

Le problème Médico-Légal de l'émotion *.

Par

Professeur **MAURICE MULLER**,

Président de la Société de Médecine Légale de France

et Docteur **PIERRE MULLER**,

Assistant de Médecine légale à la Faculté.

Le traumatisme émotionnel a été très peu étudié jusqu'à ce jour par les auteurs qui se sont préoccupés de pathologie traumatique.

L'orientation actuelle de la pensée médicale va nous permettre de revoir à nouveau ce problème et de lui donner l'importance qu'il mérite en Médecine Légale.

L'ignorance de cette question tient surtout à l'absence de preuve de la réalité du choc émotif. Il nous semble donc qu'il nous suffira de prouver les perturbations biologiques créées dans l'organisme par une émotion, de démontrer l'existence de troubles émotionnels précis pour que l'on puisse ensuite s'attacher à définir quelle doit être l'attitude du médecin légiste en face d'un tel problème.

Étude Physiologique.

La physiologie du cortex cérébral dans son fonctionnement spécifique est connue depuis les travaux de Pavlow dont le point de départ a été l'étude des réflexes conditionnels. Il résulte de ces travaux que le cerveau fonctionne normalement lorsqu'il existe un équilibre entre les phénomènes d'irritation et les phénomènes d'inhibition, ceux-ci étant définis comme une réponse négative à une excitation. Au contraire les névroses seront dûes à un déséquilibre entre ces deux grandes fonctions cérébrales.

Après PAVLOW, ses successeurs continuèrent son œuvre en étudiant l'influence et le rôle du cortex sur les viscères.

Bikov en particulier a ainsi créé la *pathologie corticoviscérale*. Cette pathologie associe dans une synthèse les troubles cérébraux et les troubles viscéraux. Elle est assez proche de la pathologie psychosomatique d'ALEXANDER et de DUNBAR.

Cette influence de la physiologie cérébrale sur la physiologie viscérale n'est possible que grâce à l'existence de toute une série de corrélations soigneusement hiérarchisées qui permettent à l'individu une intégration presque complète. «L'intégration, en biologie et en médecine est le retentissement de toute stimulation physiologique ou pathologique et de tout phénomène biologique partiel sur l'ensemble d'un

* Herrn Prof. Dr. V. MÜLLER-HESS zum 70. Geburtstag gewidmet.

territoire anatomo-physiologique ou sur tout l'organisme. Elle est due à des mécanismes nerveux et à des substances actives. La zone qui enregistre et qui réagit au stimulus présente une étendue variable suivant l'intensité et la qualité de l'intégration. Il existe ainsi des niveaux d'intégration» (M. MOSINGER).

Les mécanismes nerveux d'une part, les substances actives d'autre part, forment deux grands systèmes intégrateurs aux multiples influences réciproques. Ce sont les mécanismes stimulo-intégrateurs par opposition au mécanisme tropho-intégrateur dont l'importance est moindre pour le sujet qui nous occupe.

Chacun de ces systèmes est divisé en niveaux hiérarchisés.

C'est ainsi que l'on peut considérer dans le système nerveux, un niveau cellulaire, un niveau métamérique correspondant aux différents étages de la moëlle, un niveau paléo-encéphalique dont le centre correspond au cervelet et au thalamus, au corps strié et aux noyaux hypothalamiques, un niveau néoencéphalique enfin, constitué par le cortex.

Le système humoral présente dans ses corrélations une hiérarchie très voisine. C'est ainsi que l'on peut considérer un niveau cellulaire, un niveau viscéral et un niveau hypophysaire.

Ce niveau hypophysaire est à son tour intégré par le niveau paléo-encéphalique du système nerveux qui est le niveau où s'articulent ainsi la physiologie viscérale et la physiologie cérébrale.

C'est donc à ce niveau que s'élaborent les réflexes psychosomatiques que sont les émotions.

C'est ainsi que toute perturbation entre l'équilibre des mécanismes d'irritation et d'inhibition des cellules corticales retentira sur ces formations.

