

rer du décès. » Désormais, le diagnostic de mort ne repose plus sur l'officier d'état civil, mais sur le médecin.

Les difficultés des médecins à diagnostiquer la mort venaient du fait que, jusqu'au XIX^e siècle, selon l'état des connaissances médicales, on distinguait deux états de mort : la mort apparente et la mort réelle. La mort apparente résultait d'une syncope prolongée avec relâchement musculaire, perte de connaissance, arrêts cardiaque et respiratoire ou activités cardiaque et respiratoire faibles. Surtout, elle était réversible. La mort réelle, quant à elle, faisant suite à la mort apparente, devenait irréversible du fait de lésions organiques et tissulaires. L'art du médecin était de discerner dans la mort celle qui n'était qu'apparente de celle qui était réelle.

La notion même de mort était définie de façons diverses selon les médecins et les époques. En 1881, l'Autrichien Eduard

von Hofmann écrivait, dans ses *Nouveaux éléments de médecine légale* : « Un individu est mort à partir du moment où la respiration et l'activité du cœur s'arrêtent d'une façon durable. » Une trentaine d'années plus tard, Charles Vibert disait quant à lui : « La mort est caractérisée par l'arrêt des grandes fonctions apparentes de l'économie : respiration, circulation, sensibilité cutanée et sensorielle, motricité. »

Mort apparente ou mort réelle ?

À partir de ces définitions, la médecine a cherché à identifier des signes cliniques permettant de diagnostiquer la mort avec certitude. Dans son ouvrage de 1821, Briand décrit, commente et critique différents signes retrouvés sur le cadavre – les signes cadavériques. Aucun ne semble permettre un

■ L'AUTEUR



Isabelle PLU est médecin légiste à l'Institut médico-légal de Paris.

■ À ÉCOUTER

Jeudi 14 février, l'émission **La marche des sciences**, sur *France Culture* de 14h à 15h, sera consacrée au rapport des médecins à la mort aux XVIII^e et XIX^e siècles. www.franceculture.com



1. PARIS, 1874. À la pointe de l'île de la Cité, derrière le chevet de Notre-Dame, la morgue expose les cadavres qui n'ont pas été identifiés. À cette époque, la salle n'est pas réfrigérée et, malgré un système de

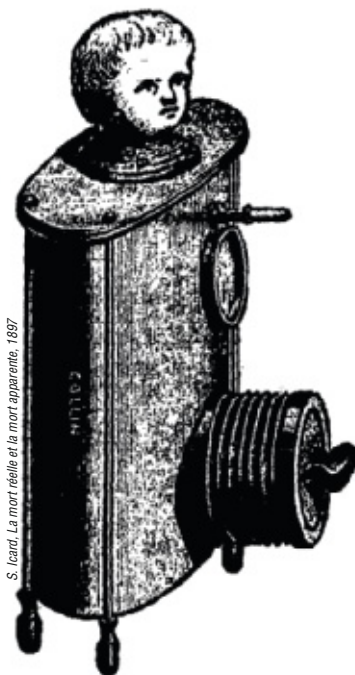
ventilation, un arrosage continu des cadavres avec de l'eau et l'utilisation d'antiputrides à base de chlorures, les corps ne sont pas exposés plus de cinq jours pour limiter la puanteur liée à la décomposition.

diagnostic certain de mort. La face cadavéreuse « n'est point un signe caractéristique, puisqu'on la rencontre pendant la vie, chez des individus épuisés par des maladies chroniques, [...] chez les criminels que l'on conduit au supplice, et chez les malades timorés auxquels on vient d'administrer les derniers sacrements ». L'affaissement et obscurcissement des yeux « ne méritent pas plus de confiance ».

La peau froide et la peau livide « ne sont pas moins équivoques, puisqu'elles peuvent, dans certains cas, être observées chez des individus vivants, et que d'autres fois ces signes ne se manifestent point chez des individus frappés de mort. La peau perd sa chaleur dans les asphyxies par submersion, dans les accès hystériques, etc. ; et qui ne connaît quelles variations les affections vives de l'âme peuvent déterminer subitement dans la coloration et la chaleur du système cutané ? ».

