

L'instruction et les débats démontrèrent que tous les détails contenus dans ce rapport s'appliquaient exactement à la veuve Houet, et toutes les circonstances de l'affaire ne laissaient d'ailleurs aucun doute.

Nous avons indiqué, en traitant des exhumations, avec quelles précautions il doit être procédé à cette opération, et les détails dans lesquels nous sommes entrés tome I, page 572, trouvent ici leur complète application.

CHAPITRE II.

DES MALADIES SIMULÉES, PROVOQUÉES, PRÉTEXTÉES DISSIMULÉES, IMPUTÉES.

Les maladies *simulées* sont celles que l'on feint d'avoir ; elles diffèrent des maladies *provoquées*, en ce que celles-ci existent véritablement, mais sont le fait de manœuvres volontaires et coupables. Par *maladies prétextées*, on entend toute maladie, soit feinte, soit réelle, dont un individu cherche à se prévaloir pour en tirer un avantage quelconque. Les maladies *dissimulées* sont celles que l'on a, mais que l'on cache soigneusement. Une maladie est *imputée* lorsqu'on la suppose exister chez un individu qui n'en est pas réellement atteint.

§ I. — Des maladies simulées et provoquées.

Les motifs qui portent à *simuler* une maladie sont, en général, plus condamnables que ceux qui la font *dissimuler* : des mendiants se couvrent de plaies ou simulent un emphysème pour exciter la compassion ; des individus se disent malades pour se soustraire à une charge ou à une obligation, ou supposent une blessure plus grave qu'elle n'est pour exiger des dommages intérêts ; des jeunes gens, pour échapper au service militaire ou obtenir leur réforme, cherchent quelquefois à se procurer des infirmités permanentes ou temporaires ou apprennent de longue main à les simuler ; nous aurons à faire connaître, en traitant des maladies qui exemptent du service militaire, comment la loi a réprimé ce fait.

La recherche et la découverte des simulations sont abandonnées à la sagacité du médecin. On remarquera cependant que les conscrits intéressés à tromper l'Etat ne feignent le plus souvent que des maladies d'organes dont l'exercice peut être modifié par l'intervention de la volonté ; les affections des sens et des organes du mouvement se prêtent à de nombreuses simulations. Les palpitations du cœur, fréquemment alléguées jadis devant les conseils de révision, ne peuvent plus l'être aujourd'hui avec succès, grâce à l'invention du sphygmographe, instrument qui, en retraçant automatiquement sur le papier tous les mouvements du cœur par les battements du pouls, permet d'apprécier les lésions les plus faibles de l'appareil circulatoire. — Les affections des organes du mouvement, tremblement, ataxie, paralysie, se révèlent très-facilement, ceux qui les prétextent ne pouvant pas toujours jouer leur rôle ; la paralysie de longue date se reconnaît à l'atrophie des muscles et à l'absence d'excitabilité avec l'appareil électrique.

Dans l'impossibilité de retracer toutes les maladies que l'on peut simuler, et d'en exposer les symptômes et le diagnostic, nous citerons du moins celles dont la simulation est la plus fréquente, et nous indiquerons quelques préceptes généraux sur la manière de parvenir à la découverte de la vérité.

Peut-être conviendrait-il aussi de faire ici mention de certains états physiolo-

giques qui peuvent, comme les maladies, donner lieu à la simulation, et de traiter de la défloration, du viol, de la grossesse simulés ; mais les détails dans lesquels nous sommes entrés (tome I^{er}, pages 141 et suiv. et 196 et suiv.) donneront les moyens de déjouer de semblables ruses.

1^o *Blessures simulées.* — On peut feindre certaines affections en imitant les symptômes qui les caractérisent ; mais on ne peut faire croire à l'existence d'une blessure avec plaie, s'il n'existe point effectivement une division des tissus organiques, avec ou sans perte de substance. Aussi n'a-t-on qu'un très-petit nombre d'exemples de blessures simulées, attendu que ce genre de fraude est toujours d'une exécution douloureuse et peut avoir des dangers réels. Par la même raison, la lésion est presque toujours plus légère et plus superficielle qu'elle ne le serait si elle dépendait réellement de la cause à laquelle on l'attribue.