L'étude des corrélations anatomiques et physiologiques permet donc d'expliquer l'importance du rôle ainsi joué par le diencephale dans cette articulation psychosomatique. Ces corrélations sont actuellement bien connues (COLLIN, MOSINGER, TUCHMANN-DUPLESSIS).

Ces quelques considérations permettent d'expliquer les différentes réactions générales de l'organisme après une agression.

Chaque agression détermine, en effet, deux sortes de réactions, une réaction spécifique, locale par exemple et une réaction non spécifique, due à l'ébranlement de l'organisme et à la mise en activité des systèmes intégrateurs. On connaissait ainsi le collapsus cardio-vasculaire, la maladie post-opératoire de LERICHE, les phénomènes d'inhibition. C'est dans ce cadre également qu'entre le syndrome d'irritation de REILLY. Cet auteur a mis en évidence l'existence d'une série de réactions toujours les mêmes après irritation sympathique. Ces réactions sont essentiellement une congestion viscérale intense avec ou sans infarctissement, une réaction hyperplasique du système réticulo-endothélial ainsi que

des lésions rénales. C'est également dans ce groupe que l'on peut ranger les réactions d'alarme de SELYE.

On sait que pour cet auteur la réponse à une agression oscille en trois phases: une phase d'alarme qui correspond assez exactement au syndrome d'irritation de REILLY; une phase de résistance pendant laquelle l'organisme lutte efficacement contre l'agression et enfin une phase d'épuisement si le «stress» continue.

SELYE propose de ces faits une explication humorale: il pense qu'en réponse au «stress», mais par une voie encore inconnue, l'hypophyse augmente ses sécrétions d'hormone corticotrope; que celles-ci agissant sur le cortex surrénal déclenchent une hypersecretion des hormones corticoïdes, que ce serait enfin à ces hormones que seraient dus les différents troubles de syndrome d'adaptation.

Sayers et ses collaborateurs envisagent une explication légèrement différente puisqu'ils pensent que le trouble est périphérique et qu'il provient de la perte de sensibilité des cellules périphériques aux hormones corticales nécessitant ainsi une production plus grande de ces hormones.

Il est intéressant de comparer ces études expérimentales des réactions de choc aux réactions générales entraînées par les thérapeutiques psychiâtriques de choc. Le comportement de l'organisme pendant et après un électro choc a été bien étudié en particulier par DELAY et semble tout à fait comparable aux réactions de SELYE.

Il semble que l'on puisse avec LABORIT dégager de ces différentes observations une réaction habituelle de l'organisme à un choc. Cette réaction qui évolue en plusieurs temps constitue ce que cet auteur a appelé la *réaction oscillante postagressive*.

Nous n'en rappellerons pas le contenu clinique et biologique. Mais nous tenons à signaler que cette réaction, toujours identique à elle-même peut être déclenchée par des agressions très variées et en particulier par des chocs émotionnels.

Que savons-nous de la physiologie de l'émotion?

Extérieurement, tout au moins, nous en connaissons les manifestations cliniques, nous connaissons en particulier la mimique émotive dont le point de départ est le thalamus et le soubstratum. Cette notion déjà ancienne a été précisée par les progrès de la neuro-chirurgie.