L'absence de circulation et de respiration « ne peuvent seules autoriser à affirmer l'absence de vie [...]. L'action du cœur et celle des poumons peuvent [...] rester suspendues pendant quelques temps, comme on l'observe dans la syncope ou la léthargie [...]. Les mouvements du cœur et des poumons peuvent devenir si faibles dans quelques circonstances, qu'ils échappent aux sens de ceux qui cherchent à les observer ».

Quant à la rigidité des membres, ou raideur cadavérique, si elle est l'« effet constant de la mort, et par conséquence [...] le plus sûr de tous les signes qui servent à la constater », il ne faut pas la confondre avec l'effet de la congélation : « Quand on fait mouvoir un membre, on entend un bruit produit par la fracture des petits glaçons contenus dans la partie que l'on déplace. » Ni avec la raideur convulsive : « Dans toutes les affections nerveuses où les membres deviennent roides, le corps est encore pourvu d'un certain degré de chaleur très sensible au thermomètre [...]. Lorsque la rigidité est convulsive, un membre auquel on fait exécuter un mouvement retourne promptement et avec force dans la position où il s'était roidi ; lorsqu'elle est l'effet de la mort, la rigidité une fois vaincue n'oppose plus aucune résistance. »



S. Icard, La mort réelle et la mort apparente, 1897

2. CE « SIPHOPHORE » fut conçu par le médecin Eugène Woillez en 1876 pour réanimer les noyés et les nouveau-nés en détresse respiratoire (il s'agit ici du modèle pour enfant). Un soufflet aspirateur créait une dépression qui aspirait la cage thoracique et stimulait une inspiration.

BIBLIOGRAPHIE

J. Briand, *Manuel de médecine légale*, 1821, réédition Nabu Press, 2012.

I. Plu et D. Lecomte, *Médecine légale*, dans M. Agrapart et al., *Pratiques de la criminologie : Analyse comportementale, victimologie ; Médecine légale, expertise judiciaire*, Panorama du droit, Studyrama, pp. 119-140, 2010.

C. Simonin, *Médecine légale judiciaire*, Maloine, 1946.

C. Vibert, *Précis de médecine légale*, J.-B. Baillière et fils, 1917.

S. Icard, *La mort réelle et la mort apparente*, Félix Alcan, 1897.

La putréfaction semble le seul signe certain : « Peu satisfait de la valeur des signes que nous venons d'examiner, Bruhier conclut que le seul signe de mort réelle auquel on puisse se fier est le commencement de la putréfaction des cadavres. » La prudence est de mise. Lacassagne conclut avec sagesse sur ces signes diagnostiques : « La mort est certaine quand il y a un délai de 48 heures, que des examens répétés ont montré l'absence des bruits du cœur, et que l'on a constaté la rigidité cadavérique, le thermomètre dans l'aisselle à 25°C et la tache verte des parois abdominales [cette coloration verte du bas du ventre est le premier signe d'altération du corps]. »

Des tests chimiques

Quelques décennies plus tard, en 1917, Vibert confirme ces signes, mais introduit aussi l'idée de compléter l'examen clinique par des épreuves paracliniques : « Il faudra bien rarement un délai de plus de 24 à 36 heures pour avoir constaté, après tous les signes immédiats, l'établissement graduel de la rigidité cadavérique, la chute de la température à 20 °C, qui ne laisseront place à aucun doute, signes auxquels on peut ajouter l'épreuve à la fluorescéine. » Imaginé par le médecin Séverin Icard en 1897, ce procédé consiste à injecter une solution d'un colorant, la fluorescéine ammoniacale, en intraveineuse ; la mort est considérée comme avérée lorsque la conjonctive de l'œil ne prend pas la coloration jaune de la fluorescéine après dix minutes d'observation, signe que le sang ne circule plus.

Au XIX^e siècle et dans la première moitié du XX^e siècle, les médecins ont développé de nombreuses méthodes cliniques de diagnostic de la mort. Pour mettre en évidence l'arrêt des battements du cœur, l'auscultation cardiaque doit être réalisée durant 5 minutes, puis renouvelée 30 minutes plus tard. Pour s'assurer de l'arrêt de la respiration, d'une part, on recherche des traces de souffle respiratoire en apposant une plume, un duvet, une flamme ou un miroir devant la bouche ; d'autre part, on détecte les mouvements respiratoires en posant un verre d'eau sur la région épigastrique. L'examen de l'œil aide aussi parfois