L'homme de l'art, appelé à constater si une blessure est réelle ou simulée, devra donc considérer d'abord si, comme nous venons de le dire, la lésion est bien en rapport avec la cause alléguée. Souvent des blessures sont en apparence graves ; mais, en réalité, l'arme n'a entamé que la peau, tout au plus les muscles sous-cutanés. D'autres fois, la forme et les dimensions des blessures sont telles, qu'il est facile de reconnaître qu'elles n'ont pu être faites avec l'arme dont le blessé prétend avoir été frappé ; ou bien ces blessures étaient impossibles dans la position où le blessé a dit s'être trouvé ; ou bien les trous, les coupures faites aux vêtements ne correspondent pas aux blessures, etc., etc. C'est ici le cas de se rappeler les diverses considérations dans lesquelles nous sommes entrés, sur la forme, la direction, la gravité des blessures résultant d'armes piquantes ou tranchantes, ou de l'action des projectiles lancés par les armes à feu (voy. t. I, p. 469 à 530), et de rechercher dans les faits déjà observés quelles sont les circonstances qui ont mis sur la voie de la vérité, afin d'examiner dans les faits analogues si ces circonstances ne pourraient pas se présenter.

Dans la nuit du 27 au 28 décembre 1826, N... rentra chez lui le front ensanglanté, et prétendit qu'en revenant de la campagne il avait eu à lutter contre plusieurs agresseurs, qu'il en avait tué deux et que lui-même avait été frappé d'un coup de sabre au front. Le lendemain, on ne découvrit ni morts ni blessés, mais seulement quelques légères traces de sang. Examen fait de la blessure que N... avait au front, Marc reconnut qu'elle se dirigeait de gauche à droite, tandis que la coupure du chapeau avait été faite de droite à gauche. « On conçoit d'ailleurs difficilement, ajoutait Marc, qu'un coup de sabre donné avec assez de force pour diviser le feutre d'un chapeau, un bonnet de coton et le nœud d'un mouchoir de soie placé sur ce bonnet, se soit arrêté précisément à la peau, et n'y ait produit qu'une plaie très-légère, presque entièrement cicatrisée au bout de cinq jours. »

Passant à l'examen du couteau avec lequel N... disait avoir frappé l'un des assaillants : « Lorsqu'un instrument tranchant, continuait Marc, pénètre dans toute sa longueur, à travers les vêtements, dans le corps d'un individu, le sang dont la lame est mouillée s'essuie dans la plaie même, par le mouvement que l'on fait pour la retirer, surtout lorsque cette lame est plate et large comme celle d'un couteau ; le peu de sang qui reste sur la lame n'y forme plus que des stries longitudinales, et elle est ensanglantée plutôt vers la pointe que vers le manche. attendu que le sang est nécessairement ramené vers la première à mesure qu'on retire l'arme de la plaie. » Or, le couteau présenté est couvert ou, pour mieux dire, barbouillé de sang sur les deux surfaces ; et ces couches de sang sont plus épaisses vers le manche que vers la pointe de l'instrument : on ne peut donc pas admettre raisonnablement qu'il ait été ensanglanté par le sang des parties internes qu'il aurait divisées.

Le 19 juin 1832, A. B..., docteur-médecin, est trouvé gisant dans une allée du bois de Boulogne : il a, au tiers supérieur et antérieur de la poitrine, une blessure qui paraît avoir été faite par un instrument triangulaire et piquant dirigé de haut en bas, et obliquement de droite à gauche. Cette plaie a deux ouvertures distantes de deux pouces et demi l'une de l'autre, elle n'intéresse que les muscles sous-cutanés, et n'a aucune espèce de danger. Le blessé prétend qu'il a fait rencontre de deux individus qui ont engagé avec lui une conversation politique, et

lui ont parlé d'un complot contre le gouvernement; qu'indigné de leurs propos, il s'est saisi d'un portefeuille contenant des papiers qu'il croyait importants (le portefeuille qu'il présentait ne contenait que des notes à peu près insignifiantes), et que dans la lutte l'un des individus l'a frappé avec une arme qui a glissé sur les côtes, *de haut en bas*.