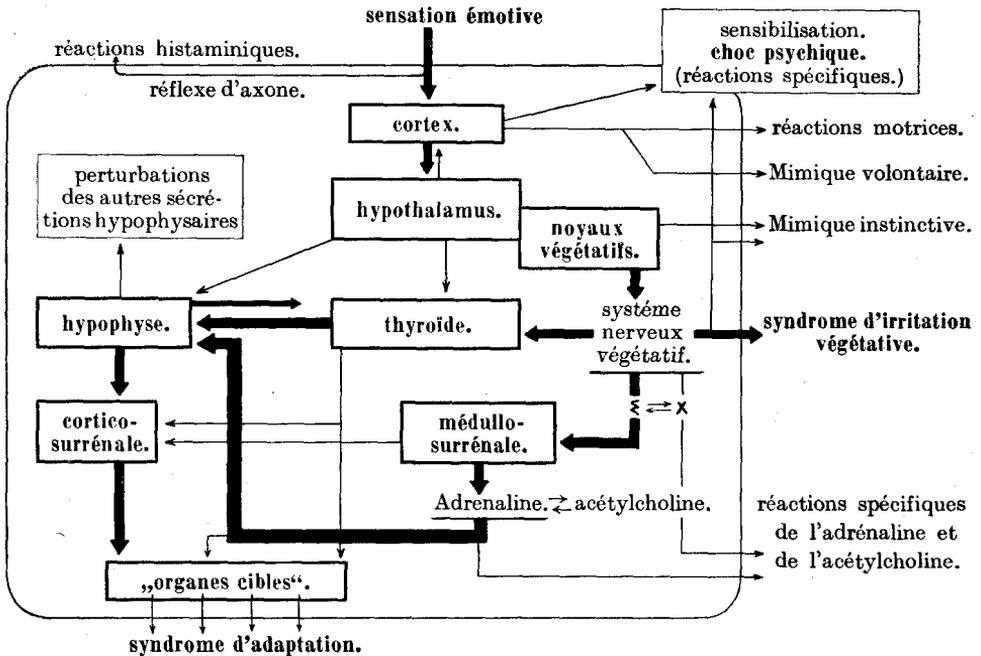
A côté de ces manifestations, on connaît également les théories de Cannon qui expliquent les différentes réactions physiologiques à l'émotion par la nécessité du maintien de l'homéostasie. Cet auteur et ses élèves ont démontré que la plupart des manifestations émotives étaient dues à une décharge d'adrénaline.

Ces différentes réactions sont extériorisées au niveau de l'appareil respiratoire, du système cardio-vasculaire, des muscles lisses, des

secrétions, de la coagulation du sang, par des troubles qui traduisent simplement cette décharge d'adrénaline et une décharge d'hormones thyroïdiennes. En outre, l'émotion entraîne des perturbations du métabolisme basal, des troubles de la peau, des troubles du tonus, des troubles de l'électro-encéphalogramme et des troubles psychiques.

Enfin, il existe un syndrome humoral de l'émotion qui est exactement superposable au syndrome humoral des réactions de choc.

Tableau 1. Réactions émotives.



Si nous voulons résumer ces différentes notions un peu abstraites, nous pouvons les schématiser dans le tableau ci-contre.

Mais on devra se garder de considérer ce schéma comme l'expression exacte des faits. Ceux-ci sont en effet beaucoup trop complexes pour se prêter à une telle simplification.

La sensation émotive transmise au cortex ou née à son niveau produit directement un choc psychologique. La mimique, les réactions motrices constituent la réponse visible du cortex.

Au contraire la transmission de l'influx émotif aux noyaux de l'hypothalamus échappe à notre perception. A partir de ces noyaux le système nerveux végétatif et en particulier le système sympathique déclenche la sécrétion d'adrénaline et d'acétylcholine. Secondairement,

l'adrénaline agira sur l'hypophyse pour provoquer l'augmentation des sécrétions corticotropes, cette sécrétion accrue d'A.C.T.H. déclenchant par l'intermédiaire de la cortico-surrénale la constitution d'un syndrome d'adaptation.

Parallèlement, la thyroïde excitée par le système végétatif a mis en circulation une quantité accrue de thyroxine, dont les effets viennent s'ajouter au niveau de l'hypophyse à ceux de l'adrénaline. Enfin, l'irritation du système végétatif s'est elle-même directement extériorisée par un syndrome de REILLY.

L'importance des réactions émotives est très variable selon l'intensité et la qualité de l'émotion déclenchante, et pour une même émotion selon les individus. Ceux qui paraissent les plus enclins à présenter des réactions importantes après une émotion, même minime, sont les sujets classés par les biotypologistes dans les *nerveux* et porteurs de la constitution émotive, telle que l'a définie DUPRÉ:

Cette constitution se résume très brièvement dans les quelques lignes qui suivent:

1. Exagération dans leur instantanéité et dans leur amplitude des réflexes cutanés, tendineux, pupillaires.

2. Hyperesthésie sensitive et sensorielle dans tous les domaines avec réactions vives et diffuses de la musculature mimique, vocale, vasomotrice etc.

