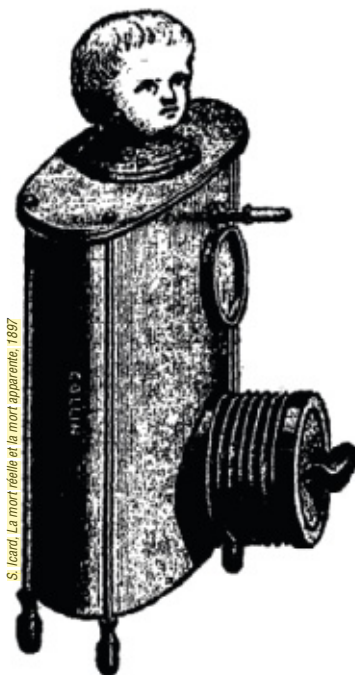


diagnostic certain de mort. La face cadavéreuse « n'est point un signe caractéristique, puisqu'on la rencontre pendant la vie, chez des individus épuisés par des maladies chroniques, [...] chez les criminels que l'on conduit au supplice, et chez les malades timorés auxquels on vient d'administrer les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



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

1746, la morte-vivante de la Salpêtrière

Au mois de février 1746, une fille de la campagne d'un tempérament très vigoureux, âgée d'environ 25 ans, partit à pied de l'Hôtel-Dieu de Paris où elle était accouchée la surveillance, et vint à la Salpêtrière. Elle avait craint d'être attaquée d'une maladie qui régnait alors à l'Hôtel-Dieu sur les femmes en couches et qui en fit périr plusieurs. La fatigue du chemin mit cette personne dans un état d'épuisement qui la fit tomber en syncope dès qu'elle fut arrivée et

mise au lit. On la réchauffa extérieurement avec des serviettes chaudes, et on parvint par quelques cordiaux à la faire revenir de sa faiblesse.

Au bout d'une heure, elle retomba dans le même état; et on la crut morte. La sœur du dortoir m'envoya dire qu'il y avait dans son emploi un sujet dont je pouvais disposer pour mes leçons d'anatomie et de chirurgie. Mes élèves ne manquèrent point d'enlever ce sujet, qui enveloppé d'un drap simple, avait déjà passé deux

heures dans une cour, exposé sur un brancard, aux injures de la saison. Ils transportèrent ce corps dans l'amphithéâtre sans l'examiner. Le lendemain matin avant la visite des malades, un jeune chirurgien me dit qu'il avait entendu des sons plaintifs dans l'amphithéâtre, comme si quelqu'un y eut poussé des sanglots et des profonds soupirs; et que la frayeur l'avait empêché de se lever et de venir m'en avertir. J'allai promptement examiner le sujet; je vis avec douleur que

cette pauvre fille, qui alors était véritablement morte, avait fait des efforts pour se débarrasser du drap qui l'enveloppait: elle avait une jambe par terre hors du brancard et un bras appuyé sur la barre du tréteau d'une table à disséquer à côté de laquelle le brancard était posé.

Antoine Louis
Lettres sur la certitude des signes de la mort, où l'on rassure les citoyens de la crainte d'être enterrés vivants, 1752

au diagnostic: déformation ovale de la pupille à la compression (signe de Jodl) ou arrêt de la circulation rétinienne à l'examen à l'ophtalmoscope.

Des épreuves invasives ont aussi été mises au point pour affirmer le diagnostic: piqûres, frictions ou brûlures cutanées dans les régions les plus sensibles du corps visent à produire une réaction douloureuse, signe de vie persistante; la ponction cardiaque consiste à introduire une aiguille en région cardiaque. Immobile, elle témoigne de l'absence de battement cardiaque et donc d'une mort réelle; si au contraire elle s'anime de mouvements – impulsés par les battements du cœur –, l'individu n'est qu'en mort apparente. Parfois même, une incision cardiaque est pratiquée, bien que critiquée: « Un chirurgien qui trouverait le cœur palpitant aurait-il à s'applaudir de son expérience ? » écrit Briand en 1821.

Enfin, des épreuves chimiques font l'objet de publications. Le test à l'hydrogène sulfuré développé par Icard en 1906 consiste à fixer devant les narines du corps un morceau de papier blanc sur lequel ont été tracées à l'avance des inscriptions avec une solution d'acétate neutre de plomb. Initialement invisibles, ces inscriptions se colorent en noir quand l'hydrogène sulfuré produit par le corps en putréfaction débutante (avant même l'apparition de la tache verte abdominale) transforme l'acétate en sulfure de plomb.

La réaction alcaline au tournesol [citée par le médecin légiste Victor Balthazard en 1921] met en évidence l'acidification

des tissus: le médecin réalise une ponction hépatique qu'il dépose sur un papier de tournesol bleu. Ce papier a la propriété de virer au rouge au contact de substances acides. Une ou deux heures après la mort, des taches rose vif commencent à apparaître. La réaction au bleu de bromothymol, citée par Camille Simonin dans son ouvrage *Médecine légale judiciaire* [1946], indique aussi l'acidité des tissus: plus l'acidité est grande, plus le colorant vire au jaune, en passant par le bleu vert et le vert.

Mort cérébrale et arrêt cardiaque

Dans la seconde moitié du XX^e siècle, la définition de la mort évolue. Les connaissances médicales et des techniques de réanimation font entrevoir en la mort un phénomène progressif avec, entre la mort apparente et la mort réelle (qualifiée aussi d'absolue ou de totale), un état intermédiaire: un état de mort apparente où la circulation est suspendue de façon prolongée, sans retour spontané à la vie en l'absence de réanimation. C'est à la même époque qu'est défini l'état de coma dépassé. Se dessine alors la double composante de la mort, que le médecin Léon Dérobert décrit ainsi dans ses *Éléments de médecine légale* [1978]: « L'arrêt des rouages généraux aboutissant à la mort se réduit à deux grands mécanismes: l'arrêt circulatoire et la mort consécutive du cerveau; l'atteinte du cerveau et des centres respiratoires, et l'arrêt secondaire du cœur. »

Le législateur impose des épreuves invasives pour le diagnostic de la mort en milieu hospitalier. Ainsi, la circulaire ministérielle du 3 novembre 1948 stipule que deux médecins doivent, avant de certifier le décès, réaliser une artériotomie radiale, c'est-à-dire sectionner l'artère radiale, avec à disposition tout le matériel pour réaliser une suture artérielle. Le saignement qui en résultait était en jet pulsé si la mort n'était qu'apparente, faible et en nappe en cas de mort réelle. Le médecin devait alors confirmer ce signe avec la section de deux autres artères.

L'épreuve de l'artériotomie était complétée par l'épreuve à la fluorescéine d'Icard. Celle-ci fut remplacée en 1958 par le signe de l'éther de Rebouillat: après injection sous-cutanée de un à deux millilitres d'éther, la solution ressortait en jet lors du retrait de l'aiguille en cas de mort réelle, et diffusait dans les tissus en cas de mort apparente.

Aujourd'hui, ces tests sont tombés en désuétude. Le diagnostic de la mort n'est plus du ressort du médecin légiste, mais du réanimateur, grâce à l'électrocardiogramme, aux tests paracliniques réalisables désormais lors des interventions extra-hospitalières et après manœuvres de réanimation sur une durée qui varie selon le délai de prise en charge, la cause supposée de l'arrêt cardiaque, l'âge du sujet et ses antécédents. La question n'est plus « Est-il bien mort ? », mais « Quand est-il mort ? ». L'intervention du médecin légiste n'a d'intérêt que pour dater la mort et rechercher des signes de mort suspecte. ■