Trois jours après l'événement, Boys de Loury et Baudé sont chargés de procéder à l'examen des blessures. La cicatrisation des petites plaies est déjà si avancée, qu'elle ne permet pas d'introduire un stylet pour constater si elles communiquent ensemble; il n'existe aucun gonflement entre les deux incisions, point d'ecchymoses, ni rien qui indique une cicatrice sous-cutanée récente; seulement A. B... dit éprouver de la douleur quand on touche les environs de la plaie. Les experts remarquent, en outre, que l'ouverture supérieure n'a qu'une ligne et demie de diamètre, que l'inférieure en a trois, et qu'une arme qui aurait pénétré comme on le doit supposer, et comme le blessé le déclare lui-même, *de haut en bas*, aurait fait, au contraire, la première ouverture plus grande que la seconde. Ces observations les portent à conclure que B... est lui-même l'auteur de ces lésions. Dupuytren, appelé pour donner son opinion, confirme la décision des premiers experts.

C... prétendait avoir été frappé à la partie inférieure de la poitrine, le 4 décembre 1846, d'un coup de poignard qui avait pénétré profondément. Visité le 11 par Bayard, il présentait une petite plaie de 12 millimètres de longueur, recouverte de sang coagulé: mais à l'aspect de cette plaie, on était porté à croire qu'elle avait été faite avec la pointe d'un instrument appliquée avec ménagement et à plusieurs fois, de manière à érailler la peau et à ne l'entamer que peu à peu. On a reconnu que cette blessure n'était que superficielle, que les tissus sous-jacents n'avaient pas été intéressés; car si la blessure avait été profonde, la cicatrisation eût déterminé des adhérences entre les tissus lésés, entre la peau et les muscles sous-cutanés; or la peau était parfaitement mobile, et on la faisait glisser en tous sens sans le moindre tiraillement. On fit revêtir à C... les habits qu'il portait le 4 décembre, et on le fit placer dans l'attitude que, d'après son récit, il devait avoir au moment où il aurait été blessé. Les coupures des vêtements ne répondaient pas à la blessure: celle-ci était située plus bas et plus en dehors. Le gilet et la chemise présentaient, au lieu d'un trou, une incision ou coupure qui paraissait faite en plusieurs fois; et les rebords de cette coupure n'avaient pas ces traces de sang que laisse l'instrument que l'on retire d'une plaie et qui s'essuie en sortant. La blessure n'avait que 12 millimètres et les coupures des vêtements avaient 7 centimètres; or l'épaisseur des vêtements et la résistance de leurs tissus étaient telles, qu'il eût fallu pour les percer que le coup eût été porté avec force, et dès lors la plaie eût été profondément pénétrante, et sa longueur eût été égale à celle des incisions des vêtements. On eut bientôt la certitude que la blessure avait été simulée.

2° *Strangulation simulée.* — On a vu, dans ces dernières années, un certain nombre de simulations de violences ayant pour but la strangulation. L'affaire de Maurice Roux est la plus célèbre et la plus habilement machinée de ces tentatives. A cette occasion, Tardieu, appelé comme expert, a eu le bonheur de rétablir la vérité que la prétendue victime avait eu le talent de dénaturer aux yeux des juges et même de quelques experts, et rappelant l'histoire des faits antérieurs de simulation analogue, il a indiqué les caractères communs des tentatives criminelles de cette nature. C'est au savant professeur de médecine légale que nous devons l'histoire complète et précise des simulations de strangulation. Il a montré: 1° Que les prétendues victimes sont habituellement attachées; mais que les liens consistent surtout dans des enroulements répétés de la corde autour des poignets et non dans des nœuds; que cet enroulement est très-facile à exécuter sur soi-même. 2° Que la strangulation est toujours incomplète: la striction est très-modérée au début, et ce n'est que plus tard, par la gêne causée à la circulation veineuse, que les tissus se gonflent et commencent l'étranglement. 3° Que les prétendues victimes exagèrent toujours la durée du temps pendant lequel elles seraient restées étranglées, durée incompatible avec le rétablissement des fonctions dès qu'on les délivre. 4° Que la tête ne porte jamais de traces des coups violents qui sont l'accompagnement ordinaire et presque obligé des tentatives d'étranglement. 5° Enfin que les victimes, au lieu de présenter l'enrouement qui peut être la suite d'une striction du larynx, croient mieux faire en simulant une