3. Déséquilibre des réactions vaso motrices et sécrétoires se traduisant par de brusques changements dans la constriction et la dilatation des capillaires, du dermatographisme, des alternatives de rougeur et de pâleur, des sensations de froid et de chaud aux extrémités.

4. Tendance au spasme des muscles lisses.

5. Tremblement de la musculature striée, trouble de la réflectivité inter-viscérale (DUPRÉ).

Ces quelques données physiologiques mettent bien en évidence la complexité des mécanismes irritatifs déclenchés par l'émotion. La notion de cette complexité permet de comprendre la facilité avec laquelle se produisent des troubles lors d'une émotion. Tout d'abord certains sujets sont prédisposés: les émotifs, les individus déjà atteints d'une maladie de l'adaptation, ceux enfin qui sont déjà fragilisés par une tare lésionnelle quelconque.

Les réactions cutanées sont classiques: Herpès, lichen, psoriasis, urticaire, eczéma.

Au niveau de système cardio-vasculaire on connaît les crises d'anxiété des instables cardiaques, syndrome neuro-tachycardique. On connaît également les crises d'angine de poitrine, l'hypertension déclenchée par une émotion. C'est également dans ce chapitre que l'on classera les lésions cérébrales en foyer (hémorragie, ramollissement).

Au niveau de l'appareil digestif nous signalerons les ulcères gastro-duodénaux, les recto colites hémorragiques, les cholécystites neurogènes.

L'asthme est fréquemment déclenché par une émotion, la tuberculose peut voir son évolution accélérée.

On connaît des observations d'obésité, des observations de diabète, des observations de goître et de maladie de Besedow survenues brusquement après des émotions.

Les aménorrhées, les métrorragies émotionnelles sont classiques. Il semble également que l'on puisse affirmer à la lumière des faits que nous venons d'exposer succinctement que des émotions et même qu'une émotion survenant chez une femme enceinte au début de sa grossesse puissent entraîner des malformations congénitales chez l'enfant.

L'influence de l'émotion sur les glaucomes est classique.

Enfin, à côté de cette pathologie somatique de l'émotion on peut décrire une pathologie psychique. Le syndrome émotif pur prolongé ou syndrome post émotif est caractérisé par la prolongation dans le temps du choc émotif normal. Il est difficilement curable et dure en général de quelques mois à quelques années. Les psycho-névroses post-émotionnelles tendent à fixer l'idée émotif. Ce sont soit des psycho-névroses anxieuses soit des psycho-névroses hystériques.

Chez l'enfant l'émotion peut être le point de départ d'une arriération affective.

Chez l'adulte comme chez l'enfant elle peut enfin créer une sensibilisation, véritable allergie émotif.

Ces différentes conséquences de l'émotion dont nous venons de rappeler la réalité peuvent donner lieu à des expertises médico légales. Nous voudrions établir à ce propos une doctrine qui permette au médecin légiste de considérer ces faits avec le même esprit de vérité et de justice que tous les autres faits de pathologie traumatique.

Médecine Légale de l'émotion.

Bien que rares, les observations médico légales de séquelles émotives nous paraissent suffisamment fréquentes pour justifier nos travaux à ce sujet. Quelques-unes de ces affaires concernent des blessés qui ont subi un choc émotif en dehors de tout traumatisme tissulaire et chez qui l'émotion a entraîné, soit des désordres psychiques, soit des lésions organiques, soit la mort.

Les autres observations au contraire, concernent des sujets qui présentent des lésions traumatiques diverses associées à des troubles post émotifs.

L'expert rencontrera de telles observations en droit commun où se posent des questions d'incapacité temporaire, des questions de praetium

doloris, d'incapacité permanente et partielle; en accident du travail, en pensions militaires, au criminel enfin.

Ce chapitre médico-légal a été peu étudié jusqu'à ce jour.

