines appendicites traumatiques par choc direct.

M. BALTHAZARD insiste sur la différence entre l'accident du travail et l'accident de droit commun. Mais il montre aussi la difficulté que l'on rencontre à faire la part de l'état antérieur et du traumatisme dans le développement d'une affection ultérieure, qu'il s'agisse d'une appendicite ou d'une affection syphilitique ou tuberculeuse.

M. DUVOIR fait observer que l'état antérieur diminue la durée probable de la vie du sujet et, par conséquent, sa valeur sociale et l'indemnité qui lui est due en cas d'affection d'origine traumatique.

M. OLIVIER rapproche des cas d'appendicite traumatique une observation de diabète consécutive à un accident du travail, et qui a donné lieu à des contestations.

M. SAUTERAUD signale l'importance du siège et de la forme de l'appendice, en particulier de sa torsion, dans le développement des appendicites consécutives à un traumatisme. La torsion pourrait être due dans certains cas à l'accident lui-même.

### LES CRIMES PASSIONNELS (L'HOMICIDE PASSIONNEL)

Rapporteur : M. LÉVY-VALENSI (*de Paris*)

La justice moderne a substitué, en matière de pénalité, la notion *utilitaire* de défense à la notion métaphysique de *châtiment*. La Société ne punit point, ne se venge point, elle se défend, et la peine agit par *élimination, amendement, exemple*.

Une telle conception de la justice fait moins impérieuse la notion de responsabilité invoquée par les magistrats, repoussée par la plupart des médecins-légistes à la suite de Gilbert Ballet.

En matière de crime passionnel pur, l'élimination, l'amendement sont peu importants, la récidive étant exceptionnelle, bien que signalée. Reste l'exemple : le rapporteur, à l'encontre de quelques-uns, croit fermement à l'efficacité de la peine pour enrayer le développement d'une criminalité essentiellement contagieuse.

Les facteurs essentiels du crime passionnel sont :

1<sup>o</sup> L'opinion publique éduquée par la presse, la littérature, le roman ; le sensualisme et le romantisme ont, en l'espèce, joué un rôle néfaste. Il en est résulté une notion exagérée des droits de l'amour et une sorte de réprobation contre ceux qui y mettent obstacle : pères, époux, etc... Le ridicule dont on accable le mari trompé depuis Brantôme, Boccace, La Fontaine et Molière rend ces auteurs responsables d'un certain nombre de drames passionnels.

2<sup>o</sup> La facilité pour le passionnel de se procurer l'arme du meurtre.

3<sup>o</sup> L'indulgence scandaleuse du jury, institution contre laquelle s'élève le rapporteur, et, en particulier, ce droit qu'a le tribunal populaire de déclarer non coupable le meurtrier qui avoue ou sur la culpabilité duquel aucun doute ne peut planer.

L'auteur est partisan de la peine lourde ; il a pris pour épigraphe de son rapport ces deux articles du nouveau Code pénal italien : ART. 574 : *Quiconque a causé la mort d'un homme est puni d'une peine qui ne saurait être inférieure à 21 années de réclusions.* — ART. 93 : *Les états émotifs et passionnels n'excluent, ni*

*ne diminuent l'imputabilité.* La seule faveur que l'auteur veut bien concéder aux criminels passionnels est un régime spécial leur épargnant la promiscuité avec les criminels de droit commun.

L'auteur n'accepte pas de limiter le crime passionnel, selon la conception populaire, aux drames de l'amour. Pour lui, est passionnel tout crime où l'élément cupide fait défaut ou n'est pas exclusif. Parmi les crimes passionnels, il retient seulement les plus importants : l'homicide politique, l'homicide d'amour, l'homicide de haine.

Au point de vue médico-légal psychiatrique, le rapporteur distingue dans l'article 64 du Code pénal : la *contrainte*, la *démence*.

La contrainte, au sens juridique du terme, s'applique à une force extérieure, morale ou psychique, mais, à la rigueur, elle pourrait indiquer la *force irrésistible* invoquée par tous les passionnels. Le rapporteur, contrairement à la plupart des auteurs, ne croit pas à l'irrésistibilité de l'acte meurtrier passionnel, et il conclut avec Galien : « On ne peut pas sur le champ devenir un homme doux, mais on peut comprimer l'incongruité de la passion. » On ne peut s'empêcher d'aimer ou de haïr, on peut s'empêcher de tuer parce que l'on aime, de tuer parce que l'on hait. D'ailleurs, ou cette prétendue force irrésistible est pathologique, et elle est de la démence, ou elle est d'ordre psychologique et le médecin-expert, s'il peut à la rigueur la signaler aux jurés, ne saurait en faire état dans ses conclusions.