mutité absolue, mutité impossible à réaliser par les violences subies par l'organe de la phonation. Les soi-disant victimes, voulant trop prouver, ne prouvent rien.

3° *Les contractures*, consistant en un état de rétraction et de rigidité permanente de certains muscles, qui retiennent un membre dans la flexion et ne permettent pas de l'étendre, sont fréquemment simulées. Tantôt les individus qui présentent cet état se bornent à contracter les muscles et à opposer de la résistance aux efforts que l'on fait pour allonger le membre; tantôt ils prennent l'habitude de donner au membre (à la jambe par exemple) une position demi-fléchie, et marchent en boitant, sans allonger la jambe sur la cuisse. Pour découvrir cette simulation chez les jeunes soldats, Percy les faisait étendre sur un lit, et tout en détournant leur attention par des questions habilement faites, il étendait graduellement le membre, ou bien il déclarait qu'il allait faire la section de quelques tendons. Il faisait tenir en équilibre sur leur jambe saine ceux qui se présentaient avec une jambe fléchie; et bientôt le membre contracté était pris de tremblement et s'allongeait. A ceux qui avaient le bras demi-fléchi, il mettait dans la main une corde à laquelle était suspendu un poids de 2 ou 3 kilogrammes, et les fléchisseurs de ces doigts ne pouvaient pas conserver longtemps leur flexion. — Nous dirons plus loin quel parti on peut tirer du chloroforme pour déjouer les ruses de cette espèce (page 191).

4° *Ulcères simulés.* — De tout temps on a essayé d'exciter la compassion publique ou de s'exempter du service militaire en se faisant des ulcères artificiels, au moyen de vésicatoires ou de substances végétales âcres, telles que le suc de tithymale, l'écorce de garou, etc. D'autres fois des ulcérations naturelles sont entretenues ou avivées par ces applications irritantes. Mais, en général, les hommes véritablement affectés d'ulcères incurables sont d'une constitution faible; leur peau est sèche et écailleuse, le membre malade est presque toujours atrophié. Si le sujet a une bonne carnation, de l'embonpoint, l'œil vif, les dents saines; s'il n'a pas de glandes engorgées; si les bords de l'ulcère sont ronds et bruns, le fond d'un rouge vif, les environs enflammés, avec des taches ou des ampoules, on devra soupçonner de la ruse: on appliquera sur ce membre un bandage roulé, et l'on tracera ensuite des lignes sur ce bandage avec de l'encre ou un liquide coloré quelconque. Si le malade ne défait pas le bandage pour entretenir la plaie par quelque moyen secret, la cicatrisation s'opérera. S'il défait le bandage, il lui sera impossible de le replacer de manière que les lignes tracées sur les circonvolutions de la bande se correspondent comme auparavant.

5° *Scorbut et scrofules simulés.* — On peut rendre les gencives momentanément fongueuses et saignantes, et leur donner cet aspect particulier qu'elles ont dans les affections scorbutiques, en les touchant avec des substances âcres et caustiques; mais il serait facile de déjouer la fraude en les examinant à plusieurs reprises et à l'improviste.

Les cicatrices que laissent au cou des ulcérations scrofuleuses sont profondes, violettes, inégales, calleuses et à bords arrondis. Les individus sujets à ces ulcérations sont éminemment lymphatiques; ils ont les lèvres et les narines très-grosses, les paupières habituellement tuméfiées.