Une vaste enquête que nous avons effectuée auprès des membres de la Société de Médecine Légale de France nous a apporté, avec l'opinion d'un grand nombre d'experts, des observations médico légales fort intéressantes. Associées à quelques observations retrouvées dans la littérature et à nos observations personnelles, ces réponses à notre enquête nous ont permis de réunir une cinquantaine de cas ayant trait, tant à des morts subites, qu'à des séquelles post émotionnelles.

L'étude de ces quelques observations montre combien est difficile en pratique la discussion médico-légale de cas semblables. L'expert devra peser avec une toute particulière attention chacun des termes de son rapport. Il devra étayer ses conclusions sur des faits précis en sachant détailler une argumentation scientifique valable. Il devra pour ce faire, connaître particulièrement bien les données physiologiques que nous avons résumées dans les quelques pages précédentes.

Il recherchera dans les faits qui lui sont rapportés la preuve de l'existence de l'émotion, sa situation exacte dans le temps et dans l'espace, son intensité (réalité du traumatisme). La localisation dans le temps et dans l'espace sera le fait de l'enquête. L'intensité du facteur émotif sera, elle appréciée par l'expert, en sachant que l'émotion nécessaire pour la production d'un choc important peut être d'intensité très différente suivant les individus. Pratiquement seul le sens clinique de l'expert pourra le guider sans cette appréciation.

Après avoir prouvé l'existence du fait émotif, l'expert devra s'attacher à établir la réalité du choc émotif chez la victime. C'est l'histoire des réactions instantanées de celle-ci au moment de l'agression qui lui permettra d'affirmer ou d'infirmer l'existence d'un choc émotif au moment de l'accident.

Il n'y a jamais de perte de connaissance vraie. La victime est au contraire extrêmement agitée, son visage est pâle. Elle peut présenter quelques vomissements et très fréquemment il existe un syndrome psychique obsessionnel. Il existe de plus une tachycardie et une hypertension.

Ce syndrome se poursuit dans les jours suivants et peut se prolonger pendant quelque temps. On l'observe dans la majorité des cas chez des femmes chez qui on note alors, le plus souvent, un arrêt des règles.

Il est difficile de demander que l'on ait objectivé ce syndrome au moment de l'accident par des examens de laboratoire.

Ceux-ci auraient été des moyens d'observation des fonctions cortico-surrénales dont les perturbations auraient traduit un «stress» (par exemple: dosage des 17 cétostéroïdes dans l'urine par la méthode de

ZIMMERMANN), recherche du test de Thorn, recherche de l'éosinopénie de l'augmentation du rapport: $\frac{\text{acide urique}}{\text{créatinine}}$ dans l'urine).

Ces tests apporteront des renseignements à l'expert quant à la réalité possible du choc émotif.

Sur un cadavre ce choc aura pu se graver par des lésions anatomo-pathologiques telle qu'une involution thymico-lymphatique; une hypertrophie cortico-surrénalienne avec vidange lipidique; des lésions de stéatose hépatique.

L'expert devra également étudier la constitution psychique et le tempérament de la victime ainsi que son état de santé antérieur. Nous avons vu en effet, qu'il est nécessaire que cette victime soit prédisposée pour que se produisent les troubles que nous avons étudiés.

Parmi ces prédispositions la constitution hyperémotive de Dupré sera facilement mise en évidence par l'expert qui cherchera à objectiver les quelques points que nous avons rappelés plus haut. Mais à côté de cette prédisposition constitutionnelle, il peut exister des prédispositions acquises. On peut résumer ces prédispositions acquises et les conséquences de l'émotion sur des terrains ainsi préparés dans le tableau ci-contre.

On distinguera donc en Médecine Légale *la prédisposition de terrain et la prédisposition organique.*

L'expert devra enfin pouvoir affirmer l'existence des troubles invoqués par la victime, c'est à dire qu'il devra s'attacher à peser le diagnostic positif et le diagnostic différentiel des séquelles post émotives.