Le crime passionnel est le plus souvent *prémédité* ; la période de préméditation courte est occupée par des hésitations légitimes ; le meurtrier s'acharne sur sa victime ; après le crime, il est parfois obnubilé, souvent soulagé, surtout quand il s'agit d'altruisme ou de haine. Les regrets se voient assez souvent dans les crimes d'amour, le suicide ou la tentative dans 30 % des cas.

Le criminel passionnel est théoriquement, avant le crime, un homme normal. En réalité, le plus souvent, il s'agit de déséquilibres et avant tout d'hyperémotifs.

L'auteur apporte de nombreuses observations de crimes politiques, d'amour, de jalousie et de haine. Quelques-unes concernent les procès célèbres. A propos de chaque variété, il en dégage la caractéristique, faisant appel à la littérature et à l'histoire. Il fait aussi allusion aux *crimes émotifs* (colère, peur).

L'auteur arrive ainsi à ce qui fait l'objet de son rapport, le diagnostic entre le *crime passionnel pur* et le *crime du délirant*

*passionnel*, diagnostic qui présente parfois des difficultés insurmontables.

Le rapporteur rappelle les discussions de la Société médico-psychologique (1926-1927) et de la Société de médecine mentale de Belgique (1930). Il résulte de ces discussions l'attribution au délirant passionnel des caractères distinctifs suivants : constitution paranoïaque, idée délirante inconstante, monstruosité du grief allégué, disproportion entre le mobile invoqué et la réaction, monodéisme, état obsédant. L'auteur insiste, après le Professeur Claude, sur cet *état obsédant* intégré dans la personnalité du sujet, non parasitaire par conséquent, commun d'ailleurs au passionnel et au délirant passionnel, mais il croit que c'est surtout chez ce dernier, et non toujours, d'ailleurs, que sur un état obsédant se greffe l'impulsion-obsession du meurtre. C'est cette tendance impulsive qui explique la longue période de préméditation avec *lutte anxieuse* et le *soulagement* après le crime. Il est vrai que le Professeur Claude signale ce soulagement après le crime passionnel pur.

L'auteur appuie son opinion sur cinq faits empruntés à l'histoire et oppose les *délirants* Ravailiac, Damiens, Louvel, aux *passionnels* Charlotte Corday, Raoul Villain. Le diagnostic est particulièrement difficile dans les formes que l'auteur appelle *mitoyennes*, état passionnel pur chez un paranoïaque par exemple ; un paranoïaque ne doit pas nécessairement être considéré comme irresponsable ; la constitution paranoïaque commence à un caractère pour aboutir à un délire ; le médecin-expert aura à apprécier à quel degré se trouve l'inculpé.

Le délirant passionnel a sa place marquée à l'asile. Devra-t-il y demeurer jusqu'à la fin de ses jours selon le vœu de Christian ? Ce sont là cas d'espèce, mais le médecin aliéniste devra là faire preuve d'une prudence exagérée.

Les passionnels purs vont en prison. Peut-être là ces derniers pourraient-ils trouver place dans les asiles-prisons. Le rapporteur, à ce propos, rappelle en quelques lignes le système pénitentiaire belge.

La prophylaxie du crime passionnel doit, avant tout, être *pénale*, puis *sociale* : rééducation de l'opinion, limitation de la vente des armes à feu, *médicale* enfin : internement préventif des passionnels estimés dangereux.

## DISCUSSION

M. HEUYER (*de Paris*) n'admet pas le crime passionnel politique. Seuls les crimes d'amour, de jalousie sont de vrais crimes passionnels. Le médecin n'a pas à se prononcer sur l'acte criminel même ; seul le criminel est de sa compétence. Le passionnel pur ne récidive pas. La prophylaxie du crime par la collaboration du commissaire de police et du médecin serait souvent très efficace.