6° *La teigne* est quelquefois simulée par des applications caustiques sur le cuir chevelu. L'acide azotique, l'huile de cade, le tartre stibié ont été employés dans ce but; mais l'irritation qu'ils déterminent ne ressemble en rien aux lésions caractéristiques de la teigne. L'absence de l'odeur spéciale à cette dernière et l'absence de godets permettront toujours de distinguer du *favus* ces lésions provoquées, mais il pourra être plus difficile de les différencier de quelques autres affections du cuir chevelu.

L'alopecie simulée résultant de l'action du rasoir se reconnaît à l'aspect mat de la peau et à l'existence de nombreux points bleuâtres parsemant la surface de celle-ci et qui répondent à la section des cheveux au niveau de l'orifice du follicule pileux.

7° Les douleurs rhumatismales, lorsqu'elles sont intenses et qu'elles durent depuis longtemps, produisent ordinairement l'amaigrissement ou une sorte de déformation du membre. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et lors même qu'aucun signe apparent n'indique leur présence, on ne doit cependant pas affirmer qu'elles ne sont que simulées. Fodéré avoue avoir commis cette faute, et avoir vu périr, dans un hôpital, des suites de semblables douleurs, un jeune soldat auquel il avait refusé sa réforme.

8° Ces réflexions sont également applicables aux cas de paralysie d'un membre. Lorsque le bon état des parties fait soupçonner que la maladie est feinte, il faut, dit Percy, proposer aussitôt la cautérisation avec un fer rouge ; il est bien rare que les simulateurs s'y soumettent.

Cependant, pour peu qu'il existe sur le membre une blessure ou des traces d'une blessure plus ou moins ancienne, dans un point correspondant au trajet d'un nerf important, on ne devra prononcer qu'avec la plus grande circonspection. Un jeune soldat, blessé d'un coup d'épée qui avait à peine pénétré, et qui n'avait qu'une blessure presque imperceptible à la partie supérieure du bras gauche, déclarait qu'il lui était impossible de lever ce membre, et le portait toujours pendant le long du corps. En vain il sollicitait depuis longtemps sa réforme. Percy reconnut que la pointe de l'épée, toute légère que semblait la blessure, avait cependant rencontré et coupé le nerf circonflexe qui se distribue au muscle deltoïde, et avait ainsi causé la paralysie de ce muscle.

9° Épilepsie simulée. — Sur cent jeunes gens appelés au service militaire, il en est quelquefois vingt, dit Percy, qui se prétendent affectés de cette terrible maladie, tandis qu'il est notoire que l'on trouve tout au plus un véritable épileptique sur mille individus, encore est-ce le plus souvent une femme ou une jeune fille.

L'épilepsie se présente encore sous deux formes différentes : dans l'une, les accès sont subits et violents, c'est ce qu'on appelle le *haut mal*, le *grand mal*, c'est le caractère ordinaire de l'épilepsie congénitale ; dans l'autre, l'invasion est moins brusque, l'accès moins intense, c'est le *petit mal*. La première est celle que simulent souvent les mendiants qui veulent exciter la charité des passants : les individus qui sont réellement pris d'un accès de cette maladie tombent tout d'un coup sans connaissance ; tous les muscles sont agités de violentes convulsions, leurs yeux sont hagards et sans mouvement, la pupille est dilatée et l'iris immobile, quelle que soit l'intensité de la lumière ; ou bien la prunelle est cachée sous la paupière supérieure, le front se crispe, les paupières et les sourcils sont agités par un tremblement continuel, tous les muscles du visage se contractent et produisent d'horribles grimaces ; les lèvres sont couvertes d'une salive écumeuse, le grincement des dents est si fort, qu'elles semblent broyer des cailloux ou se briser ; les pouces sont fortement appliqués contre la paume de la main, la respiration est stertoreuse, et la salive, qui pénètre avec bruit dans la trachée, rend quelquefois l'apoplexie imminente. Quelquefois le malade est silencieux ; d'autres fois il fait entendre de sourds gémissements mêlés de quelques cris aigus ou de paroles décousues et insignifiantes. Puis le calme se rétablit : il ouvre les yeux, pousse un profond soupir, et n'éprouve plus qu'une fatigue extrême.