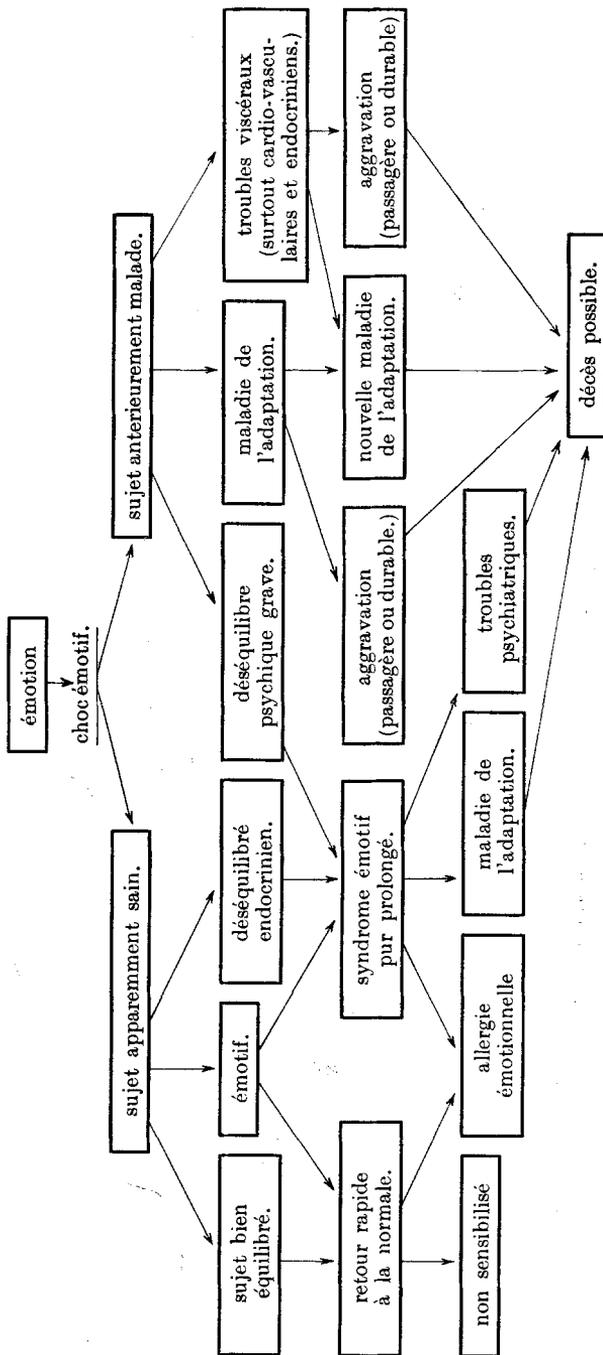
Il s'attachera, pour ce faire, à s'entourer autant que possible d'exams objectifs de laboratoire qui lui permettront de « mesurer » l'atteinte de la victime.

Le diagnostic différentiel sera posé pour chaque séquelle.

Il nous faut préciser ce diagnostic pour le syndrome émotif pur prolongé, notre pratique médico légale nous ayant montré que ce syndrome est souvent confondu soit avec le syndrome subjectif des traumatisés du crâne, soit avec une psycho-névrose post accidentelle, soit avec une simulation.

Nous rappelons que le syndrome subjectif des traumatisés du crâne est fait de céphalées quelquefois très marquées, de troubles visuels (en particulier modification du texte après une lecture prolongée, difficulté d'assister à la projection d'un film, de conduire une voiture), de vertiges, de bourdonnements d'oreilles (avec quelquefois une diminution de l'acuité auditive), d'insomnies. A ces symptômes s'ajoutent une intolérance au bruit, des troubles de la mémoire de fixation, des troubles du caractère et du comportement, des troubles psychiques.

Tableau 2.



Enfin, quelques signes objectifs viennent compléter ce tableau, ce sont: un abaissement de la limite supérieure de perception des sons, une inexcitabilité ou une hypoexcitabilité labyrinthique à l'épreuve de l'eau froide, des modifications de l'épreuve de l'indication, des modifications de la marche en étoile, avec un signe de ROMBERG normal ou positif.