M. DIDE (*de Toulouse*) estime que le crime passionnel est parfois une expression outrée de l'égoïsme basé sur la vanité et l'exagération de la personnalité ; il traduit alors l'inadaptation de l'individu aux nécessités de la vie collective.

M. CLAUDE (*de Paris*) précise le rôle exact du médecin légiste au cours d'une instruction judiciaire.

M. DE CLÉRAMBAULT pense que ce n'est pas l'amour qui tue : les crimes d'amour sont des crimes d'orgueil. Le passionnel récidive ; le nier, c'est tirer argument de l'insuffisance de nos moyens d'information ultérieure. Ainsi les érotomanes récidivent toujours ; les mêmes ressorts donnent les mêmes détentes. L'auteur condamne l'institution du jury.

M. CEILLIER (*de Paris*) cherche à réhabiliter la passion qui, même dans la haine, a sa beauté ! La passion, comme l'émotion, est physiologique, elle est une fonction vitale ; elle ne se corrompt que par l'intrication vicieuse d'une idée fautive, donc d'un élément étranger à sa nature même. L'amour ne tue pas ; ce sont les amoureux forts et sains qui tuent le moins ; la passion ne devient dangereuse que pour un être faible ou un orgueilleux, à moins que le sujet ne soit atteint d'une tare mentale.

M. POROT (*d'Alger*) étudie, au point de vue médico-légal, les réactions criminelles entraînées par le xénophobie, dans les colonies, et en apporte deux observations personnelles.

## COMMUNICATIONS

## TRAUMATISMES ET OSTÉOSARCOMES

M. BALTHAZARD présente deux observations de soi-disant sarcomes consécutifs à des traumatismes. Dans les deux cas, l'inexis-

tence du sarcome a pu être prouvée par la radiographie et l'examen histologique.

M. LECLERCQ rapporte à ce sujet un cas de métastase de tumeur thyroïdienne localisée sur une fracture du fémur.

M. MAUCLAIRE (*de Paris*) insiste sur les tumeurs primitives développées sur cal osseux, mais demande une extrême prudence dans l'interprétation des tumeurs malignes traumatiques précoces.

M. BALTHAZARD rapporte alors plusieurs autres cas de « sarcomes traumatiques » qui se sont avérés être des gommes syphilitiques. Le tréponème peut être appelé sur une région traumatisée. Les « gommes traumatiques » ont une réalité indiscutable en ce sens.

QUE FAUT-IL ENTENDRE AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL PAR ÉTAT DE TOXICOMANIE ? DANS QUELLES CONDITIONS LE MÉDECIN PEUT-IL ÊTRE INCULPÉ D'AVOIR CRÉÉ, ENTRETENU OU AGGRAVÉ UN ÉTAT DE TOXICOMANIE ?

M. VERVAECK (*de Bruxelles*) précise les éléments d'appréciation de ces deux questions, puis propose aux membres du Congrès d'émettre un vœu relatif à la limitation de la fabrication des stupéfiants. Ce vœu est adopté à l'unanimité et sera transmis à la Sous-Commission de la Société des Nations chargée d'étudier ces problèmes.

#### MORT SUBITE PAR INHIBITION

##### AU COURS D'UNE TENTATIVE D'AVORTEMENT

M. DUFOUR (*de Marseille*) a pratiqué l'autopsie d'une jeune femme, enceinte de trois mois, morte quelques instants après une tentative d'introduction d'une canule dans le col utérin. En l'absence de toute lésion, le seul mécanisme plausible de la mort est l'inhibition.

M. DUVOIR fait remarquer qu'il s'agirait dans ce cas d'inhibition retardée, et il estime délicate l'interprétation de ces faits.

M. MAZEL rappelle qu'il a déjà publié un cas de mort rapide à la suite d'une brûlure assez étendue mais peu profonde par du

phénol. L'examen toxicologique ayant permis d'éliminer une intoxication aiguë, les lésions de brûlures ne suffisant pas à expliquer le décès, il avait admis l'hypothèse d'un réflexe d'inhibition.

M. PAUL rapporte un cas de syncope prolongée et profonde à la suite d'une simple injection vaginale purement hygiénique, sans grossesse.