Chez les individus réellement atteints du petit mal, ou de l'épilepsie avec

accès faibles, l'attaque s'annonce par un malaise particulier, plusieurs jours ou seulement quelques instants d'avance ; quelquefois même, à l'approche de l'attaque, le malade en avertit les personnes qui l'entourent. En général, les individus chez lesquels ces accès se sont déjà renouvelés fréquemment conservent un air de stupeur, les muscles de la face ont une excessive mobilité, la pupille est plus dilatée, la face est habituellement pâle et terne, à l'exception des pommettes et des lèvres, les paupières supérieures s'abaissent involontairement, et toute la physionomie a un caractère particulier que reconnaît facilement un praticien exercé. L'état des dents incisives inférieures, chez les individus qui ont eu déjà des attaques multipliées, doit surtout fixer son attention : presque toujours elles sont, dès l'âge adulte, usées en biseau aux dépens de leur surface antérieure.

Lorsqu'il y a simulation, la force et la durée des attaques sont toujours à peu près les mêmes : l'individu choisit le moment, le lieu, et même les témoins ; il ne peut d'ailleurs commander à la fois à tous les muscles de la vie animale des actions si diverses et si désordonnées.

Il suffit le plus souvent, pour n'être pas dupe des faux épileptiques, de tâter leur pouls pendant l'accès : petit, serré, lent et profond chez les véritables épileptiques, il est au contraire ordinairement large et précipité chez ceux qui simulent cette maladie, à raison de la fatigue et de l'agitation que leur cause le rôle qu'ils veulent jouer. Dans une remarquable étude de l'épilepsie, publiée dans le treizième volume du *Dictionnaire de méd. et de chir. pratiques*, M. A. Voisin a montré que le tracé sphygmographique du pouls des épileptiques est tellement caractéristique, que la simulation est désormais impossible. — Souvent c'est au moyen d'un morceau de savon placé dans leur bouche qu'ils simulent l'écume qu'ils laissent couler sur leurs lèvres. — Si l'on parvient, chez le véritable épileptique, à étendre le pouce, il ne se fléchit plus ; au lieu que, suivant Marc, celui qui simule l'épilepsie croit devoir, quand on l'a forcé d'étendre le pouce, le fléchir de nouveau dès qu'on le laisse libre de le faire.

Tout récemment, M. Méricamp a signalé chez les épileptiques une déformation acquise de l'arcade orbitaire qu'il est utile de connaître et qui peut avoir ses applications en médecine légale. Les chutes répétées des épileptiques se produisant habituellement sur la face, la partie externe de l'arcade orbitaire se trouve soumise à des contusions qui ont pour résultat une transformation du périoste. « Si l'on presse, dit M. Méricamp, sur le rebord orbitaire supérieur en allant de dedans en dehors, on s'aperçoit que rapidement ce rebord se relève et qu'au voisinage de l'apophyse orbitaire externe, il est remplacé par une saillie, non plus à bord tranchant, mais à bord mousse, saillie dure, osseuse, de forme sensiblement pyramidale et qui s'arrête au voisinage de l'apophyse malaire.

» La pression sur ce point ne provoque aucune douleur.

» Au niveau de la saillie, les téguments portent des traces de cicatrices ou bien sont contus.

» Le tissu cellulaire sous-cutané lui-même est modifié ; en saisissant la peau entre les doigts, on constate que le tissu cellulaire forme une sorte de peloton de consistance assez ferme, comme s'il s'était formé là un petit noyau de phlegmon chronique. A la partie externe, la paupière supérieure qui semble œdématisée est à peu près sur le même plan que la région sourcilière. » (*France médicale*, 5 mars 1879.)