A côté de ce syndrome nous avons vu de quoi est fait le syndrome émotif pur prolongé. Il est évident que la symptomatologie en est très voisine. Il est cependant possible de faire la différenciation. Tout d'abord le S.E.P.P. ne survient jamais après une perte de connaissance, alors que celle-ci est nécessaire pour que l'on pose le diagnostic de commotion cérébrale.

Enfin, l'analyse précise de chacun des symptômes de ces deux syndromes permettra certainement à l'expert averti d'éviter la confusion.

Il sera quelquefois plus difficile de découvrir la simulation consciente ou non. Ici encore ce sera l'interrogatoire mené par un psychiatre qui permettra le diagnostic exact.

Les psycho-névroses post-traumatiques peuvent elles aussi prendre l'aspect d'un S.E.P.P. mais elles peuvent surtout lui succéder. De toutes façons, qu'elle soient du type neurasthénique ou du type hystérique, leur symptomatologie bien connue évitera qu'elles ne soient confondues avec la S.E.P.P.

Dans ce diagnostic positif le taux de fréquence des conséquences pathologiques de l'émotion apporte en outre un élément de probabilité. Cohen a établi le tableau suivant:

Tableau 3.

	Nombre de cas de					Total des cas
	0 à 12 ans	12 à 20 ans	20 à 30 ans	30 à 40 ans	plus de 40 ans	
Hommes . . .	831	335	401	447	476	2.690
Femmes. . . .	425	336	764	600	768	2.893

L'expert devra également s'attacher à préciser le délai d'apparition de ces manifestations post émotionnelles. Ce délai est très variable et il nous est difficile de le préciser dans une étude aussi courte. On peut cependant chercher à fixer une règle générale approximative. Le délai séparant le choc initial des manifestations secondes est en général très court. Il peut cependant varier dans le temps en fonction de la résistance du sujet, de ses facultés de compensation des mécanismes homéostatiques, de l'intensité du choc initial, de la gravité des manifestations provoquées et de l'état antérieur de l'organisme. C'est en somme l'étude d'ensemble des divers éléments rassemblés par l'enquête

nosologique et l'examen clinique qui permettront à l'expert d'accepter ou de rejeter les délais observés.

En possession de ces divers éléments, il restera à l'expert à proposer une indemnisation s'il a admis la relation de cause à effet entre l'émotion et les troubles constatés.

Après avoir étudié les différents barèmes actuellement utilisés et après avoir constaté leur carence dans ce domaine nous proposons les règles d'indemnisation suivantes :

L'incapacité temporaire très variable semble cependant devoir être en général très courte, 15 jours à quelques mois s'il y a eu constitution d'un S.E.P.P.-Complète en Accidents du Travail cette incapacité temporaire pourra être graduée en droit commun.

L'Incapacité permanente et partielle sera évaluée selon l'intensité des séquelles. En accident du travail le jeu des révisions automatiques dans la loi française permet à l'expert de ne pas envisager l'évolution ultérieure ni le pronostic.

On ne tient pas compte de l'état antérieur en Accident du Travail. C'est dire que l'expert ne tiendra pas compte des prédispositions constitutionnelles mais devra cependant se préoccuper de ne pas indemniser un terrain pathologique antérieur à l'accident, s'il est le seul élément dans le syndrome résiduel. Au contraire, en droit commun il s'efforcera de faire le décompte de ce qui revient à l'accident et de ce qui appartenait aux prédispositions de terrain ou organique.

En droit commun la révision n'est pas automatique, cependant l'expert peut toujours la demander ou la susciter. En droit commun enfin l'expert aura à évoluer le *praetium doloris subi*.

Nous proposons les chiffres suivants pour fixer l'incapacité permanente et partielle de travail :

1. *Syndrôme émotif pur* intense, mais s'améliorant rapidement . . . Incapacité temporaire seule ou avec incapacité permanente partielle de travail légère de 0 à 10%.

2. *Syndrôme émotif pur prolongé* . . . Incapacité permanente partielle de 10 à 30%.

3. *Choc émotif avec syndrôme émotif prolongé et constitution d'un trouble organique retentissant sur la capacité de travail* (Basedow, diabète, asthme, R.A.A. etc. . .) I.P.P. correspondant aux troubles observés.