#### HÉMORRAGIE SOUS-DERMIQUE PAR TIRAILLEMENT

##### DANS LES ORIFICES D'ENTRÉE DES PROJECTILES

MM. PIÉDELIÈVRE, BALAN et Pierre-Etienne MARTIN décrivent au niveau des orifices d'entrée des projectiles, d'après deux observations de mort, suicide par coups de feu, une hémorragie en nappe située dans l'hypoderme, s'étendant sur un rayon de 1 cm. environ, constituant une collerette ecchymotique que l'on peut voir par transparence à travers l'épiderme, lorsqu'il n'est pas altéré par le tatouage de la poudre. Ils décrivent deux lésions hémorragiques moins importantes mais constantes, une petite hémorragie sous-épidermique en nappe et quelques foyers hémorragiques intradermiques à la base des bulbes pileux et des glandes sébacées. A la coupe de l'orifice d'entrée, l'ensemble de ces hémorragies constituent, avec le cône hémorragique d'attrition fait par le trajet de la balle, un aspect en T. Ils expliquent la localisation de ces hémorragies par des considérations histologiques et expérimentales.

#### BLESSURE D'UN FŒTUS DANS LA CAVITÉ UTÉRINE PAR UN COUP DE FEU

MM. PIÉDELIÈVRE, BALAN et Pierre-Etienne MARTIN rapportent l'observation d'une femme enceinte de huit mois qui s'est suicidée en se tirant deux coups de revolver dans la tempe droite, après s'en être tiré un dans l'abdomen, avec l'intention probable de tuer son enfant. La balle a traversé en s'éton la paroi thoracoabdominale du fœtus.

L'examen histologique de l'orifice d'entrée du projectile dans le ventre du fœtus leur a permis de constater : 1<sup>o</sup> la présence de crasses abondantes au niveau de l'orifice d'entrée, malgré la grosse

épaisseur de tissus traversés auparavant par la balle ; 2° la présence de l'hémorragie hypodermique en T décrite dans la précédente communication.

LA RÉACTION SUICIDE CHEZ LES DÉBILES ET LES DÉSÉQUILIBRÉS  
DANS L'ARMÉE

MM. FRIBOURG-BLANC et SCOURAS attirent l'attention sur la fréquence des tentatives de suicide que l'on peut observer dans l'armée chez les tarés psychiques. C'est surtout chez les débiles mentaux et les déséquilibrés que le milieu militaire paraît favoriser ce type de réaction médico-légale.

La tentative de suicide, chez les débiles, est liée à l'insuffisance mentale de ces sujets, incapables de s'adapter à des conditions de vie très différentes de celles du milieu familial. Le dépaysement, les chocs affectifs, les accès de dépression, les moqueries de l'entourage, les sanctions, même légères, déclanchent chez eux cette réaction à la fois puérile, exagérée et irréfléchie qui, par sa maladresse, n'aboutit que rarement à un résultat fatal.

Chez les déséquilibrés, sujets éminemment instables, vaniteux, irritables et impulsifs, la tentative de suicide apparaît à la suite d'une déception ou d'une punition motivée par un acte d'indiscipline. La mise en scène qui accompagne souvent, dans ce cas, la réaction-suicide témoigne de l'insincérité du désir de mourir, mais il faut, à cet égard, faire quelques réserves en raison du déséquilibre émotif et des accès de dépression transitoires qui peuvent légitimer le suicide.

Ces sujets, surtout en cas de récurrence de leurs tentatives, doivent être éliminés de l'armée, du moins en temps de paix. Leur utilisation en temps de guerre soulève un problème d'affectation spéciale.

DÉGÉNÉRESCENCE PARTIELLE DU BICEPS, DU LONG SUPINATEUR ET DU GRAND DENTELÉ. — ORIGINE PROFESSIONNELLE PAR TRÉPIDATION DU BRAS. — PROCÉDURE D'INDEMNISATION, par MM. BOURGUIGNON, GARCIN et Henri DESOILLE.

Travaillant à une meule pendant plusieurs heures et ayant eu le bras soumis à une trépidation exagérée, un ouvrier a vu survenir le lendemain une parésie avec atrophie musculaire et troubles des

réactions électriques. Les auteurs discutent longuement l'origine et le mécanisme des troubles qu'ils attribuent au travail, ainsi que le siège nerveux ou musculaire des lésions. Pour eux, quoiqu'il n'y ait pas eu d'accident brutal proprement dit, ce cas doit rentrer dans le cadre de la loi de 1898.