L'existence de cette déformation spéciale permettrait d'affirmer qu'un individu qui en serait porteur est épileptique et, en outre, que l'épilepsie date du jeune âge, car ce signe ne se rencontrerait pas dans les épilepsies acquises. Pour qu'il

existe, toutefois, il faut évidemment que les attaques et, par suite, les chutes aient été très-fréquentes.

On comprend que ce même signe constaté sur un cadavre pourrait aussi devenir un signe précieux d'identité.

10° Les *convulsions*, simulées surtout par les femmes, se distinguent ordinairement comme la fausse épilepsie. Dans les convulsions véritables il y a momentanément perte réelle de la connaissance; dans les fausses, la prétendue malade simule la perte de connaissance, mais épie l'effet que produit sa ruse, et ne manque pas de recouvrer ses sens dès que l'on se dispose à user de moyens douloureux ou pour lesquels on connaît son aversion.

Pour rendre la fraude évidente, on lui introduit dans les narines une poudre sternutatoire, ou on lui titille la membrane pituitaire avec les barbes d'une plume, ou bien on lui présente tout à coup devant les yeux une vive lumière, on fait détoner près d'elle et à l'improviste une arme à feu, ou on lui applique sur la peau un corps brûlant: si elle témoigne de la sensibilité, la maladie n'a rien de réel.

11° Souvent les mendiants pour exciter la commisération, ou les bateleurs pour piquer la curiosité, simulent une énorme *enflure* en insufflant de l'air entre les téguments et les muscles sous-cutanés. Mais il a fallu nécessairement pratiquer une petite plaie pour introduire l'air, et l'on ne peut manquer de la découvrir: en enlevant le petit emplâtre ou le corps quelconque qui bouche cette ouverture, l'air se dégage et le malade est guéri.

Quelques individus ont la faculté d'introduire dans leur estomac et leurs intestins, par une sorte d'aspiration, une énorme quantité d'air, et de déterminer ainsi un *ballonnement* du ventre. Mais si on les observe avec quelque persévérance et sans les perdre de vue, il leur est difficile de dissimuler les efforts qu'ils font pour produire et entretenir cette accumulation d'air.

12° *Folie simulée*. — S'il importe de ne plus confondre de malheureux aliénés avec de grands criminels, il importe également de déjouer les artifices des coupables qui, pour se soustraire aux peines que la loi leur inflige, tenteraient de simuler l'aliénation mentale. Le vulgaire s'imagine, ainsi que nous l'avons dit, que les aliénés sont presque continuellement agités, violents, furieux, sans mémoire, qu'ils déraisonnent sans cesse et surtout indistinctement. D'après cette fausse idée de la folie, presque toujours les individus qui veulent passer pour fous se livrent aux plus ridicules extravagances; ils feignent de méconnaître les personnes avec lesquelles ils ont eu des rapports intimes, de ne pas comprendre les choses que l'on sait leur être très-familières, d'avoir perdu le souvenir de toutes leurs actions, de ne pas savoir ce qu'on veut leur dire lorsqu'on leur rappelle des faits trop importants pour qu'ils n'en aient pas toutes les circonstances présentes à la mémoire. Pour toute réponse aux questions qu'on leur adresse, on n'obtient que des dénégations déplacées, des divagations incohérentes, des observations bizarres ou insignifiantes, des emportements; et cette conduite, par laquelle ils croient parvenir à tromper, est au contraire, aux yeux de ceux qui ont l'habitude de voir des aliénés, la preuve de leur supercherie (voy. pages 101 et 118).

13° *Maladies simulées du sens de la vue*. — Il est facile de simuler une ophthalmie en appliquant sur la conjonctive une substance irritante; mais son effet n'est que momentané; l'application a besoin d'être souvent répétée si l'on veut faire croire à un état habituel, et cette simulation ne peut manquer d'être bientôt reconnue.