4. *Choc émotif, séquelles émotionnelles associées à des lésions traumatiques tissulaires* . . . I.P. globale comprenant l'incapacité résultant des séquelles traumatiques diverses et celles résultant des séquelles émotionnelles.

5. *Aggravation durable d'une maladie préexistante*. Taux de l'aggravation.

Parvenus au terme de ce trop rapide exposé nous voudrions en tirer quelques conclusions :

L'émotion produite par un choc affectif brutal est une agression qui perturbe l'individu dans son organisme et dans son psychisme.

Grâce à la mise en jeu des mécanismes intégrateurs elle ébranle la totalité de la victime en déclenchant une série de réactions neurovégétatives et hormonales. S'il existe une prédisposition quelconque ou si l'intensité du choc dépasse le seuil de réceptivité de l'individu, ces facteurs de déséquilibre transforment la réaction oscillante post-agressive en une réaction dysharmonique.

Ces troubles identiques alors à ceux provoqués par toute autre agression sont ceux décrits par de nombreux auteurs depuis les travaux de REILLY.

L'émotion peut ainsi entraîner la formation de maladies durables. Elle peut provoquer la mort.

L'émotion déclenche en outre des réactions psychiques qui lui sont propres.

Ces différents faits entraînent des conséquences médico légales importantes.

Avant d'indemniser de telles séquelles post émotionnelles, l'expert devra :

1. Etablir l'existence de l'émotion.
2. Affirmer son action traumatique par l'existence d'un choc émotif.
3. Rechercher les prédispositions indispensables.
4. Prouver la réalité des séquelles invoquées et les différencier des troubles à symptomatologie voisine.
5. S'assurer que les délais d'apparition de ces séquelles correspondent aux données scientifiques.
6. Dans les cas de mort il devra rechercher les lésions objectives du «Stress».

L'indemnisation ne requiert pas de barème spécial. L'expert devra seulement en droit commun souvent fixer une incapacité temporaire à taux dégressif, réclamer la révision, établir l'importance du praetium doloris.

Nous avons conscience en mettant ces questions à l'ordre du jour d'avoir ouvert un chapitre Médico Légal très lourd de conséquences. Il y avait là un point de doctrine qui était à préciser et que le médecin légiste ne peut plus actuellement ignorer.

L'expert qui jusqu'à maintenant devait rester le plus analyste et le plus objectif des médecins doit se rendre compte, à la lumière de l'évolution de nos idées médicales, que son rôle doit être plus complet et que lui aussi doit savoir considérer l'homme dans son unité, dans son „Gestalt”.

Cette évolution de sa pensée compliquera incontestablement son rôle mais le rendra en définitive plus humain et plus juste.

Résumé.

Après avoir étudié les manifestations physiologiques et pathologiques de l'émotion, les auteurs montrent comment le Médecin Légiste doit actuellement proposer l'indemnisation des séquelles post-émotives.

Bibliographie.

CANNON: Bodily changes in pain, hunger, fear and rage, 11. Edit. New York a. London: Appleton 1929. — CAZAL, P.: Réflexions sur quelques types d'intégration en biologie. *Biologie méd.* **33** (1943). — DELAY, J.: Chocs biologiques et chocs psychologiques. *Bull. Acad. Méd. Paris* **135**, No 19. — LABORIT, H.: Réactions organiques à l'agression et choc. Paris: Masson & Cie. 1952. — MOSINGER, M.: Bases d'une médecine et d'une biologie intégrative. Coïmbra 1951. — MULLER, M., et P. H. MULLER: L'émotion facteur traumatique. Lisbonne 1951. — MULLER, P. H.: L'émotion considérée comme un facteur traumatique. Lille 1953. — PAVLOV, P.: Leçons sur l'activité du cortex cérébral. 1927. — REILLY, J.: Sur la pathogenie de la dothiéntenterie. *Ann. Méd.* **1935**. — SELYE, H.: *Stress* **1950; 1951**.

Prof. MAURICE MULLER, Boulevard Painlevé, Lille/France,
Institut de Médecine légale et sociale de l'Université.