M. MAZEL estime lui aussi que la loi sur les accidents du travail est applicable.

M. COSTEDOAT rappelle qu'il existe une pathologie spéciale due aux marteaux-pneumatiques.

M. DESOILLE estime que les troubles dus à l'emploi du marteau pneumatique ne sont, en effet, par rares : ils consistent essentiellement en phénomènes de « doigt mort ».

ETUDES MÉDICO-LÉGALES SUR LES ACCIDENTS MORTELS D'AUTOMOBILE.

M. TORBEN, G. KNUDTZON (*de Copenhague*) apporte une intéressante statistique, portant sur les vingt dernières années. Elle montre l'accroissement rapide du nombre des véhicules automobiles, au Danemark, par rapport au chiffre total de la population ; puis elle indique pour chaque année le nombre d'autopsies légales pratiquées soit après accident d'auto, soit après accident quelconque de la circulation.

INFLUENCE DU PH DANS LA DÉTERMINATION DE L'ORIGINE HUMAINE DU SANG PAR LA RÉACTION DES SÉRUMS PRÉCIPITANTS, par M<sup>me</sup> S. PICHON et C. SANNIÉ.

Lorsqu'on recherche l'optimum de la réaction entre un sérum de lapin anti-humain et du sérum humain ou une macération de tache de sang humain, on se rend compte que cet optimum est placé dans une zone de PH parfaitement déterminée et très étroite.

L'optimum de précipitation, mesuré par le temps d'apparition du précipité, est entre PH = 7.2 et PH = 7.8. De part et d'autre de ces valeurs, les précipités se forment beaucoup plus lentement et sont beaucoup moins nets, surtout du côté alcalin. On peut utiliser avantageusement, pour les macérations de taches suspectes, une solution de bicarbonate de soude et de chlorure de sodium, de PH 7.8



environ ou une solution phosphatée, de PH 7.2 ou 7.4. Cependant, ces tampons ne sont pas suffisants dans le cas de substances qui donnent des macérations fortement acides, comme le cuir. Il est nécessaire, dans ce cas, d'amener la macération de la tache au PH optimum pour obtenir des résultats utilisables.

RENÉ SZUMLANSKI,  
Interne des Asiles de la Seine,  
Chef de laboratoire de médecine légale à la Faculté.

NOTE. — Le XVII<sup>e</sup> Congrès de médecine légale de langue française se tiendra à Paris au mois de mai 1932, sous la présidence de M. le docteur RAVIART (*de Lille*).

Rapports. — *Les lésions du foie dans la submersion*. — Rapporteur : M. Etienne MARTIN.

*La psychanalyse dans la pratique médico-légale*. — Rapporteur : M. GÉNIL-PERRIN.

*Maladie de Parkinson de cause traumatique*. — Rapporteur : M. NAVILLE.

## REVUE DU PATRONAGE ET DES INSTITUTIONS PREVENTIVES

### UNION DES SOCIÉTÉS DE PATRONAGE DE FRANCE

Le Conseil central de l'Union vient de procéder au renouvellement de son bureau pour l'exercice 1931-1932.

Ont été élus ou réélus :

*Président* : M<sup>e</sup> Louiche-Desfontaines, avocat à la Cour d'appel;

*Premier vice-président* : M. de Casabianca, conseiller à la Cour de Cassation, président de la *Société générale pour le patronage des Libérés* ; *vice-présidents* : M<sup>me</sup> Avril de Sainte-Croix, présidente de l'*Œuvre libératrice* ; M<sup>e</sup> Louis Cornu, ancien bâtonnier, président de la *Société de patronage des Libérés*, de Dijon ; et M<sup>e</sup> Bucquet, ancien bâtonnier, président de la *Société de patronage des Condamnés libérés et de l'Enfance en danger moral*, de Laval ;

*Secrétaire général* : M. Pierre Mercier, juge au Tribunal civil de Dijon ; *trésorier* : M. Benoist, d'Anthenay ; *assesseurs* : MM. Flory, président honoraire à la Cour d'appel de Paris, et Rollet-Maine, président du *Placement familial* ; *secrétaires des séances* : MM. Henri Sauvard, Emmanuel Alpy, M<sup>me</sup> Pimienta-Lévy et M<sup>lle</sup> Marthe Huet, avocats à la Cour.