Il n'est pas rare que l'*amaurose* soit simulée: il suffit d'une goutte d'une solution d'extrait de belladone, ou simplement d'une goutte du suc de cette plante,

qu'on introduit dans l'œil, pour déterminer une paralysie momentanée de l'iris, pendant laquelle la pupille est largement dilatée. Mais il suffit encore pour déjouer cette ruse de surveiller pendant quelques heures le prétendu amaurotique, l'effet de la belladone ne persistant guère au delà de vingt-quatre heures, ou quarante-huit heures tout au plus. Dans l'*amaurose* véritable, l'iris est toujours immobile et la pupille est très-dilatée; mais, quelque dilatée qu'elle soit, elle ne l'est pas au point de disparaître complètement: or, celui qui veut simuler l'*amaurose* use rarement avec assez de ménagement du moyen qu'il emploie; presque toujours il produit une dilatation trop absolue. Dans les cas d'*amaurose* véritable, où l'iris est encore susceptible de dilatation et de resserrement alternatifs, ce resserrement est toujours beaucoup plus lent et beaucoup moins complet que dans l'état normal, quelque vive que soit la lumière; et, au lieu de persister au même point tant que dure la clarté, comme dans un œil sain, il est bientôt suivi de dilatation, nonobstant l'exposition continue à la même lumière.

L'*amaurose* simulée est unilatérale ou bilatérale. Dans l'*amaurose* bilatérale, c'est-à-dire qui affecte les deux yeux, la pupille est dilatée et ne se contracte pas sous l'influence réflexe de la lumière. Quand on veut la simuler, on obtient bien la dilatation pupillaire avec l'atropine, la belladone, etc.; mais souvent la lumière produit une contraction plus ou moins énergique, signe certain d'une persistance de l'activité fonctionnelle de la rétine; dans les cas douteux l'ophthalmoscope fera reconnaître si l'*amaurose* est réelle, en révélant des altérations du fond de l'œil qui expliquent la cécité. L'*amaurose* bilatérale est du reste rarement simulée, trop de personnes étant intéressées à prouver que la cécité n'existait pas avant les opérations du conseil, et cette preuve étant trop facile à faire. — L'*amaurose* unilatérale est plus difficile à reconnaître, d'autant plus que dans ce cas, celui qui prétend en être affecté peut, grâce à l'œil qui serait resté sain, surveiller et déjouer les épreuves auxquelles on le soumet; en général, on simule l'*amaurose* du côté droit, d'après cette croyance assez répandue que l'*amaurose* de l'œil gauche n'est pas un motif d'exemption. La dilatation pupillaire causée par la belladone n'est pas limitée à l'œil malade; l'autre pupille est dilatée sympathiquement: ce signe est important en ce qu'il annonce l'introduction d'une substance mydriatique, c'est-à-dire d'une substance dilatatrice des pupilles. L'ophthalmoscope fait d'ailleurs reconnaître les lésions (hémorrhagie, ramollissement, atrophie, décollement) de la rétine; mais, parfois l'*amaurose* a pour cause une lésion qui ne se traduit que par une anémie ou une congestion presque insignifiantes des vaisseaux rétinien; on ne peut donc, dans certains cas du moins, ajouter une foi absolue aux signes fournis par l'ophthalmoscope. C'est alors que l'on peut, avec succès, recourir aux moyens suivants:

Le procédé le plus simple pour découvrir la simulation consiste à donner au conscrit une page d'impression à lire, et pendant cette lecture à interposer rapidement entre cet écrit et l'œil que l'on a dit être sain un corps opaque, une règle plate par exemple: le plus souvent le conscrit continuera sa lecture et lira les mots que la règle ne laisse visibles que pour l'œil soi-disant amaurotique, la fraude sera ainsi découverte; mais les sujets méfiants et prévenus peuvent déjouer ce stratagème. M. de Graefe a imaginé un stéréoscope dans lequel un prisme intervertit à volonté les images et fait voir à l'œil gauche les images du côté droit, et réciproquement, en sorte que le sujet interrogé et voulant tromper le médecin sur ce qu'il voit, reconnaîtra un objet qui frappe son œil prétendu amaurotique, parce que la déviation par le prisme le lui fera rapporter à l'œil du côté sain.